

ACOMPañAMIENTO SOCIAL EN PROCESOS DE DUELO CON PACIENTES  
RENALES  
(HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR)

Por:  
SORAYA QUINTANA  
BEATRIZ RODRÍGUEZ RINCÓN

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS  
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES  
TRABAJO SOCIAL  
BOGOTÁ  
2006

ACOMPañAMIENTO SOCIAL EN PROCESOS DE DUELO CON PACIENTES  
RENALES  
(HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR)

Por:  
SORAYA QUINTANA  
BEATRIZ RODRÍGUEZ RINCÓN

Como  
Trabajo de grado para optar el título de trabajadoras sociales

Presentado a:  
LUZ ÁNGELA TORRES  
Trabajadora Social  
Tutora Proyecto de Grado

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS  
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES  
TRABAJO SOCIAL  
BOGOTA  
2006

## TABLA DE CONTENIDO

Contenido	Página
1. IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJO DE GRADO	3
2. OBJETIVOS	4
2.1. OBJETIVO GENERAL	
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS REFERENTES AL CAMPO INVESTIGATIVO	
2.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS ENMARCADOS DESDE LA PERSPECTIVA DEL CAMPO DE INTERVENCIÓN	
3. COMPONENTE INVESTIGATIVO	5
3.1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	
3.2. JUSTIFICACIÓN	6
3.3. RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	9
3.3.1. ANÁLISIS INSTRUMENTO APGAR	
3.3.2. ANÁLISIS DE LAS VARIABLES	13
3.3.2.1. VARIABLE 1	
3.3.2.2. VARIABLE 2	14
3.3.2.3. VARIABLE 3	17
3.3.2.4. VARIABLE 4	
3.3.2.5. VARIABLE 5 – 8	20
3.3.2.6. VARIABLE 9	25
3.3.2.7. VARIABLES 10 – 12	26
3.3.2.8. VARIABLE 13	
3.3.2.9. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN PROCESOS DE DUELO PARA CON PACIENTE CRÓNICOS Y/O TERMINALES	27
3.4. CONCLUSIONES DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN	30
4. COMPONENTE DE SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA	36
4.1. IDENTIFICACIÓN DEL GRUPO POBLACIONAL	
4.1.1. COMPOSICIÓN POR SEXO, EDAD Y ESCOLARIDAD	
4.1.2. MÉTODO DE INTERVENCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	38
4.1.3. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN	39
5 APRENDIZAJES TEÓRICOS Y PRÁCTICOS	42
BIBLIOGRAFÍA	43
GLOSARIO	45
ANEXOS	

## LISTA DE TABLAS, GRÁFICAS Y DIAGRAMAS

ÍTEM	REFERENCIA	PÁGINA
TABLA 1.	VARIABLES Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN	7
GRAFICA 1.	FASES DE DUELO EN PACIENTES RENALES DEL HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR	20
GRAFICA 2.	REPRESENTACIÓN POR SEXO DE LOS PACIENTES PARTICIPANTES EN EL ACOMPAÑAMIENTO EN DUELO.	38
GRAFICA 3.	RELACIÓN DE SEXO Y EDAD DE LOS PACIENTES PARTICIPANTES EN EL ACOMPAÑAMIENTO EN DUELO	39
DIAGRAMA 1.	PROPUESTA DE ACOMPAÑAMIENTO SOCIAL EN SITUACIONES DE DUELO PARA PACIENTES CRÓNICOS Y/O TERMINALES.	31

## LISTA DE ANEXOS

ANEXO	REFERENCIA
1	REFERENTE TEÓRICO (PATOLOGÍA DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA – DEFINICIÓN)
2	CONSECUENCIAS DE LA ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA
3	CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA
4	PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN SITUACIÓN DE PERDIDA TOTAL
5	PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA DUELOS ANTICIPATORIOS
6	REFERENTE TEÓRICO (GENERALIDADES DUELO)
7	INSTRUMENTO APGAR
8 – 22	HISTORIAS SOCIALES (CASO A CASO)
23	RELACIÓN ANÁLISIS DE APLICACIÓN INSTRUMENTO APGAR
24	RELACIÓN HISTORIAS DE VIDA
25	FORMATO HISTORIA DE DUELO
26	ESTADÍSTICAS HISTORIA SOCIAL
27	ESTADÍSTICAS FRENTE A PROCESOS EN RELACIÓN A SITUACIONES DE DUELO.

## AGRADECIMIENTOS

*“Gracias Señor por ser la senda a mis pies,  
Por ser la luz de mis ojos,  
La esperanza y mi vida...”*

*“Queremos mirar el mundo llenos de amor y ser para los demás lo que tu eres para nosotros.  
Procuraremos ser pacientes, benignos y comprensivos unos para otro; nos esforzaremos por  
hacer un mundo mas agradable...”*

*Las autoras expresan su agradecimiento a:*

*A nuestros padres por su constante y desinteresado apoyo para continuar en la lucha por  
nuestras metas;*

*A las trabajadoras sociales del Hospital Simón Bolívar y a nuestros profesores por su valiosa orientación.*

*A los pacientes de la unidad renal del Hospital Simón Bolívar que enriquecieron este proceso con sus historias de  
vida.*

*<<A mis familiares y hermanos quienes con su apoyo me acompañaron en este proceso siendo mis pilares y mi  
fortaleza. >>*

*Soraya Quintana*

*<<A mi esposo e hija por su apoyo, paciencia, comprensión, tolerancia; Por ser la inspiración en cada uno de mis  
pasos...>>*

*<<A mi padre, en su memoria, quien me enseñó, con su dolor y fortaleza, con su paciencia y resignación a luchar,  
a vivir y a buscar la mejor forma de acompañar en el dolor a quienes solos y postrados se sientan... Gracias...>>*

*Beatriz Rodríguez*

## 1. IDENTIFICACIÓN DEL TRABAJO DE GRADO

El desarrollo del presente trabajo de grado se llevo a cabo con 14 pacientes que manifestaron su deseo por participar en el acompañamiento social en duelo en las instalaciones de la **Unidad Renal del Hospital Simón Bolívar, III Nivel de Atención**, ubicado en la Localidad de Usaquén y con apoyo de la Oficina de Atención al Usuario,.

El trabajo se desarrollo desde dos perspectivas:

La primera hacia el área investigativa permitiendo identificar aspectos fundamentales sobre procesos de duelo en los pacientes renales y el impacto de la enfermedad sobre su vida familiar, personal y social.

El segundo, dirigido hacia la realización de la investigación mediante un acompañamiento social en el que se tuviera en cuenta al paciente como sujeto, como ser que merece una atención calida e integral y no como objeto de investigación.

Para todo lo anterior se unificaron los criterios teóricos, prácticos y humanos de las autoras **SORAYA QUINTANA** y **BEATRIZ RODRÍGUEZ**, orientadas por la **tutoría** de la Doctora **LUZ ÁNGELA TORRES**, trabajadora social de la Oficina de Atención al Usuario, con amplios conocimientos en el área investigativa. De la misma manera se contó con la guía del grupo de trabajadoras sociales de la misma dependencia y el apoyo constante de la Directora de la Oficina de Atención al Usuario, Doctora EMMA PATRICIA RESTREPO y Doctora MARIA INÉS DE CUARTAS (Directora Área de Educación Hospital Simón Bolívar).

El resultado final busca enriquecer y brindar elementos al quehacer del trabajador social en los diferentes servicios que presta en el área de la salud, puesto que, aunque el trabajo se desarrollo con pacientes renales y sus duelos, la misma propuesta puede dirigirse hacia diferentes pacientes que presenten patologías catalogadas como “catastróficas” (Cáncer, VIH-Sida, Otras).

## 2. OBJETIVOS

### 2.1. OBJETIVO GENERAL:

Identificar en los pacientes de la unidad renal del Hospital Simón Bolívar los procesos de duelo, impacto y factores relacionados que permitan establecer acciones complementarias, actividades y procesos de intervención del trabajador social, a través de un acompañamiento social en duelo, aplicables al campo de la salud.

### 2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS REFERENTES AL CAMPO INVESTIGATIVO

- Identificar las etapas de duelo vivenciadas por los pacientes con IRC de la unidad renal del Hospital Simón Bolívar.
- Describir cual es la percepción del paciente frente a la insuficiencia renal crónica
- Reconocer e identificar los factores de riesgo, procesos adaptativos y dificultades susceptibles de ser abordadas por trabajo social de los pacientes renales crónicos.
- Identificar cuales han sido los cambios en el proyecto de vida actual en comparación con el anterior.
- Identificar y analizar los procesos de dinámica familiar del paciente renal.

### 2.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS ENMARCADOS DESDE LA PERSPECTIVA DE LA INTERVENCIÓN SOCIAL

- Construir, con base en la investigación propuesta en el presente trabajo, actividades, acciones y procesos necesarios para el acompañamiento social en situaciones de duelo de los pacientes renales, que servirá como base fundamental para la intervención y atención integral en salud por parte del trabajador social; dando respuesta a las necesidades de los individuos, la familia y por ende de la entidad prestadora de salud.
- Aplicar las técnicas, metodologías y principios del trabajo social para la intervención con cada paciente renal, de manera que se permita efectuar un acompañamiento social, en situaciones de duelo que propendan por una atención integral de estos usuarios y a la vez permitan el proceso investigativo objeto del presente trabajo de grado.

### 3. COMPONENTE INVESTIGATIVO

#### 3.1. IDENTIFICACIÓN DEL TEMA PROBLEMA

- La necesidad de establecer e identificar la pertinencia de la intervención de trabajo social con pacientes de I.R.C. desde la perspectiva de un acompañamiento en procesos de duelo, para el aporte al mejoramiento de la calidad de vida de dichos pacientes y al accionar del trabajador social en el área de la salud.
- El proceso de duelo y su relación con los diferentes procesos, fases y vivencias en 14 pacientes renales del hospital Simón Bolívar.

Para ello se plantea y se buscara dar respuesta a la siguiente pregunta que va a ser el eje direccional de la investigación e intervención del presente proyecto.

- ¿Cuáles y cómo han sido las etapas y procesos de duelo de los pacientes de la unidad renal del Hospital Simón Bolívar?
- ¿Cuáles son las características principales en la dinámica familiar de los pacientes de la unidad renal del Hospital Simón Bolívar y cuál sería la intervención del trabajador social para con pacientes de esta patología y sus familias, desde la perspectiva de un proceso de acompañamiento en duelo?

Es por ello que se plantean una serie de variables que permitirán analizar, verificar y proponer las posibles alternativas del accionar del trabajador social en este campo, al igual que contribuirán a dar complementariedad en su intervención desde la perspectiva del acompañamiento en duelo a pacientes renales:

VARIABLE	PREGUNTA A RESPONDER
1. Percepción del paciente renal de su situación como duelo	¿Todos los pacientes que ingresan a la UNIDAD RENAL perciben su situación como una perdida?
2. Situación medica. Manifestaciones físicas y psicosociales de la enfermedad	¿Que cambios se pueden percibir en la salud antes y después de diagnosticada la patología renal crónica?
3. Tipos de duelos	¿Cuales son las características sociales, psicológicas y religiosas que presentan los pacientes de la unidad en relación a los duelos?
4. Fases de duelo del paciente renal	¿En que etapa de duelo se encuentran los pacientes de la UNIDAD RENAL?
5. Grado de adaptación de su	¿Cuáles son las perdidas que han tenido

realidad	los pacientes de la UNIDAD RENAL, en sus diferentes dimensiones?
6. Vivencia de las pérdidas.	¿Cómo han vivenciado las pérdidas?
7. Cambios de rol del paciente	¿Se han presentado cambios en los roles desempeñados antes y después de la deficiencia renal? ¿Cuáles?,
8. Dinámica familiar	¿Qué rol cumple ahora el paciente renal?
9. Vivencia del paciente frente al hecho de pertenecer al tratamiento de hemodiálisis	¿Cómo vivencian el paciente el pertenecer a la unidad renal?
10. Actitud de la red familiar (si existe)	¿Cuál y como es el apoyo o aptitud de la red familiar para con el paciente y viceversa?
11. Ingreso económico	¿Cual es la situación económica de los pacientes de la UNIDAD RENAL?
12. Actividad laboral y social	¿Cuales son las actividades y relaciones socializantes que tienen los pacientes de la UNIDAD RENAL?
13. Acción del trabajo social	¿Es necesaria el acompañamiento, guía y orientación por parte del trabajador social? ¿Es decir de la existencia de una metodología de intervención social desde la visión integral de las problemáticas de situaciones de duelo para con estos pacientes y sus familiares o cuidadores? ¿Cuales serian las actividades y pilares de este accionar?

Tabla 1. Variables y preguntas de investigación

### 3.2. JUSTIFICACIÓN

“Todo cambio implica una pérdida, del mismo modo que cualquier pérdida es imposible sin el cambio”<sup>1</sup>

Esta frase introductoria permite dimensionar la gran complejidad de la confrontación de un proceso de duelo o pérdida. Podría decirse que va inmerso al interior y desde el inicio mismo de la vida, no solo para quien la vive o siente, sino también para el entorno en que participa: “Su contexto”. En el Hospital Simón Bolívar este aspecto se evidencia día a día. La mayoría de la población que ingresa, ya sea usuario

<sup>1</sup> SHUMAN, Robert. VIVIR CON UNA ENFERMEDAD CRÓNICA, UNA GUÍA PARA PACIENTES, FAMILIARES Y TERAPEUTAS. Paidós. Barcelona. 1999

interno o externo, experimenta situaciones no deseadas que le generan sentimientos de frustración, angustia, tristeza, entre otros, características usuales resultantes de los cambios, de manera que, en palabras del psicólogo Iosu Cabodevilla, en su obra en vísperas de morir “el ingreso al hospital arranca al enfermo de su terreno y de su ambiente vital y lo sumerge en un medio extraño y frío. El enfermo en esa situación tiende a vivir de manera mas intensa y exigente su necesidad de afecto y compañía”<sup>2</sup>, por lo cual el paciente no deja su “ser” social. En el caso del presente trabajo de práctica contextualiza el duelo.

Los procesos de duelo encontrados en los referentes teóricos, evidenciados y contextualizados en la practica se pueden apoyar en uno de los varios textos consultados, en el que se define el duelo como una serie de procesos vitales y estresantes<sup>3</sup> que acompañan al hombre en cada una de las etapas de la vida, del cual es ejemplo el momento del nacimiento, en el que tanto la madre como el bebe experimentan un cambio. El bebe pasa a un entorno completamente distinto, donde siente y percibe sensaciones de hambre, dolor, frío, abandono, a diferencia de su situación anterior en el interior de la madre durante la gestación. La madre, por su parte, lo percibe con una sensación depresiva post parto, como un vacío en su interior y una gran soledad entre otros.

De la misma forma sucede en el contexto hospitalario, cuando se recibe un diagnostico de enfermedad <<considerada como una de los escenarios mas frustrantes de la vida al colocar al paciente en situaciones de crisis, de dependencia y frustración<sup>4</sup> debido a los cambios, disminución o alteración del funcionamiento de su cuerpo o de alguno de sus órganos<sup>5</sup>>>; sea esta catastrófica o enfermedad limitante o total (cáncer, sida, ECV, I.R.C., entre otras). Estos diagnósticos obligan a quien lo siente a buscar la asimilación, aceptación, adopción de nuevas formas de vivir; es decir cambiar su proyecto de vida (incluso de manera constante) y en el caso de los pacientes con I.R.C., “nos encontramos ante una persona sin curación, en la que existe un ser con muchas necesidades y cuidados que atender”<sup>6</sup>, con cambios de sus referentes psicofamiliares, psicosociales, la totalidad de su contexto ambiental y su rol social; aunque cada paciente, familia y situación es diferente se generan sentimientos comunes a este proceso.

De la misma manera los pacientes renales tienen una vivencia que dependerá de su historia de enfermedad, de sus características personales y de su entorno familiar y social<sup>7</sup>. El estar inmerso en un tratamiento de hemodiálisis le significa una dependencia para su supervivencia, deben asistir con frecuencia de tres días por

---

<sup>2</sup> CABODEVILLA, Iosu Eraso. En vísperas del morir. Editorial Desclée de Brouwer S.A. Bilbao, España, 2001. p 180

<sup>3</sup>

<sup>4</sup> COLOMBERO, Giuseppe. La enfermedad tiempo para la valentía. Editorial San Pablo. Bogotá, 1999. p 122

<sup>5</sup> Ibid. Paráfrasis p 15

<sup>6</sup> CABODEVILLA, Iosu Eraso. P 156

<sup>7</sup> S.G. de Allemand y M.I.B. de Martin. Aspectos Psicológicos en diálisis y transplante renal. Nefrología clínica. Editor Luís Hernando Avendaño. Primera edición. Madrid, España. 1997. p 649-655

cuatro horas a la semana al tratamiento, sumado a los procesos adaptativos permanentes por sus continuas pérdidas en las capacidades físicas y psicosociales (movilidad, visión, de relaciones entre otras, al igual que se incrementan los sentimientos de desesperanza, frustración, angustia y dependencia) de forma tal que la calidad de vida que se logre será el resultado de la integración interdisciplinaria<sup>8</sup>; dimensión médica, psicológica y **social** que van a influir en los procesos de satisfacción de sus necesidades. El trabajador social, por su formación y visión multidisciplinaria cumple un papel fundamental dentro de los procesos dinamizadores del ser psicosocial del paciente, entendiendo que la enfermedad es un fenómeno integral en el que existe una circularidad entre la salud mental y física<sup>9</sup> que altera todos los demás órdenes de su vida. Sus elementos de formación le permiten tener una visión integral de la patología (I.R.C.) y su influencia en el paciente y su familia, es por ello que este trabajo, que tendrá un desarrollo desde la praxis (acompañamiento para con el paciente en situaciones duelo), podrá establecer una serie de lineamientos en cuanto al conocimiento no solo de la patología y su impacto, sino, desde sus vivencias, los mecanismos de adaptación sucesiva en los diferentes procesos de pérdida que viven los usuarios de la unidad renal del Hospital Simón Bolívar y que permitirán evidenciar la pertinencia de la intervención del trabajador social en situaciones de duelo para con pacientes de esta patología, que vulnera y convierte a quien la padece en un ser con necesidad de apoyo<sup>10</sup>, guía, orientación y entendimiento en toda la dimensión de la persona desde su padecimiento, puesto que “el enfermo tiene necesidad de expresarse de participar algo de sí, sobre todo de su dolor a los demás, de no sentirse solo con el sufrimiento, tener la posibilidad de comunicar”<sup>11</sup>.

En el presente trabajo de investigación se pretende identificar las posibles acciones del trabajador social que puedan brindar un acompañamiento<sup>12</sup> en las situaciones de duelo que se evidencian en esta área a través de un estudio concienzudo enmarcado en un método cuantitativo y cualitativo como herramienta fundamental para el soporte de los resultados y la sistematización de los mismos, haciendo uso de la multidisciplinariedad del trabajador social que se sustenta en su accionar holístico.

---

<sup>8</sup> “la concepción filosófica y antropológica de los cuidados al enfermo deben basarse en la consideración de la persona como un ser único con distintas áreas o dimensiones: biológica, emocional, social y espiritual y la mejor forma de intervención profesional debe ser a través de un equipo interdisciplinario. El psicólogo señala Javier Barbero no es propietario de las emociones del paciente, ni la enfermera de su boca seca, no el trabajador social de su familia ni el médico de cualquier tipo de síntoma, por esto el equipo debe tener una formación básica y común en cualquiera de estos campos.”(Cabodevilla, 2001. p 231-232)

<sup>9</sup> OSPINA VELASCO, Ana María. Apoyo al paciente terminal y su familia. P 49

<sup>10</sup> Apoyo que se enmarca en distintas necesidades como la de “estima y valoración, de amar y ser amado, de control y decisión sobre lo concerniente a decisiones terapéuticas, necesidad de darse a conocer, de auto revelarse, de expresar lo que ha sido su vida, quien es él o ella.” (Cabodevilla, 2001. p 165)

<sup>11</sup> COLOMBERO, Giuseppe. La enfermedad tiempo para la valentía. Editorial San Pablo. P 66

<sup>12</sup> Entiéndase éste como la manifestación de empatía hacia el enfermo y hacia la experiencia que está viviendo en el que debe existir un componente afectivo y cognitivo que va a permitir conocer e interpretar los sentimientos, pensamientos y puntos de vista de los pacientes, la actitud de empatía implica la preocupación por la persona y el deseo de ayudarla. (Cabodevilla, 2001, p 151)

El desarrollo de este trabajo de investigación ofrece ventajas para los pacientes y la institución:

Para los pacientes ofrecería un aporte favorable al fortalecimiento de sus potencialidades humanas al mejorar su calidad de vida desde la perspectiva de un accionar sobre los componentes emotivos, que según W. J. Revers: *“Se define como la intensidad con la cual se experimenta el significado y valor de lo real agradable o desagradable, grado de placer o de disgusto con el que se relaciona, el encuentro con los objetos, los acontecimientos y las personas... ...la emotividad es el fondo vital del individuo: es el factor mediador entre la vida que no sabe nada de sí y la vida que siente y vive ella misma”*<sup>13</sup> y socio familiares que disminuyan los niveles de estrés, intolerancia, fatiga y ansiedad ante sus situaciones.

Para el hospital ofrecería una herramienta metodológica de intervención del trabajador social con pacientes en situaciones de duelo que muy probablemente puede llegar a mejorar las expectativas de vida, la calidad de la misma en los pacientes y por tanto mejorar la calidad del servicio ofrecido por la institución en cuanto a eficacia y eficiencia desde la humanización del servicio.

Es de anotar que para esta instancia del proyecto se trabajara con los pacientes de la unidad renal, pero por la complejidad y dimensionalidad de las situaciones de pérdida, los resultados de esta investigación son susceptibles de aplicación a cualquier otra situación de duelo, sin importar la patología de la población tratada, variando probablemente en los tiempos de realización de las acciones y en los momentos de las mismas.

### 3.3. RESULTADO DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.3.1. ANÁLISIS INSTRUMENTO APGAR

El instrumento APGAR fue aplicado con la finalidad de determinar el grado de funcionalidad o disfuncionalidad familiar de los 14 pacientes renales participantes en el acompañamiento social en duelo, teniendo en cuenta la importancia del conocimiento de la dinámica familiar en un proceso de duelo. El instrumento se aplico obteniendo una información primaria y posteriormente se reformulo de acuerdo a las sesiones efectuadas en la unidad de diálisis con cada paciente.

Para la recolección de esta información se diligencio el formato recomendado por la OPS para la evaluación de procesos familiares en salud<sup>14</sup>. Los datos obtenidos en la primera sesión fueron:

---

<sup>13</sup> Citado en Colombero Giuseppe, la enfermedad tiempo para la valentía. 2001. p 65

<sup>14</sup> MEMORIAS. PRIMER CONGRESO DE SALUD FAMILIAR, OPS. 1997. observaciones sobre la pérdida de un miembro de la familia y el desarrollo familiar. Revista facultad de trabajo social. universidad Pontificia Bolivariana. Volumen 13 No 13 de 1993. Medellín Antioquia p 7-14

Dos pacientes cuyas familias poseen características de disfunción severa.  
Diez familias con características de disfunción familiar.  
Dos pacientes con características de buena funcionalidad familiar.

Sin embargo, en las sesiones siguientes se hace una reestructuración a la información encontrada de manera preliminar, ya que se evidencian fuertes elementos de discordancia entre la información entregada por el paciente en ese instante y la posterior información recolectada en cada sesión, en el análisis de la historia social y en las respuestas obtenidas de la historia social de duelo. Dicha reestructuración se corrobora según lo socializado en la historia de vida de cada paciente. De manera que los nuevos resultados fueron:

Tres familias con disfunción severa  
Ocho familias con características de disfuncionalidad  
Tres familias con buena función familiar.

Es decir que apenas el 21% de la población mantiene buenas funciones familiares, mientras que otro 21 % posee una disfunción severa familiar y el restante 58% mantienen relaciones familiares disfuncionales.

Según el artículo “observaciones sobre la pérdida de un miembro de la familia y el desarrollo familiar”<sup>15</sup> y parafraseado del mismo:

“Se describe que las familias con buen funcionamiento permiten y aun estimulan a los miembros a compartir unos con otros su tristeza y dolor por la pérdida. La característica fundamental del buen desarrollo del proceso de duelo está determinado por la capacidad de los miembros de comunicarse unos con otros, es decir: ser aceptados, respetados y no juzgados.

Al comunicarse se respeta la diferencia de cada miembro en su estilo de manifestar el dolor, mientras que las familias que presentan disfuncionalidad, es decir las familias que no están doliéndose normalmente casi invariablemente manifiestan un corte en la comunicación y hablar del dolor, de la pérdida se convierte en un tabú, en el que los temas relacionales comunes no son confrontados y/o compartidos, dejando solamente temas de contacto superficial, placentero, o conflictos crónicos, evitando hablar del tema prohibido (tabú).”

---

<sup>15</sup> JORDÁN, John R. et al.

Haciendo el análisis y correlación entre este marco teórico y lo evidenciado en la práctica de la investigación, la disfuncionalidad familiar se aprecia desde el punto de vista de la misma expresión de las emociones del paciente en cada sesión, al verbalizar su sentir respecto a la enfermedad y al apoyo familiar, de la misma manera que en la forma de comunicación existente al interior del hogar. Dichas expresiones fueron descritas de manera interlineada y manifestadas con alta carga emocional de tristeza, frustración y soledad, en la que el marco general es “Yo prefiero no hablar de lo que siento...”<sup>16</sup>

En las historias de duelo se puede hacer la lectura de cómo varios de ellos la describen como que:

“Es mejor no hablar de ese tema...”; “Prefiero no hablar de lo que siento para que no se preocupen...”; “Evito hablar del tema o de lo que siento, ya que puedo sentir que les molesta...”; “mi familia tiene sus propios problemas como para que yo les preocupe, prefiero ser reservad@”

O simplemente:

“Yo permanezco sola y no deseo molestar con mis sufrimientos.”

Otros pacientes en cambio vivencian el hecho de no participar o hablar de su sentir, como resultado de una herencia cultural en el que mantener la reserva de lo que es doloroso y sentirse siempre bien (enmascarar la situación) es significado de fortaleza. Para ellos no fue fácil hablar de su situación, pero se logró la expresión de los mimos en una gran variedad de matices, que según mencionan, este hecho les fue muy útil, porque se atrevieron a hablar de lo que nunca habían hablado con nadie, al igual que se confrontaron con la realidad y sus diferentes perspectivas, miedos y preocupaciones sobre el avance de su enfermedad, que aunque, mencionan ellos, evitan pensar en ese transcurrir, este fue el espacio en el que pudieron hacerlo, encontrando respuestas u orientaciones a algunas de sus dudas más inquietantes, es decir normalizando en parte su proceso de vivencia personal, de manera que sirvió como base preliminar para encausar posibles procesos de adaptación a posibles futuras pérdidas con un impacto mayor.

En algunos de los casos de las familias con disfuncionalidad severa preocupa el hecho de que los reservorios o bases de apoyo o “motorcitos” de vida, como lo llama un paciente, son los niños, en quienes recae la carga de recibir las vivencias, sentires y tristezas resultantes de sus procesos de pérdida, expresados en desfogues positivos o negativos para el paciente y con graves consecuencias para el buen y sano desarrollo de los niños.

---

<sup>16</sup> Ver historias de vida anexas

Otro aspecto a tener en cuenta es el hecho de no poseer apoyo familiar cercano originado de la desestructuración del núcleo familiar ocasionado por el desplazamiento del paciente debido a la necesidad del tratamiento. Este aspecto vulnera al paciente y lo ubica en mayor factor de riesgo al desvincularlo de la construcción que había hecho durante años en su lugar de origen o cultura, obligándolo a iniciar nuevas dinámicas familiares y a adoptar nuevos roles sociales y familiares en este nuevo contexto, acomodándose a nuevas situaciones, sin tener la posibilidad de decidir frente a este hecho.

La protagonista del caso numero 2 bien lo describe:

“Lo que más me duele es que mi viejo<sup>17</sup> esta solito...”  
“cuando yo estaba allá me veía con mis hijos de vez en cuando. Desde hace casi dos años no los he vuelto a ver.”... ¡uno así enfermo para que sirve...!

Otro paciente describe:

“Yo mantengo contacto telefónico con mi esposa. Ella vino por un tiempo pero no le hizo bien el clima y tuvo que devolverse.”

Algunos pacientes describen que el hecho de estar en un programa tan intenso de diálisis ha causado el aplazar futuras reuniones ocasionales y/o proyectos de vida junto con ellos. Lo que se evidencia en el caso de las historias 10 y 6, en las que se describe que su mayor anhelo es ir a morir junto a sus padres y hermanos, o: “Yo hace tanto tiempo que no los veo que sueño con que ese día llegue.”

Todo lo anterior indica que para el desarrollo de un constructivo proceso de duelo es necesario de la existencia de un acompañamiento que guíe, dinamice y catalice los fenómenos que se presentan ante estos momentos de crisis. Una crisis en la familia representa alteraciones en la interacción de sus miembros. Se presenta también una ruptura de estilos de vida, al igual que desestructuración o modificación de roles y responsabilidades, con mayor posibilidad de conflictos y presentación de duelos anexos, contribuyendo a aumentar la carga desestabilizante de la familia. Por ello una de las principales actividades del trabajador social consiste en apoyar procesos dinámicos relacionales y de comunicación. Permitiendo compartir las experiencias y la reestructuración continúa.

En un proceso de duelo el trabajador social deberá trabajar mancomunadamente con la familia, ya que el apoyo de la misma es muy importante para el paciente, teniendo en cuenta que en ella se encuentra la forma básica de su red de apoyo y fortalecimiento de los procesos ante los cambios.

---

<sup>17</sup> Referido como su esposo.

### 3.3.2. ANÁLISIS DE VARIABLES

#### 3.3.2.1. VARIABLE 1. Percepción del paciente renal de su situación de duelo

El 71% de la población de los pacientes renales percibe su situación como una pérdida a nivel social, familiar y físico. El protagonista de la historia número 6 describe:

“He perdido mucho, sino todo. Ya no puedo hacer nada... esto es como estar muerto en vida...”

La paciente de la historia número 2 dice:

“He perdido todo... la vida. Uno a si para que sirve.”

El paciente renal percibe el desarrollo deteriorante de la enfermedad renal, describiéndolo como algo irreversible, característica de las enfermedades crónicas y como lo menciona la historia 10:

“Ya uno no es el mismo, ya jamás volveré a serlo...”

La enfermedad crónica limita las capacidades del individuo y lo convierten en un ser dependiente y vulnerable, en especial por la acción de las consecuencias económicas, sociales, afectivas y familiares que de una u otra manera se ven afectadas por sus pérdidas sucesivas y continuas. Sin embargo la nueva perspectiva de aprender del duelo y del dolor, viéndolas como una oportunidad de significación de lo perdido también es vivenciado por algunos pacientes. Este hecho se pudo observar en el 21% de los casos, donde se manifiesta una clara vivencia de aspectos positivos relacionados a oportunidades que les ha dejado ganancias o beneficios como:

Medios de iniciar nuevas relaciones (historias 2, 12 y 13)

Mejoramiento en las relaciones personales (historia 12)

Nueva perspectiva respecto a la importancia de la vida (historia 12): “Yo antes maldecía el hecho de estar viva, me sentía así por no tener dinero. Ahora veo todo diferente y veo que la vida tiene cosas mas valiosas como la Salud...”

El 100% de la muestra reconoce que el tratamiento es una forma para alargar la vida, pero el 35% describe que es un medio tortuoso y lo considera agresión de la siguiente manera:

“Para que el tratamiento, para seguir así, esto no es vida... A toda hora vive pensando uno, a que hora le tocara”.

El paciente renal no solo vive el día a día con las pérdidas que le representa la enfermedad; también vive con el espectro de la muerte o lo que se denomina duelos anticipatorios. Se evidencia que aunque para el paciente es difícil la verbalización saben que esta enfermedad tendrá un desenlace final, a excepción de unos casos que aun mantienen la esperanza en la curación (negación).

Esta situación es más fuerte cuando desaparece alguno de los miembros del grupo:

“Empieza uno a pensar que paso y ahora quién sigue” (historia 11)

Y aun así es mas devastadora cuando quien fallece es alguien que llevaba cierto tiempo en la terapia y se había desarrollado alguna forma de amistad con algún paciente.

El 100% de la muestra lo asocia con una pérdida de libertad y de dependencia. Cuando un paciente es diagnosticado con IRC debe iniciar una serie de modificaciones, a veces permanentes de su forma de vida; le obliga a hacer un cambio abrupto a su proyecto de vida y a asumir adaptaciones de supervivencia en hábitos incluso comunes como la comida:

“Uno tiene que tener cuidado con lo que come... lo que le gustaba comer antes, ahora no puede comerlo.” (Historias 10,11 y 12)

“Hasta del agua hay que tener cuidado.”

El 92% de los pacientes consideran que es una dependencia y limitaciones hasta en sus relaciones familiares puesto que como lo describen deben aplazar hechos y momentos que para ellos son importantes:

“Hace mas de un año que no veo a mi esposo... Esto de la diálisis no lo deja a uno separarse de la maquina.”

### 3.3.2.2. VARIABLE 2. Situación medica. Manifestaciones físicas psicosociales de la enfermedad.

Uno de los factores que el paciente percibe como mas deteriorado es el relacionado con la salud, así el 100% de la población manifiesta que su estado general de salud ha sufrido cambios negativos. El 43 % de la población describe que su estado de salud es regular, de la misma manera que otro 43% manifiesta que su estado de salud es deficiente de manera progresiva, mientras que solo el 14% describe que se su estado de salud ha mejorado.

En cuanto a los aspectos sociales analizados en la grafica nombrada como participación en actividades socio familiares, se hace una relación del antes y después del tratamiento hemodialítico, obteniendo como resultado que el 71% de la muestra realizaba estas actividades con frecuencia, pero en la actualidad solo el 29% de la población participa en este tipo de lazos socializantes, es decir que ha disminuido la ejecución de estas actividades en el 42% de la población, lo que permite hacer una relación de disminución de contacto social, dando como resultado un aumento en el aislamiento manifestado, que puede ser originado por las reacciones y expectativas de parientes y amigos, de igual forma que por la sensación de incomodidad del mismo paciente. La protagonista de la historia numero 10 describe:

“Es que uno no queda ni para ir a una visita, porque le toca ir con la “carta” de restaurante en donde se diga cuanto de sal, de proteína, de sodio y cuanto de liquido.”

Al igual que el caso número 13, quien describe que no le gustaba participar en eventos familiares porque se sentía rabia, envidia y sentimientos de inferioridad en relación a los demás asistentes a las reuniones y la paciente de la historia número 12 que describe que le molesta estar con personas que la compadezcan, siempre hablen del tema... ¿como esta?... y sientan lastima de ella.

El deterioro progresivo de la salud a algunos pacientes no les permite una movilidad fácil, teniendo que depender de alguien viéndose restringido por el tiempo que le den las personas con las habita.

“¿Pero yo con quien salgo? Solo no puedo... entonces: ¿a dónde voy?” (Caso 6)

Y el paciente del caso 7:

“Yo estoy solo... nadie se preocupa por mi. Mis hijos están muy ocupados. A veces me voy solo a caminar... yo siempre estuve ocupado para hacer amistades.”

En la grafica de “cambios en relación a la sensación de aislamiento social” se puede observar que el 35% de la muestra (5 pacientes) manifiestan sentirse aislados socialmente, en relación a un 100% de la muestra que con anterioridad a su patología y tratamiento no percibían dicha sensación. Esto sucede de manera especial y mas marcada en los pacientes con disfuncionalidad familiar y en aquello que se han desplazado de sus zonas de vivienda habitual.

Llama la atención que el 21 % de la muestra le agrade asistir al tratamiento y hacer parte del grupo de la unidad, describiéndola como un medio de distracción ante el hecho de estar solos:

“Aquí tengo con quien hablar y me distraigo...”  
(Caso 2)

En la grafica titulada búsqueda o mantenimiento de relaciones existentes (en comparación al antes y después) se puede observar que el 93% de la muestra buscaba o se permitía mantener relaciones sociales, en comparación con la situación actual donde ahora solo lo práctica y le agrada al 29% de la muestra.

El paciente en proceso de duelo se encuentra en una “montaña rusa” en sus estados de animo que lo caracteriza por la inestabilidad y evitación de las actividades sociales. El estado de disfrute y/o adhesión social se ve por tanto disminuido. Estos procesos pueden ser prolongados y caracterizados por profundos procesos de aislamiento. Este aspecto es descrito y vivenciado especialmente por las personas que han tenido que hacer un cambio brusco e involuntario en su contexto social.

“...pero uno aquí con quien habla. Aquí no es como en el campo, donde uno tiene sus amigos, vecinos y hasta para donde mirar.”

Otras de las actividades que se toma como indicador de relación social esta representado por las relaciones religiosas obteniendo como resultado que el 23% de la muestra participa mas activamente en actos religiosos, evidenciándose un incremento del 50% al 93 % de los pacientes. Para la gran mayoría de los pacientes la fe y la creencia en Dios es lo que les permite aceptar y continuar el tratamiento. Solamente el 7% de la muestra manifiesta estar molesto con Dios:

“tanto pídale y pídale para que sanara pero nada.  
Se cansa uno de pedir y no tener nada.” (Caso 6)

Podría decirse que esta, entre otras historias, permiten evidenciar la necesidad de acompañar lo procesos de duelo de manera que se oriente y brinden herramientas que el paciente pueda usar para efectuar un buen proceso de duelo, disminuyendo los factores de riesgo como la presencia de patologías mayores de disfunción social y personal de mayor impacto, deseando cada día que se apresure el momento de la muerte presentándose lo que se denomina un abandono al dolor.

En la tabla de aspectos psicosociales se puede observar que el 100% de la población describe sentir depresión, lo que es corroborado en la revisión de las historias clínicas. Los pacientes describen la percepción de una serie de cambios secuenciales representados en sentimientos de tristeza (86%) y ansiedad en un (71%).

### 3.3.2.3. VARIABLE 3. Tipos de duelo

Se pudo determinar que los pacientes hacen en promedio un total de 14 duelos mayores, la gran mayoría de ellos vivenciados de manera simultanea. Podría decirse que el paciente renal nunca deja de hacer procesos de duelo y quizá existan procesos de duelo que los pacientes nunca hagan en su totalidad. Se pudo constatar que la gran mayoría de los pacientes no terminan o comienzan un proceso de perdida cuando ya esta empezando el otro.

El proceso degenerativo de la enfermedad hace que el paciente este inmerso en el pensar constante del que sucederá, de lo que le hace falta por perder. Este hecho hace que el paciente siga su vida en un circulo de dolor en el que vivencia día a día un proceso de duelo anticipatorio (ver historias sociales). Es por ello que el paciente y la familia deben tener un buen conocimiento frente a su patología, actitud que le permitirá dinamizar sus procesos adaptativos.

Según la experiencia vivida con los pacientes renales, se puede concluir que en todos los casos requieren de un tratamiento integral, entendido este como la congruencia en un trabajo interdisciplinario. Dicha intervención debe hacerse desde la base del diagnostico de la realidad del paciente, entendiéndolo como miembro y actor social.

Las continuas perdidas vivenciadas por los pacientes renales dan lugar a una continua desestabilización de su vida psicosocial. Los pacientes los vivencian de distintas maneras, en las que se concluye que el apoyo, social, familiar e institucional juegan un papel determinante.

### 3.3.2.4. VARIABLES 4. Fases de duelo del paciente renal

Las etapas de duelo de los 14 pacientes renales son variadas y no indican un proceso renal con elaboración de duelos. Es de aclarar que las cinco fases establecidas por ROSSE<sup>18</sup> no siempre se presentan y no siempre en un orden cronológico, como ya se ha mencionado anteriormente.

La característica fundamental de los duelos en pacientes renales esta dada por la multiplicidad y secuencialidad de los mismos. En ocasiones la simultaneidad de los duelos pasa desapercibida por el paciente, viéndose reflejada en la somatización y expresión simultanea, reprimida de emociones que en pocas ocasiones se expresa. Además de todos estos duelos, se transforma en un dolor impactante que es trasladado a su entorno social.

---

<sup>18</sup> Estudiadas por Kübler-Rosse y mencionadas en “Apoyo al paciente terminal y su familia. Acción profesional desde el trabajo social” de Ana Maria Ospina Velasco (2000)

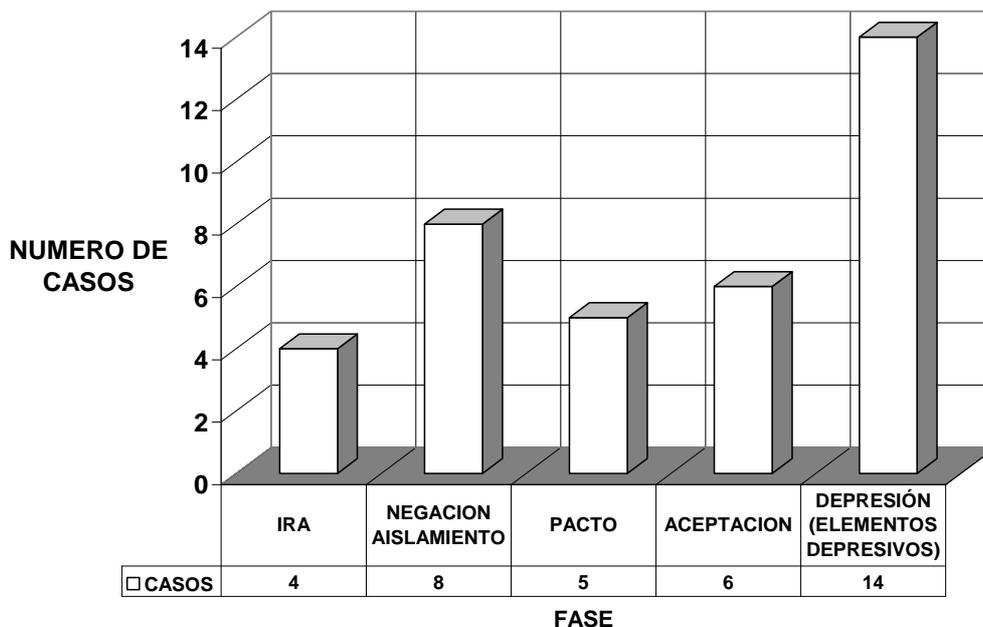
“Cada día me siento peor, yo no veo mejoría, esto es un tiempo perdido” (historia social 1 y 7)

“Yo me quiero morir...”

Según Kübler – Rosse existen cinco fases del proceso de duelo. Según esta perspectiva los pacientes que tuvieron acompañamiento social en duelo se encuentran en:

- Fase de negación y aislamiento un 57%
- Fase de ira 28%
- Fase de pacto 28%
- Fase de aceptación 35%
- Fase de depresión 100% (elementos depresivos)

#### FASE DE DUELO EN PACIENTES RENALES



Grafica 1. Fases de duelo en pacientes renales del Hospital Simón Bolívar

Como se describe en otros apartes de esta investigación los procesos de duelo no tienen un desarrollo cronológico ni un orden específico, razón por la cual un paciente puede encontrarse sumido en varias fases distintas al mismo tiempo. En este mismo sentido es posible que no se realice un proceso de duelo con todas las fases o que un paciente permanezca en una fase por el mismo periodo de tiempo que en otros casos. Este hecho está determinado por los procesos adaptativos y aprehensión recogidos a lo largo de su vida.

El 100% de la población posee elementos característicos de la fase depresiva, caracterizada por fuertes sentimientos de frustración e impotencia frente a su

situación. El sentirse dependientes y vivenciar un proceso degenerativo hasta en los mas mínimos aspectos como el de racionalización de un hecho aumenta o incrementa este sentimiento que afecta los otros aspectos de su vida socio familiar en los que la soledad, conflictividad, aislamiento y carencias entre muchos otros se convierten en un ciclo vicioso. Es de aclarar que los aspectos depresivos normales, resultantes de este tipo de patologías no son evidencia de aspectos negativos en un proceso de duelo, puesto que surgen como respuesta a los diferentes procesos de confrontación que debe hacer un paciente, mostrando por el contrario que se esta iniciando un tipo de entendimiento desde su percepción a su nueva realidad. Por lo tanto los sentimientos depresivos deben ser tratados de manera interdisciplinaria en conjunto con sus familiares buscando brindar orientación, acogida, respeto, individualidad y herramientas a cada caso, disminuyendo mediante el acompañamiento los riesgos en cuanto a que estas depresiones se conviertan en causantes de aspectos realmente negativos para el presente y futuro del paciente y de su proceso clínico, familiar y social.

En cuanto a la fase de ira, los pacientes que se encuentran en esta lo perciben como un disgusto con la vida, con la enfermedad, con su entorno, en el que no encuentran una explicación a lo que esta sucediendo. De esta manera manifiestan una constante irritabilidad y auto aislamiento. Es de anotar que esta fase es el mecanismo de respuesta que se presenta en el individuo frente a una perdida, especialmente cuanto mayor sea ésta y el paciente generalmente prefiere escapar a la situación expresado en expresiones como:

“Estoy cansado, no quiero continuar, quiero morir...”

En esta etapa se presenta el mayor grado de conflictibilidad del paciente frente a su entorno social y para consigo mismo, expresada en ocasiones en continuas regresiones infantiles y dejamientos o abandonos personales como la falta de aseo, de organización personal o rebeldías explosivas. De la misma manera se pueden escuchar frases como: “Yo quiero acabar con mi vida y tan pronto me den la oportunidad, lo haré...” Estos son unos de los momentos más dramáticos y donde se requiere de la presencia del profesional con fuertes elementos de formación psicosocial que apoyen y orienten este tipo de demostraciones, tanto en el paciente como a la familia.

Esta fase se representa por grandes momentos de crisis que se hacen más fuertes frente a perdidas mayores y/o abandonos sociales, con sus respectivas consecuencias de desestructuraciones familiares y personales.

La fase de aceptación es una etapa caracterizada generalmente por ser el resultado de las fases anteriores, ya que es el proceso final que se obtiene de los aprendizajes, del apoyo sociofamiliar y/o del apoyo terapéutico, sin que haya necesidad de que el paciente presente todas las fases.

En la experiencia encontrada con los pacientes renales se evidencia que la gran mayoría de los casos, aunque se esta en la fase de aceptación, se mantiene latente la esperanza en que surja un milagro que les permita la sanación, de manera que se transforma en un estadio de resignación resultante ante la realidad vivenciada.

Por las características de esta patología degenerativa se puede decir que si bien se hace un proceso de aceptación ante esta enfermedad, no se ha tenido un proceso de aceptación ante las consecuencias que genera la misma, es decir que se acepta el tener IRC, mas no las consecuencias de las frecuentes perdidas que se tendrán a futuro.

### 3.3.2.5. VARIABLES 5 – 8 Grado de adaptación a su realidad, vivencia de las perdidas, cambio de rol de los pacientes, dinámica familiar

Según la intervención realizada en el acompañamiento en duelo se puede concluir que los pacientes hacen en promedio 14 duelos mayores, es decir que cada duelo trae inmerso otra serie de micro pérdidas, con su respectivo impacto en el paciente y su relación con el entorno.

Ejemplo de ello se puede evidenciar en la historia 4 en la que el paciente describe aspectos como el haber dejado, no solo, su lugar de origen, sino sus amigos, esposa, el reconocimiento social, la perdida de sus habilidades de raciocinio; perdida de la visión paulatina y destrezas manuales, lo que le han llevado a sentir la perdida de su rol como aportante económico, pasando a ser dependiente de sus hijos. El paciente dice:

“Después de esto queda uno congestionado...”

Si se observa en esta sola historia, este paciente esta haciendo en promedio 9 duelos paralelos, sin contar los duelos que el sabe sobrevendrán (duelos anticipatorios) y que terminaran con la muerte, aunque el aun conserva la esperanza de curación...

Aunque en medio de la evitación, la confrontación con la realidad le permiten conocer y asumirla paulatinamente aunque no la verbalice.

Estas entre otras historias de vida presentan las mismas características vivenciadas de formas diferentes. Es de recordar que el afrontamiento de las perdidas tiene una connotación de aprendizaje que se adquiere en la familia, entorno social, que se conjugan en la aprehensión y capacidad adaptativa orientada por la madurez psicosocial.

En relación a la edad se pudo establecer que en los pacientes jóvenes se presenta mayor recursividad y se aferran al tiempo biológico que les queda, aunque los proyectos de vida se ven troncados. Los mecanismos adaptativos son más

elaborados y con mayor alternatividad, sin embargo llama la atención que los pacientes con capacidad reproductiva renuncian a la paternidad con la consecuencia de no establecer relaciones perdurables en el tiempo o dependencias emocionales.

“Yo pensaba: ¿Quién se va a fijar en mi si vivo enferma? Me sentía menos mujer que otras.”

“Mi esposo quiere un hijo, pero se que el riesgo es alto tanto para el niño como para mi...”

En la historia numero 11 el paciente describe:

“Yo renuncie a ser papa, no quiero ver a un niño sufriendo, soportando lo que a uno le toca, esto hace que no tenga una persona conmigo.”

Esta es una lista de las perdidas mayores que se aprecian en los pacientes renales:

- ↪ Laboral y económico
- ↪ De relaciones sociales
- ↪ De tipo cultural
- ↪ Perdidas físicas (de visión)
- ↪ Perdidas físicas (de movimiento)
- ↪ Perdidas físicas (de racionalización)
- ↪ De independencia – autonomía
- ↪ De libertad
- ↪ De imagen corporal
- ↪ Del rol familiar y de autoridad
- ↪ De la sexualidad y reproductiva
- ↪ En proyecto de vida
- ↪ En relaciones personales y familiares (conyugal)
- ↪ En la capacidad de elegir y tomar decisiones.

El paciente renal vivencia la pérdida del rol laboral como:

- ↪ Dependencia económica

“El dinero que consigo es mínimo y solo me alcanza para lo más básico, esto hace que la falta de dinero afecte a mi familia.”

- ↪ Situaciones estresantes por las carencias económicas para suplir necesidades como: alimentos, arriendos, medicamentos entre otros.
- ↪ El mismo rol de dependencia económica que ellos vivencian como una carga ante sus familiares.

- La pérdida de autonomía que les acarrea la pérdida en la capacidad de decisión.

“Otros deciden por mi”.

- Perdida del bienestar en cuanto al hecho manifestado como:

“Yo tenía, yo gastaba en lo que quería y también por ello podía decidir en mi casa y participar en las decisiones”

- Disminución de las horas laborales, lo que se ve reflejado en un menor ingreso y menor capacidad de consumo.

- Pérdida de autoestima:

“Antes yo podía hacer muchas cosas, trabajaba y la gente reconocía lo que yo hacía por su calidad y beneficios, ahora no puedo hacer nada.”

- Cambio en el proyecto de vida:

“Yo estude una carrera...me gustaba mucho, pero ahora tengo que estudiar otra cosa porque el tiempo de la terapia no me va a permitir tener un tiempo para laborar y a un así mi horario laboral sería muy restringido y con la situación actual de trabajo sería bastante difícil...”

- Distanciamiento familiar:

“Ya yo no cuento con el mismo dinero para ir a visitar a mi familia.”

En la grafica obtenida como resultado del análisis de la historia social los pacientes describen su situación económica como: regular un 65%, mala un 14% y buena un 21%, es de anotar que los pacientes que describen una situación económica estable o buena cuentan con el apoyo familiar mientras que los pacientes que describen su situación económica como critica no poseen apoyo de la red familiar y /o social. El 65% de la situación regular del paciente esta caracterizada por la no realización de actividades laborales, mientras que los pacientes con una buena situación económica poseen trabajos de características independiente y/o permanente. Por otra parte los pacientes que describen su situación económica como mala realizan trabajos esporádicos y por horas.

- De relaciones sociales

Desde el punto de vista de las pérdidas de tipo social se puede observar:

Perdidas de relaciones personales evidentes en la disminución de la asistencia a eventos de tipo social y familiar, en la capacidad de diálogo y de mantenimiento o búsqueda de nuevas relaciones.

Por su gran impacto. Este aspecto está inmerso y mencionado con anterioridad.

#### De tipo cultural

La pérdida de redes sociales y culturales está dada principalmente por el alejamiento de su contexto cotidiano de vida. En este caso los hábitos socioculturales (alimentación, vestido, actividades culturales, religiosas y relacionales) se ven afectados por el ingreso a un nuevo ambiente que no le permite afirmar o socializarse de manera efectiva con nuevos grupos de interacción. Les es difícil encontrar respuesta a las necesidades afectivas y del compartir por sus características ideológicas e idiosincrasias propias de su cultura.

#### Pérdidas físicas (de visión, de movimiento y racionalización)

Quizás el mayor impacto causado al desarrollo habitual del paciente está dado por la pérdida parcial o total de la visión, ya que afecta distintos aspectos de la vida, ya que lo aísla de lo que ha conocido y de lo que ha aprendido a través de su desarrollo como persona. Algunos pacientes lo vivencian como un morir en lo que se ha aprendido. Los pacientes que se encuentran en este proceso mencionan que es preferible estar muerto a perder la visión.

#### De independencia – autonomía

Las pérdidas relacionadas con anterioridad le generan al paciente un gran sentimiento de dependencia y frustración, ya que para la gran mayoría de ellos la característica fundamental es el de recordar que han sido independientes y autónomos en las decisiones propias de su rol. Los matices que han tenido que adoptar para la adaptación a su nuevo rol que no han sido seleccionados por ellos los mantienen en una situación en la cual se manifiestan como presos de las circunstancias, alejados del mundo que conocieron y que muchos de ellos construyeron por largos años.

#### De imagen corporal

Algunos describen que ya no son los mismos, que su físico y su apariencia se ha visto deteriorada y son continuas las críticas en cuanto al desmejoramiento de su físico.

Especialmente es apreciable en aquellos pacientes en los que la vista se ha perdido y en los que la incapacidad de movimiento los sitúa en situaciones limitantes para

poder cumplir con las funciones que de manera normal desarrollarían en cuanto al cuidado de su apariencia personal.

En las primeras fases del tratamiento hemodialítico los pacientes describen que fue mucho más deprimente su aspecto personal, ya que por la retención de líquidos, entre otros aspectos se apreciaban inflamaciones corporales o pérdida exagerada de la masa corporal

#### Del rol familiar, económico y de autoridad

Este aspecto se ha mencionado a lo largo del trabajo y de los puntos anteriores. Según la gráfica “nuevos roles familiares” se puede evidenciar que la dependencia económica se encuentra ahora presente en el 78% de los casos, con una modificación del rol de aportante a dependiente no solo económica, sino que en un 21% de los casos también se manifiesta en dependencia para la movilidad.

#### De la sexualidad y reproducción

Asociado con otros aspectos de la salud y de su proyecto de vida, el aspecto reproductivo se ve afectado por el conocimiento de su patología en cuanto a la posibilidad de ser transmitido por herencia genética y/o por el hecho de incrementar los riesgos para la madre o el niño en relación a la muerte.

Por otro lado un buen número de pacientes referencian que su capacidad de respuesta sexual ha disminuido tanto por los deseos y respuesta para con su pareja lo cual se explica por la misma patología que causa estrés, cansancio y debilitamiento, como por los aspectos psico-familiares asociados a la sensación de afectividad y respeto, que, como ya se ha mencionado, los hace sentir aislado o rechazados, incrementado por la conflictividad en el núcleo familiar.

#### En proyecto de vida

Ya anteriormente mencionado y relacionado específicamente con el aspecto laboral.

#### En relaciones personales y familiares (conyugal)

Se encuentra descrito desde el punto de vista de la capacidad de decisión y el rol como aportante económico y de la capacidad de respuesta sexual y reproductiva ante la pareja.

Los demás elementos relacionados con este aspecto se mencionan en todo el interior del cuerpo del trabajo.

#### Cambios permanentes en cuanto a las actividades de ocio.

Como se puede observar en las historias sociales y en el desarrollo de la investigación se puede evidenciar que los pacientes han tenido que hacer una reestructuración en cuanto a actividades que le brindaban satisfacción y entretenimiento como lo son:

Actividades al aire libre que del 35% de los que practicaba estos deportes, el 21% lo practican aun pero con restricciones y menor frecuencia, mientras que el restante 14% ya no lo practican por sus características físicas y emocionales (ya no hay disfrute de esta actividad).

En relación a actividades como la lectura, del 64% que la practicaban, un 14% ya no la ejercen debido en especial a la perdida total de la visión, mientras que el restante 50% lo hacen con menor frecuencia y dificultad también asociada a la disminución paulatina del campo visual referenciada por los pacientes. Esta situación los lleva a profundizar más los sentimientos de soledad, aislamiento y discapacidad.

“Yo ya veo poco; cada vez veo menos...”

De esta misma manera los pacientes describen que el disfrute de estas y otras actividades como ver televisión, escribir, escuchar música, entre otras es vivenciado de una manera menos agradable y percibida ahora como un factor de aburrimiento o con sentimientos de tristeza, como al escuchar música.

Dentro de las necesidades descritas por Maslow, se menciona la importancia de que las personas tengan una satisfacción adecuada a las necesidades de recreación, describiéndolas como un medio en el que la persona se encuentra consigo misma y da respuesta a los mecanismos de escape de las diferentes presiones sociales, familiares y en este caso a las de la enfermedad, que como ya se ha mencionado con anterioridad es de gran impacto para los pacientes.

En los referentes teóricos encontrados en cuanto al tratamiento hemodialítico se menciona la importancia del desarrollo de actividades de esparcimiento al aire libre, como psicosocial del paciente en la que se recomienda que el paciente procure seguir con su cotidianidad, en especial, en la realización de actividades físicas de acuerdo a su capacidad, contribuyendo de esta manera a mejorar sus niveles de respuesta a las necesidades fisiológicas de su organismo.

3.3.2.6. VARIABLE 9. Vivencia del paciente frente a su pertenencia a un programa de hemodiálisis.

El 100% de la población considera que es un medio para seguir viviendo, lo cual puede ser utilizado como medio de apoyo desde la propia perspectiva del mantenimiento de la vida. Pero pese a ello, en la totalidad de los caso la sensación de dependencia, en mayor o menor grado, es evidente, al igual que de la libertad (en cualquiera de sus aspectos) y se encuentra que lo consideran, además como un medio agresivo y tortuoso el 35% de los casos.

Muy por el contrario un 28% considera que es un medio para el inicio de nuevas relaciones sociales, lo cual se puede explicar en que en este caso, los pacientes no poseen una correcta funcionalidad familiar y la sensación de soledad les permite mantener esta visión ante lo que significa el ser usuario de la unidad renal.

### 3.3.2.7. VARIABLE 10 -12. Actitud de la red familiar, ingresos económicos, actividades laborales y sociales del paciente

En estos aspectos todos los pacientes manifiestan algún tipo de apoyo familiar desde el punto de vista económico o afectivo, pero solo un 14% manifiestan que el apoyo recibido en su núcleo familiar se expresa en el campo comunicativo y/o de dialogo, lo que se relaciona especialmente con disfuncionalidades familiares existentes. (ver análisis APGAR)

### 3.3.2.8. VARIABLE 13. Acción del trabajador social

Según el acompañamiento realizado, aunque se desarrollo en un tiempo y espacio limitado, en la evaluación del proceso los pacientes describen haber vivenciado este acompañamiento como:

- ↗ “Espacio en el que me sentí importante... sabia que alguien me esperaba y pensaba de que íbamos a hablar.”
- ↗ “Espacio en el que me sentí una persona normal y entendida, porque sentía que lo que yo pensaba era importante...”
- ↗ “Fue un espacio `para hablar de cosas de las que uno no habla con nadie (miedos, presentimiento, tristezas y esas cosas que le pasan a uno y que uno no entiende...”
- ↗ “Me permitió entender la importancia de reconocer el avance real de mi enfermedad y pensar en posibles formas para seguir viviendo... <<construir para el mañana y tener de que vivir>>”
- ↗ “Me hizo ser realista, me causó dolor... pero a veces hace falta entender lo que le pasa a uno para que cuando llegue el momento no sea tan duro.”
- ↗ “Me despejó dudas de mi enfermedad.”
- ↗ “Me ayudo a entender la importancia de tomarme los medicamentos y comer como me lo recomienda el medico.”

- ↪ “Antes no entendía lo que me pasaba y por que me sentía tan descompuesto, ahora se han despejado algunas dudas.”
- ↪ “Ahora he entendido mas sobre mi enfermedad.”
- ↪ “Me permitió reflexionar frente a lo que yo sentía como <<Muerto en Vida>> y la posibilidad y la oportunidad que tengo ahora de estar vivo, para poder estar con lo de uno.”
- ↪ “Me hizo pensar sobre lo bueno que es mirar de otra forma lo que me esta pasando. Se que esto me ayuda a vivir mejor.”
- ↪ “Espacio para ser escuchado y poder hablar, para sentirse mas aliviado.”
- ↪ “Ya uno las extraña y se siente emocionado al verlas.”
- ↪ “Yo no quiero que se vallan, hoy tengo mucho para decirles. Hoy me siento muy sola y triste, no se vallan.”

### 3.3.2.9. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN PROCESOS DE DUELO PARA CON PACIENTES CRÓNICOS Y/O TERMINALES

El proceso de acompañamiento realizado con pacientes renales, su análisis y conjugación teórica permitieron desarrollar una propuesta frente a la intervención del trabajador social para con los pacientes con patologías crónica y/o enfermedades terminales.

La elaboración de esta propuesta esta enmarcada desde la perspectiva propia como resultado de la experiencia y aplicación de los conocimientos teóricos adquiridos desde lo académico. Además en esta propuesta convergen las perspectivas profesionales que desde el punto de vista personal ofrecen una visión futura del desempeño como trabajadoras sociales en el área de la salud.

La propuesta, se deja al análisis posterior del profesional que con los argumentos que la experiencia y el conocimiento de hecho le permitan modificaciones, ajustes o contraposiciones.

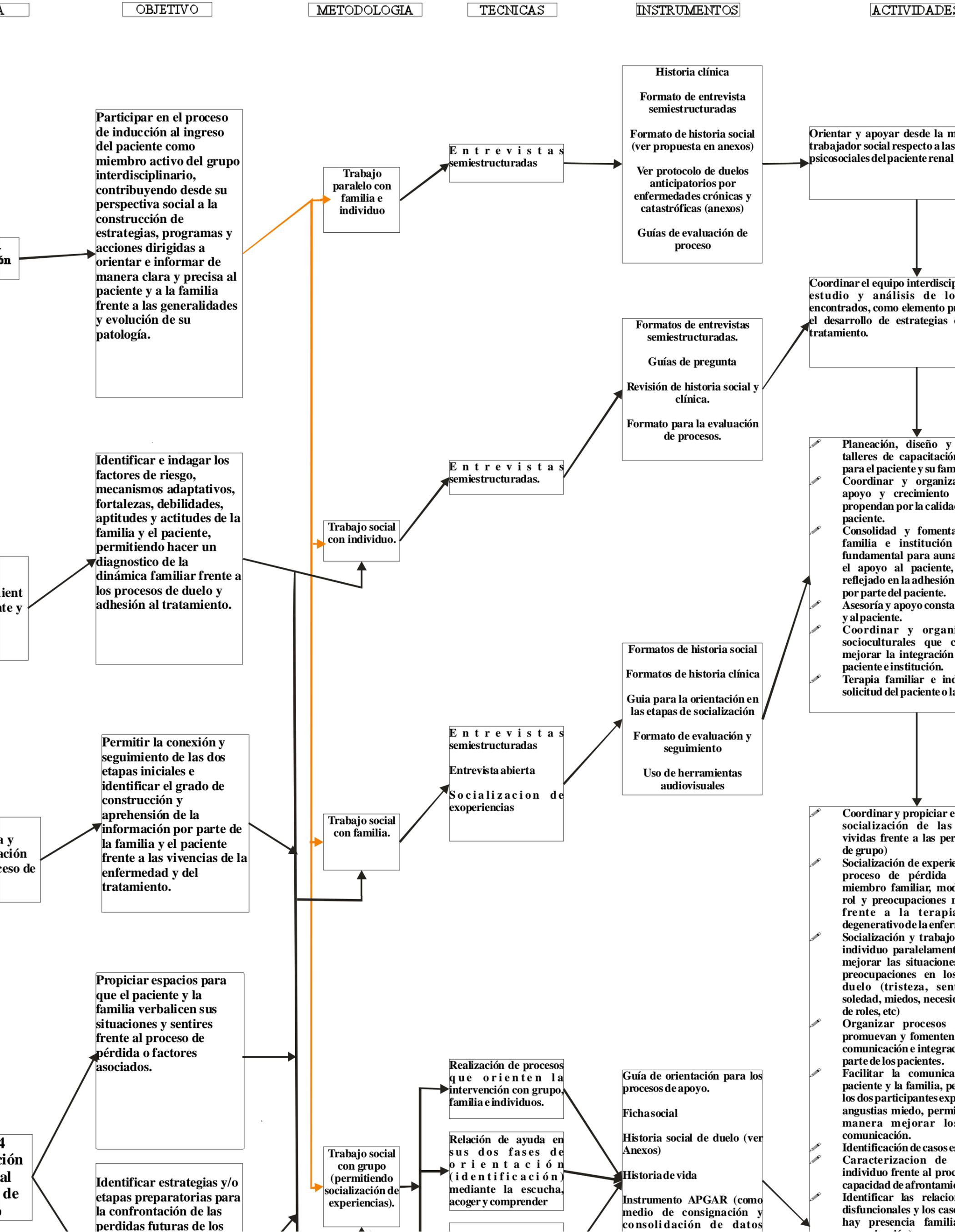
Los aspectos principales que la constituyen están dirigidos a contribuir con herramientas y procesos que faciliten, promuevan y complementen la intervención

que en aspecto de la salud se pueda brindar a los pacientes con patologías crónicas y/o terminales desde la perspectiva de un trabajador social.

En este sentido se pueden llegar a obtener dos tipos de impactos positivos:

- Por un lado brinda elementos que van a contribuir a la adherencia del tratamiento y la participación activa de la familia.
- Por otra parte esta propuesta sirve como base promueve la dinámica e integralidad del tratamiento del paciente que procure obtener beneficios en la calidad de vida del paciente.

**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN PROCESOS DE DUELO**



### 3.4. CONCLUSIONES DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN

Es importante que al paciente renal se le hagan los procesos de intervención terapéutica, incluyendo en este, a la familia y no que se realicen dichos procesos de manera aislada, ya que la inclusión de la familia en el proceso terapéutico, desde el ingreso del paciente y con un continuo seguimiento permite mayor adhesión a la terapia.

Es importante el seguimiento a los procesos de adhesión y adaptación al tratamiento por parte del grupo interdisciplinario.

Es de gran importancia la continua socialización por parte del paciente y la familia respecto a los procesos construidos por él frente a su nueva situación.

Es importante que al paciente renal se le brinden espacios que promuevan la verbalización de sus vivencias, de manera que se ofrezca la garantía de no ser juzgado y respetado frente a lo que exprese.

El momento del diagnóstico es de gran importancia y es por ello que se hace necesario de la participación de la familia y de la construcción metodológica de herramientas que le permitan al paciente y la familia entender el como será el tratamiento, cambios, necesidades y apoyos. Es fundamental que esta metodología didáctica este dirigida a todos los niveles educativos de los usuarios, con la finalidad de usar terminología adecuada para el entendimiento de la nueva situación del paciente, al igual que es necesaria la retroalimentación continua de este proceso para con el paciente y familia, permitiendo recoger la abstracción del conocimiento adquirido y su aplicación a la terapia y a su vida misma.

El proceso de diagnóstico permite conocer o evidenciar factores de riesgo, mecanismos adaptativos, fortalezas, habilidades, aptitudes y actitudes del paciente, como de la familia. De la lectura que se haga dependerá la construcción de momentos terapéuticos que promuevan, fortalezcan a las familias y al paciente, de forma que en la terapia se incluyan beneficios constructivos y movilización de los propios recursos de cada grupo familiar, para la afrontación de su situación presente y/o futura.

Cuando en el proceso terapéutico se produzca el fallecimiento de alguno de sus miembros es importante que se brinden los espacios dentro de una metodología de trabajo social con grupo para socializar el hecho y que los pacientes puedan expresarse frente a esta pérdida. Esta terapia grupal permitirá socializar y dar continuidad al proceso de duelo acompañado y compartido, teniendo en cuenta los procesos grupales desde el enfoque de la sin talidad y su entendimiento desde el modelo sistémico.

El paciente renal esta en constante proceso de duelo. Según lo encontrado en la investigación, en promedio, a la vez se hacen 14 duelos mayores en promedio que le han causado mayor grado de dificultad, lo que origina continuos cambios psicosociales y ameritan un acompañamiento en el que se proyecten y acompañen los diferentes sentires del paciente. El trabajador social y su formación integral lo hacen idóneo para contribuir en la mejora de la calidad de vida del usuario, permitiéndole vislumbrar sus propios mecanismos adaptativos y la importancia de la vivencia con respeto de su sentir y la proyección de mejoras para con su entorno.

En el proceso de acompañamiento en duelo se pudo observar que uno de los factores de riesgo está determinado por la falta de adhesión al tratamiento, representado por el no cumplimiento con la dieta y seguido por la no ingesta de los medicamentos. Uno de los motivos mencionados por el paciente al que le atribuye el no cumplimiento a la dieta lo asocia al bajo nivel de ingresos, a la escasa y/o nula red de apoyo sociofamiliar y al deterioro en su capacidad laboral que según las estadísticas se ve disminuido con mas del cincuenta por ciento de los casos en especial por la perdida de la capacidad visual y la dificultad de encontrar trabajos con horarios compatibles a las terapias de diálisis.

En el 70% de los pacientes se pueden observar que poseen características de disfuncionalidad familiar, representada en los elementos depresivos y/o soledad que se referencia en las sesiones del acompañamiento en duelo. En dicha disfuncionalidad se presenta como eje el deterioro o pérdida de los procesos comunicativos al interior de las familias. En el 43% de los casos se asocia al desplazamiento por parte del paciente de su lugar de origen y alejamiento de sus núcleos familiares y relaciones sociales; el 7% la asocia a la perdida del rol económico en la familia que lo limita a un estado de frustración y dependencia. Por otra parte el restante 16% corresponde a una comunicación de tipo exclusivamente rutinario, que aunque en los demás casos también se encuentra presente, en estos se encuentra porque los pacientes prefieren no hablar de su situación como sinónimo de comodidad para ellos y sus familiares. (Ver análisis APGAR).

El 10% de los pacientes referencian que el asistir al tratamiento hemodiálítico no solo es una forma de prolongar la vida sino a la vez una oportunidad para tener con quien hablar. Ante el hecho compartido, por ellos, de permanecer solos, el tratamiento es un escape a la soledad y se convierte en un pasatiempo de compartir. Por esta razón, entre otras, es importante la lectura del diagnostico social, ya que permite identificar y construir estrategias que brinden elementos para contribuir en la mejora sus niveles de comunicación y enriquecimiento social dentro de un proceso terapéutico dirigido a satisfacer las necesidades de los usuarios.

La importancia del acompañamiento en procesos de duelo radica en que es un mecanismo preventivo que disminuye el riesgo de depresiones mayores, es decir de un abandono personal del paciente incrementando sus sentimientos de frustración, aislamiento social y conflictividad para consigo mismo y su entorno, inclusive de iniciar procesos de suicidio pasivo. Es de anotar que dentro de los derechos del paciente esta el de procurar brindarle una calidad de vida apropiada a sus necesidades como persona y ser social.

El 30% de los pacientes vivencian su enfermedad como un impedimento para construir un proyecto de vida con otra persona y se niegan la posibilidad de enfrentar roles maternos, paternos y/o conyugales. Los pacientes lo atribuyen al deseo de no transmitir por herencia genética la enfermedad.

El 60% de la población ha tenido que desplazarse a la ciudad de Bogotá para iniciar el tratamiento hemodialítico. Esta pérdida es evidenciada y de gran impacto por el paciente, ya que ha perdido su conexión cultural, contextual y de su entorno, al igual que ha dejado un buen número de relaciones importantes como son hijos, hermanos, cónyuges. Este tipo de pérdida sociocultural significa para el paciente fuertes sentimientos de soledad, abandono y modificación de la comunicación con su grupo sociofamiliar.

La pérdida que más ha causado dificultad es la disminución progresiva de la visión (total 14% o parcial 64%) que afecta a un 78% de la población. Este duelo es descrito como una muerte en vida por parte de los pacientes, puesto que afecta directamente el rol laboral, que es vivenciado por una dependencia frustrante que interrumpe su rol familiar, personal y social, siendo además causa de otras micro-pérdidas.

En el acompañamiento en duelo se evidencio que en el caso del adulto mayor, sufre un impacto más fuerte las consecuencias de su enfermedad no solo desde el punto de vista físico, sino por el sentido de marginación al sentirse una carga para su contexto social y familiar, hecho que le es más relevante que su propia muerte.

La remembranza y regresión son importantes ya que permiten satisfacer necesidades emocionales como la autoestima y el reconocimiento de sus propias capacidades o potencialidades que puede favorecer una reorientación de su proyecto de vida. Esto se evidencia cuando el 21% de los pacientes prefieren evitar hablar de su situación actual por considerarla dolorosa y en cambio se muestran nostálgicos y efusivos frente al recuerdo de lo que fue su proyecto de vida, vivenciándolo con orgullo y añoranza. El promover este tipo de vivencias permite mantener una conexión con su ser social disminuido por su enfermedad mejorando su autoestima (lo hace sentirse vivo). Sin embargo también es claro que para poder transformar de negativo a positivo este proceso de recuerdo y comparación de su pasado con su presente se hace necesario que el acompañamiento social en duelo favorezca un accionar sobre el individuo y el grupo familiar por medio de estrategias interdisciplinarias de

promoción de cualidades y potenciales recursos para las distintas dimensiones de desarrollo personal del paciente. De esta manera se podrán utilizar herramientas que faciliten que el paciente acepte y asimile los nuevos papeles que acarrea su situación, incluidos allí los patrones de adhesión a sus terapias y necesidades nutricionales y de posología médica.

El trabajador social como dinamizador relacional debe proporcionarle al familiar la información, formación y apoyo adecuado para entender las reacciones que puede presentar el paciente como frustración, depresión, rechazo, agresividad, disminuyendo de esta manera los posibles conflictos relacionales con la familia y/o entorno social.

Dentro del proceso terapéutico se deben proporcionar espacios para que el paciente verbalice su situación y pensamientos frente a su pérdida, disminuyendo sentimientos de culpa con lo cual se permite orientarle frente al hecho de la importancia de que se permita, él, entenderse como ser humano ante la realidad. Es decir buscar una normalización dirigida hacia el sentir frente a lo vivido y orientándolo e informándole que estos hechos serán frecuentes y que su sentir es respetable y normal ante los procesos de confrontación.

Dentro del proceso de acompañamiento se pudo evidenciar la importancia de que el trabajador social brinde espacios confortables, aplicando los principios que regulan su intervención, dirigidos hacia el paciente, de manera que se respete lo que es él como persona y no lo que quiere reflejar como mecanismo de defensa para la aceptación social y terapéutica (favorecimiento de la percepción de él frente a nosotros).

Mediante el trabajo se pudo entender que el duelo realmente no posee una fórmula específica de tratamiento, pero sí es posible acompañarlo para lograr mediante trabajo de coordinación interdisciplinario y terapéutico social dinamizar y fortalecer los procesos adaptativos y la movilización de los recursos propios para propender el buen desarrollo de un proceso de duelo. El paciente renal por su patología presenta como característica estar siempre en procesos de duelo, con pérdidas mayores o menores, pero que le van a significar una disminución paulatina de su calidad de vida como ser bidimensional que pueden ser manejadas para lograr la disminución de sus impactos.

El trabajador social mediante su intervención tiene como finalidad identificar los diferentes mecanismos de confrontación de los pacientes para vivir sus pérdidas, estableciendo los factores de riesgo y vulnerabilidad que pueda dificultar el proceso. Para ello se deben construir actividades, acciones, estrategias y fortalecimiento de redes de apoyo que propendan por la potencialización de las cualidades de la persona, con la finalidad de disminuir los efectos discapacitantes y/o conflictivos resultantes de la enfermedad y a la

vez enriquezcan y fortalezcan los sentidos y potencialidades que posee el paciente.

Para los procesos de intervención del trabajador social es importante que establezca, bajo los resultados del diagnóstico técnicas y herramientas que potencien el reajuste y procesos adaptativos del paciente frente a su situación, al igual que de los procesos de confrontación. Esto se logra mediante el uso de instrumentos que permitan la asociación de los factores psicosociales con los terapéuticos a utilizar y evidencien los requerimientos de acción social, de ajuste económico (laboral) o tratamiento familiar.

Se pudo establecer que una de las técnicas de gran utilidad para el trabajador social está representada por la "relación de ayuda", teniendo en cuenta que es una relación de tipo profesional que tiene como objeto ofrecer elementos y posibilidades para que la persona que lo solicite pueda adaptarse y ajustarse a la situación que sufre.

Un ejemplo de esta forma de intervención se puede observar en el proceso de cambio a lo verbalizado por el siguiente paciente:

"Yo prefiero aumentar mis terapias de diálisis, no me interesan las molestias que puedan causar, pero no soportaría el perder la visión..."<sup>19</sup>

Posteriormente el mismo paciente describe:

"Se que tarde o temprano voy a perder totalmente la vista, antes no me atrevía ni siquiera a pensar en este hecho. Se que debo empezar a reestructurar sobre todo mi vida laboral, para que cuando llegue este momento tenga con que defenderme y no valla a ser una carga para mi familia, al igual que debo buscar formas para trabajar y adaptarme, porque no soportaría estar sin hacer nada..."<sup>20</sup>

A diferencia del caso 1, este paciente ya manifiesta mínimas expectativas respecto a una reestructuración positiva en su futuro proyecto de vida que puede influir de la misma manera, no solo en él mismo, sino en su grupo familiar y en la adherencia al tratamiento. Es evidente en el caso 1, que se relaciona a continuación, la importancia de aplicar procesos de confrontación desde el ingreso del paciente a la terapia de diálisis, de manera que se ajuste paulatinamente al desarrollo de su patología y a las consecuencias de la misma, de forma que, de una manera conciente afronte su realidad proyectándose a dichos cambios en forma positiva (preparación anticipada ante el eventual cambio). Es de aclarar que

---

<sup>19</sup> Primeras sesiones de acompañamiento en duelo con caso 11.

<sup>20</sup> Parafraseado registro fonográfico y transcrito en historia de vida.

para lograr que este proceso llegue a un buen término se hace necesario el seguimiento y acompañamiento constante al paciente. De igual manera este proceso preparatorio, continuo, no es un indicador para que, llegado el momento, el paciente no valla a percibir el impacto de la perdida, puesto que este hecho es el conglomerado de lo aprendido en un entorno social desde la infancia. La ventaja radica en que para él ya habrá fijado las primeras bases, acompañado en lo que se denomina duelos anticipados.

El caso 1, de referencia, el paciente refiere frente a la paulatina pérdida de su visión:

“Yo a esto no le veo sentido, yo siento que voy a enloquecer la verdad cuando uno esta así puede ser capaz de todo y yo sería capaz de atentar contra mi. Yo no quiero esta vida. Así no quiero vivirla, para que si no sirvo para nada. Me siento como un estorbo. Yo no sabia que esto iba a terminar así. Me hubiera gustado saberlo, creo que de haberlo sabido no me habría dado tan duro, porque quizás estaría preparado.”

Unos de los objetivos de un programa de acompañamiento en duelo debera estar dirigido a disminuir el riesgo que tiene un paciente con múltiples perdidas secuenciales a llegar a lo que denominan, los profesionales en psicología, depresiones mayores, ya que en este estadio el paciente vivencia su enfermedad de una manera “cruel” y solo desea morir, lo cual le significa a él y a su familia un proceso largo, conflictivo y doloroso (ejemplo caso 6).

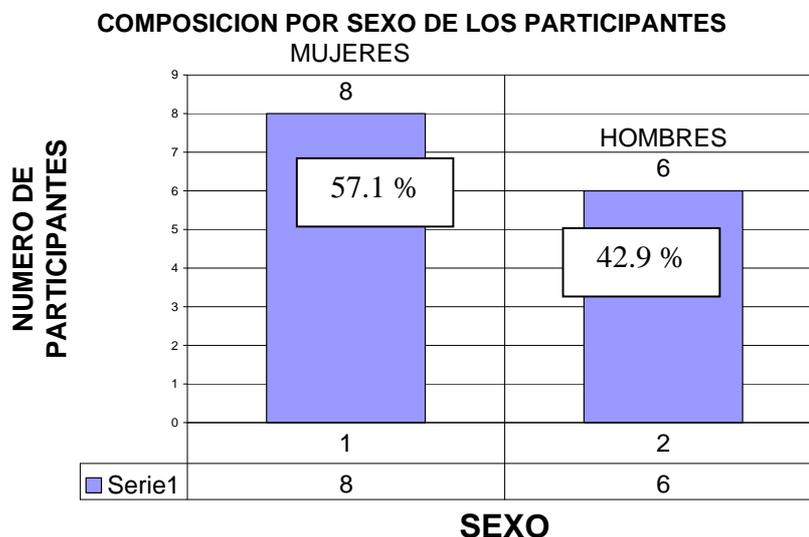
#### 4. COMPONENTE DE SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA

##### 4.1. IDENTIFICACIÓN DEL GRUPO POBLACIONAL (GRÁFICOS)

La muestra (14 pacientes), representativa del total de la población asistente a la unidad renal del Hospital Simón Bolívar fue tomada de manera aleatoria, teniendo en cuenta que estuvieran 4 representantes por cada horario de los tres horarios existentes (6:30 a.m.; 11:30 a.m. y 4:30 p.m.) por los tres turnos de la terapia renal, de manera que corresponde aun 25% de la población total. La selección de dichos pacientes se efectuó mediante convocatoria voluntaria a participar en el programa. De la misma manera dentro del grupo se busco que en lo posible se encontrara por lo menos un representante de los tres estadios de edad dentro de las edades de composición de la población a saber: 20 a 35 años; 36 a 50 años y 50 años o mas, lo cual se efectuó sin mayores problemas, puesto que de los voluntarios ocuparon estos rangos.

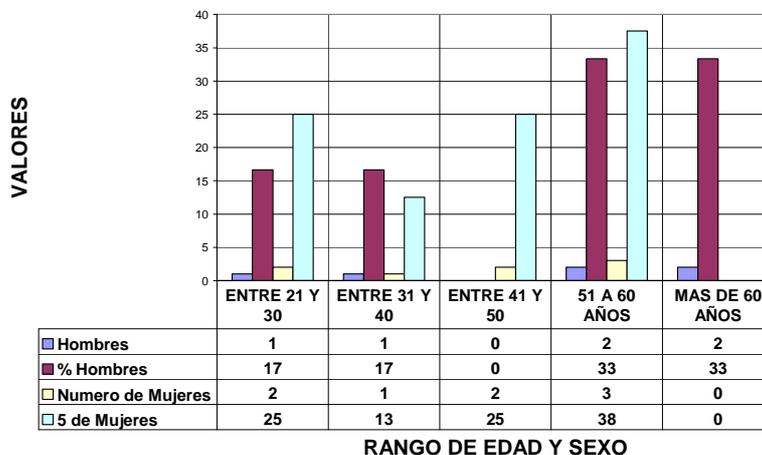
##### 4.1.1. composición por sexo, edad y escolaridad

La muestra se encuentra conformada por una mayoría de mujeres correspondiente al 57.1 % del total (8 mujeres), y el restante 42,9 % se constituye de hombres (6 casos), para el caso de las mujeres



Grafica 2. Representación por sexo de los participantes en el acompañamiento en duelo.

### COMPOSICION POR EDAD Y SEXO



Grafica 3. Relación sexo y edad de los pacientes participantes en acompañamiento en duelo.

En la población se pudo observar que las mujeres representan en la gran mayoría de los casos un porcentaje mayor que en los hombres de la enfermedad, de manera que correspondientes en las categorías de entre 21 y 30 años, entre 41 y 50 años y 51 a 60 años, son las mujeres quienes lideran las estadísticas.

Los pacientes describen que su red de apoyo familiar primaria esta compuesta por:

- Esposo e hijos 44% (6 pacientes)
- Padres y hermanos 21% (3 pacientes)
- Hijos 14% (2 pacientes)
- Sin familiares de relación primaria 7% (1 paciente)

En cuanto a la red de apoyo familiar secundario se representa en un 14% por los tíos (2 pacientes) y por sobrinos el 7% (1 caso). El 79% (11 pacientes) no poseen relaciones cercanas como red de apoyo secundaria.

En cuanto a la red social de apoyo describen su red social de apoyo en un 64% (9 casos) como nulo; un 29% (4 personas) representado por amigos y un 7% (1 paciente) manifiesta tener apoyo por parte de sus vecinos.

Los ingresos promedio los pacientes que mencionan no poseer ingresos son del 43% (6 casos), solo un 14% (2 pacientes) manifiesta tener ingresos entre  $\frac{1}{2}$  y 1 salario mínimo legal mensual vigente, mientras que el 43% (6 casos) de los pacientes restantes describen que perciben ingresos entre 1 y  $1\frac{1}{2}$  smlmv.

Dichos ingresos son provenientes de trabajos de carácter independiente en un 21% (3 pacientes), permanente el 7% (1 caso), esporádico el 7% (1 caso),

mientras que el 65% de la población (9 personas) mencionan no realizar actividades laborales.

#### 4.2. MÉTODO DE INTERVENCIÓN Y SU JUSTIFICACIÓN

La intervención propuesta esta dirigida a la implementación del método de caso, ya que permite abordar al individuo de una manera personal, organizada y ante todo entendiendo que cada paciente vive la realidad de su enfermedad de diferentes maneras (principio de individualización). Para la gran mayoría el hecho de pertenecer (como paciente) o ingresar a un hospital ya tiene un significado de duelo; los mecanismos de adaptación a una nueva vida son diferentes y dependen de otros aspectos como la red familiar en caso de poseerla.

Es de anotar que los pacientes que ingresan a este servicio lo hacen de por vida, ya que es su única alternativa de estabilidad física y la alternativa de curación temporal es el transplante renal, para el cual se requiere de la inscripción en una larga lista de espera por la limitada cultura de donación de órganos en nuestro país. Por ello los pacientes que ingresan estarán la mayor parte de su vida en la Unidad Renal (3 días a la semana por 4 horas en promedio requisito para la prolongación de su vida). Los pacientes que ingresan a esta unidad presenta vivencias muy particulares, sus vidas están inmersas una serie de cambios emocionales (estrés, ansiedad<sup>21</sup>, rabia, depresión<sup>22</sup>), sociales (soledad<sup>23</sup>, frustración, abandono, perdida de relaciones<sup>24</sup> y disfunción social), psicológicos (depresión) entre otros, son pacientes que según Prada Alarcón Ariel en su libro aspectos psicosociales del paciente renal<sup>25</sup>, “ellos hacen en promedio entre 10 y 14 duelos al tiempo” (como se podrá observar en el desarrollo de este trabajo, siempre están en un permanente estado de duelo), quizá el mas representativo es el de la perdida de su independencia y libertad ya que su situación le presenta ciertas dificultades con las que debe aprender a vivir él y su núcleo familiar o cuidador; de manera que el grado de aceptación y adaptación del paciente va a depender en cierto grado de la estabilidad del tratamiento, viéndose reflejado en su pronóstico de bienestar integral para él mismo y su entorno social.

---

<sup>21</sup> La ansiedad en el enfermo es un temor confuso una penosa espera ante un futuro incierto, el miedo de sufrir de no curarse, de complicaciones, de errores en los diagnósticos o en la prescripción terapéutica. Es un mecanismo de defensa. (Colombero. 2001. p 57)

<sup>22</sup> Se relaciona con un acontecimiento frustrante, ya sea por enfermedad, luto, perdida de una relación, abandono, etc., caracterizada por un humor triste, la inhibición del pensamiento, el dolor moral que llevan a la persona a un repliegue sobre si mismo. (Colombero. 2001. p 50)

<sup>23</sup> Síntoma que es agudizado y representativo del aislamiento (Colombero. 2001. p 39-40), de la impotencia ante una situación de perdida y alteración de sus condiciones de comunicación

<sup>24</sup> En el caso de las enfermedades como la renal, se verifican transformaciones tan profundas que ya no se habla de simples modificaciones de relación, sino que se encuentra uno ante autenticas modificaciones estructurales de la personalidad. (Colombero. 2001. p 48)

<sup>25</sup> ALARCÓN PRADA, Ariel. Aspectos Psicosociales del Paciente Renal. Artículo científico. Revista semana. Bogota, agosto de 2004. p 94

La oferta y demanda de servicios sociales se relaciona entonces no solo con la necesidad física de atención médica, sino en su integridad como “ser”, en el “cómo” se presta el servicio a una necesidad de atención en salud<sup>26</sup>. Ello plantea una primera particularidad de prestación del servicio médico y asistencial, en la que se debe atender integralmente a una necesidad vital del ser humano; como lo menciona la Secretaria Distrital de Salud<sup>27</sup>: “Sin Salud<sup>28</sup> es imposible Vivir”. El servicio de salud debe ser tomado o entendido más allá de una relación de oferta y demanda; quien presta la atención debe ir en busca de brindar un cuidado, entendido como la posibilidad de asumir la condición de vulnerabilidad del enfermo y su familia con afecto, buscando opciones para la solución “integral” de su problema<sup>29</sup>. La integridad de la atención para el paciente requiere que este sea visto como un ser único, especial, de gran valor, con el que se debe establecer una relación de ayuda, de escucha, de entendimiento, de no juicio. Estos elementos están inmersos en los principios y bases de la formación profesional del trabajador social, lo que le convierte en un dinamizador de la ayuda, la compañía y el aporte de herramientas que contribuyan a enriquecer y puntualizar los grandes momentos de la enfermedad, de manera que el paciente pueda aprender a vivir en el morir.

El acompañamiento social en duelo para los pacientes renales del Hospital Simón Bolívar busca contribuir al servicio de dicha unidad y a enriquecer el quehacer del trabajador social, mediante la identificación de las etapas de duelo de estos pacientes, sus vivencias, adaptaciones e impactos en la vida del paciente y su familia, de manera que se convierte también en un espacio para el enfermo; espacio de ser escuchado<sup>30</sup>, entendido, acompañado, orientado y ante todo en el que se podría establecer una relación de ayuda como medio terapéutico<sup>31</sup>, es decir efectuar una investigación desde la intervención, de manera que el paciente y su bienestar sean un fin y no un medio de producción de conocimiento.

#### 4.3. DESCRIPCIÓN DEL PROCESO DE INTERVENCIÓN

El acompañamiento social y el proceso investigativo para la recolección de la información sobre los aspectos generales de las situaciones duelo en pacientes

---

<sup>26</sup> “Definida como el conjunto de acciones tendientes a recuperar la salud, enfrentando la enfermedad en cualquier forma de discapacidad... ..la finalidad de este servicio consiste entonces en preservar o recuperar eso que denominamos salud que empieza a perderse desde el momento en que la persona percibe algún cambio en su manera habitual de sentirse en el mundo, es decir de vivir, lo que afecta su interacción con el entorno, relaciones y proyectos”. Secretaria Distrital de Salud. Camino a la Amigabilidad. P 36

<sup>27</sup> Secretaria Distrital de Salud. Camino a la Amigabilidad. P 36

<sup>28</sup> Definida como el estado en el cual el ser orgánico y psicosocial ejerce de manera normal todas sus funciones.

<sup>29</sup> Secretaria distrital de salud. Camino a la amigabilidad. P 36

<sup>30</sup> Según Colombero, en su texto una de las necesidades del enfermo es la de hablar y la de hablar de si mismo, tiene mas necesidad de hablar que de escuchar. (Colombero. 2001. p 107)

<sup>31</sup> “El beneficio y don terapéutico más eficaz y agradable que se puede hacer con un paciente no es el habla copiosa de palabras, sino la posibilidad de escucharlo con respeto” (Colombero. 2001. p 107)

renales se desarrollo durante dos meses (abril y mayo), con una sesión individual semanal, en algunas situaciones (48 sesiones en total), y en los casos mas complejos (procesos de crisis como resultado de perdidas inmediatas cuatro sesiones mas, para un total de 16 sesiones) dos sesiones por semana con cada individuo, para un total de 62 sesiones por todos, distribuidos en los días de terapia renal martes y miércoles en sus tres horarios (6:30 a.m., 11:30 a.m. y 4:30 p.m.).

El horario promedio por sesión fue de 45 minutos a una hora y dependiendo de la lectura y en las situaciones de crisis 1,5 horas. Sesiones que se llevaron a cabo en las instalaciones de la unidad renal y un caso que se finalizo con una visita domiciliaria una paciente que fue dada de alta.

Durante las sesiones se efectuaron las siguientes actividades:

- a. *socialización del proceso de acompañamiento en duelo: En el que se especifico la intención de conformar el grupo que participara en el programa de acompañamiento en duelo, para los usuarios de la unidad renal. Se hace el contacto con los pacientes de esta unidad, se indagan las características de cada uno y su deseo de participar en el acompañamiento en duelo. De la misma manera se efectuó la socialización a la temática de los procesos de duelo, sus generalidades y la importancia de ser tratado este tema como medio terapéutico.*
- b. *Recolección datos de la historia social: Mediante el uso de herramientas como formatos de historia social e instrumento APGAR, aunado a una entrevista semiestructurada se procedió a la recolección de los datos generales del paciente, al igual que el complemento a la historia clínica facilitada por la unidad renal*
- c. *Entrega de instrumento "historia de vida": Se invita al paciente a consignar sus vivencias, preocupaciones, proyecto de vida entre otros aspectos importantes. Se deja al libre albedrío de cada paciente la consignación de sus pensamientos y sensaciones en forma de historia o recuento de su vida.*
- d. *Recolección datos historia de duelo: Utilizando como herramienta el formato de entrevista semiestructurada y el registro magnetofónico de la intervención se logro obtener los datos relativos a las vivencias relacionadas con duelo manifestadas por el paciente en relación a su cuadro clínico y evolución de la enfermedad. De la misma manera se pudo registrar el impacto social y psicológico sobre el individuo y su núcleo familiar.*
- e. *Intervención sobre los factores de riesgo importantes encontrados en el análisis de las diferentes situaciones: aplicando metodologías y técnicas propias del trabajador social como son espacios para la verbalización de sentimientos y vivencias, mediante el uso de la técnica de escucha activa, integrada y complementada con procesos de apoyo social se propiciaron acciones de catarsis, a la par que se orientó hacia la importancia de la adhesión a las necesidades dietarías y de medicamentos y la*

*reestructuración desde su actual realidad al proyecto de vida particular de cada paciente.*

- f. Es de anotar que desde el inicio del proceso de acompañamiento en duelo se fueron haciendo las intervenciones pertinentes frente a cada situación problema que se encontraba, se procuro hacer seguimiento a estas situaciones pese a sus características únicas y personales de cada ser que llevan impreso un historial de sus vivencias, del apoyo social y familiar que estos pacientes hayan tenido durante su vida y su enfermedad.*
- g. En casos específicos de crisis (dos pacientes), uno de los cuales perdió un hijo y el otro que tuvo perdida parcial a total de la visión, se efectuó un proceso de intervención con familia en el que también se brindo un espacio para la verbalización y expresión de los sentimientos usando la técnica de escucha activa en unión con la aplicación de los principios del trabajador social (intervención con familia e individuo). Es de tener en cuenta que en las primeras etapas de los procesos de crisis esta es la intervención de mayor importancia, ya que la familia y el individuo tienden a presentar bloqueos representados en mecanismos de defensa con características y expresiones que es de gran importancia que puedan ser expresadas, escuchadas y analizadas por un profesional.*
- h. Cierre del proceso de acompañamiento: En este se hace un análisis de todos los aspectos vivenciados con cada paciente, haciendo un sondeo abierto sobre la pertinencia positiva o negativa respecto al acompañamiento realizado por las trabajadoras sociales en formación (entrega de detalles) y se agradece la participación y acogida brindada por ellos.*

## 5. APRENDIZAJES TEÓRICOS Y PRÁCTICOS

En el desarrollo del proceso de la aplicación de la teoría en la práctica para la construcción de conocimiento, es decir desde el enfoque praxiológico; podría decirse que el campo de práctica profesional contribuyó al enriquecimiento a nivel profesional y humano, ya que por la característica del servicio en salud, permitió la conjugación de varios elementos fundamentales (éticos, teóricos, prácticos, humanos, sociales) enriqueciendo las perspectivas que se tenían frente al trabajo social hospitalario y los variados frentes de intervención.

El tema que hace referencia a la intervención desde la perspectiva del trabajo social en procesos de acompañamiento en duelo para con pacientes crónicos y/o terminales es relativamente nuevo, esta intervención se realiza sobre todo en programas de cuidado paliativo, por eso el referente teórico es limitado. Según el proceso desarrollado frente a esta temática se permite evidenciar que este tipo de actividades se hacen necesarias y que el trabajador social por su formación multidisciplinar (cualidades humanas, referentes teóricos, habilidades sociales y metodologías, perspectiva de integralidad y dimensionalidad humana) es idóneo para acompañarlas desde una perspectiva constructiva y de aprendizaje.

En el desarrollo de la práctica se han vivido diferentes situaciones que han contribuido a la formación personal, social y humana; la mayoría de estas experiencias han sido de tipo confrontativo que permitieron el desarrollo de habilidades y de la capacidad de adaptación para afrontar estas realidades, obteniendo como resultado un fortalecimiento personal y una mirada más objetiva frente a los diferentes contextos sociales y humanos que se viven en esta área de intervención. También permitió aplicar técnicas y metodologías de intervención social como las usadas en atención de caso y familia.

Podría decirse que en cada intervención realizada se practicaron técnicas y herramientas que se han adquirido a través de la misma práctica y de las experiencias académicas, que relacionan diferentes campos del conocimiento (medicina, psicología, sociología, entre otras), técnicas y habilidades aplicadas con la visión del trabajador social, de manera que se ha permitido apreciar un enriquecimiento de los diferentes aspectos de aplicación del conocimiento, sobre todo desde la retroalimentación constante de las funciones en el quehacer profesional. Así se obtuvo como resultado la capacidad de abstraer una visión integral e interdisciplinaria en el análisis de cada una de las realidades vividas.

## BIBLIOGRAFÍA

AGUIRRE de Cárcel, Ana Novellas. Trabajo social en cuidados paliativos. Aran ediciones S.A. Barcelona, 2000

ALARCÓN Prada, Ariel. Aspectos psicosociales del paciente renal. Artículo científico. Revista Semana de agosto de 2004. Bogotá, 2004, p 94

BORRERO R. Jaime. Et All. "Fundamentos de Medicina". Nefrología. Cuarta edición Corporación para Investigaciones Biológicas. Editorial CIB. Medellín – Colombia, 2003

CASTILLA Baes, Zamira. Informe de trabajo social y psicología de la Unidad renal Hospital Simón Bolívar. Bogota, marzo de 2005

FONNEGRA de Jaramillo, Isa. De cara a la muerte. Intermedio editores. Circulo de lectores. Bogota 1999

GARCÍA V. Consuelo y GARZÓN G. Esperanza. EL PAPEL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD A NIVEL REGIONAL. Ministerio de Salud. Bogotá. 1982

HERNÁNDEZ Córdoba, Ángela. Familia, ciclo vital y psicoterapia sistémica breve. Editorial el Búho Ltda.. Bogotá 1999

HERNÁNDEZ, Córdoba, Ángela. Psicoterapia sistémica breve. La construcción del cambio con individuos parejas y familias. Editorial el Búho Ltda. Primera edición 2004. Bogotá 2004

JUSTINIANO, Gabriel Marcelo et all. EL ARTE DE LOGRAR ACUERDOS, RECURSOS EN MEDIACIÓN. Lumen humanitas. Buenos Aires, Argentina. 2002

LEDERACH, Juan Pablo y CHUPP, Marcos. CONFLICTO Y VIOLENCIA, BUSQUEMOS ALTERNATIVAS CREATIVAS, UNA GUÍA PARA FACILITADORES. Ediciones Semilla. Bogotá, Colombia. 1995

MUÑOZ, Quico. Animación, estimulación para personas mayores discapacitadas. Editorial Nancea S.A. de Ediciones Madrid. Madrid España. 1990

OSPINA, Maria Ana y TENORIO Alicia. Reflexiones sobre un proceso de intervención grupal con madres en duelo por la muerte del cónyuge. Universidad del Valle. Facultad de humanidades. Facultad de trabajo social. Cali, Colombia, 1991

OSPINA Velasco, Ana María. Apoyo al paciente terminal y la familia. Acción profesional desde el trabajo Social. Universidad del Valle. Facultad de Humanidades. Escuela de trabajo social y desarrollo humano. Cali, Colombia. 2000

PEDRAZA, Briceño Lila. Instrumentos de trabajo social utilizados en salud familiar. Bogota, 1999

RODRÍGUEZ ESTRADA, Mauro. MANEJO DE CONFLICTOS. Manual moderno 2º edición, Impresora Roma S.A. México, 2000

Secretaria Distrital de Salud. EL CAMINO DE LA AMIGABILIDAD, PROYECTO PARA HACER MÁS AMIGABLES LOS SERVICIOS DE SALUD. Bogota, Colombia. 1998

SHUMAN, Robert. VIVIR CON UNA ENFERMEDAD CRÓNICA, UNA GUÍA PARA PACIENTES, FAMILIARES Y TERAPEUTAS. Paidós. Barcelona. 1999

“ESTRÉS

VELASCO Ospina, Ana Maria. Apoyo al paciente terminal y la familia. Acción profesional desde el trabajo social. Universidad del Valle. Editorial Facultad de humanidades escuela de trabajo social y desarrollo humano. Cali Colombia, 2000

## GLOSARIO

**Amiloidosis:** Anomalía patológica con múltiples variantes clínicas, caracterizada por la presencia de proteínas fibrosas anormales.

**Arteriosclerosis:** Endurecimiento progresivo de las arterias por el aumento y depósito de calcio en las mismas.

**Capilares:** Vasos sanguíneos muy finos.

**Cardiovascular:** Referente al corazón y los vasos sanguíneos.

**Catéter:** Instrumento en forma de tubo que se introduce en órganos huecos del cuerpo para depositar o extraer sustancias de él (por ejemplo el catéter o sonda vesical, vascular, catéter peritoneal).

**Cistoscopia:** Método directo de examen en la cavidad de la vejiga urinaria.

**Clearance:** Capacidad depuradora de los riñones o de un dializador.

**Coeficiente de ultra filtración (también denominado factor de ultra filtración):** Expresión numérica de la capacidad de ultra filtración de un dializador; con ella se indica la cantidad de mililitros de líquido extraídos por hora mediante una presión transmembrana en virtud de una diferencia de presión de mm de Hg.

**Creatina:** Sustancia presente en el torrente sanguíneo de los vertebrados que se utiliza como molécula portadora de energía suplementaria en algunos sistemas del organismo. El trifosfato de adenosina o atp es la principal fuente de energía del organismo, pero las células del cerebro, corazón y músculos requieren enormes cantidades de energía, por lo que utilizan la creatina de forma complementaria. Esta sustancia se produce en los riñones y en el hígado, las células la absorben y en su interior se transfieren grupos fosfato de alta energía procedente del atp de las mitocondrias, como la creatina fosforilada o fosfocreatina, que almacena de forma temporal grupos fosfato de alta energía disponible para aportarla cuando se necesite.

**Crónico:** Término utilizado para designar una enfermedad de larga duración, en contraposición de una de corta duración que se considera aguda.

**Diabetes mellitus:** Enfermedad producida por una alteración del metabolismo de los carbohidratos en la que aparece una cantidad excesiva de azúcar en la sangre y a veces en la orina.

**Dializado:** Solución compuesta por el líquido dializador y las sustancias de desecho de la sangre que sale del riñón artificial una vez limpiada la sangre.

Diuresis: Eliminación de la orina.

Filtración: Eliminación de sustancias tóxicas de la sangre a través del riñón.

Glomérulos: agregaciones de vasos capilares filtrantes de los riñones.

Hipotensión: Presión de líquido anormalmente baja.

Hipotensores: Medicamentos empleados en el tratamiento de la hipertensión arterial.

Homeostasis: Proceso por el cual un organismo mantiene las condiciones internas constantes necesarias para la vida. De otra manera es conjunto de fenómenos de autorregulación, que conducen al mantenimiento de la constancia en la composición y propiedades del medio interno de un organismo.

Iliar: Relativo al hueso iliaco.

Ingurgitación: Tomar o deglutir líquidos.

Intersticio: hendidura o espacio, por lo común pequeño, que media entre dos cuerpos o entre dos partes de un mismo cuerpo.

Intradialítica: Dentro del sistema de diálisis.

Lupus: Enfermedad en que la sangre contiene anticuerpos dirigidos contra los tejidos del propio organismo.

Mieloma: Proliferación de células de la médula ósea de tipo maligno productoras de proteínas de diversa naturaleza.

Normo tensión: Con valores normales de tensión

Oligoespermia: Baja producción de espermatozoides.

Pielonefritis: Proceso inflamatoria de la pelvis y parénquima renal acompañado de fiebre.

Poliquístico: Que tiene múltiples quistes o nodulaciones.

Presión transmembrana (PTM): Presión hecha en la membrana de diálisis como consecuencia de la diferencia de presión entre el circuito conductor de la sangre y el circuito conductor del líquido de diálisis.

Prostaglandinas, en bioquímica y en medicina, familia de sustancias químicas análogas a las hormonas que aparecen de forma natural en todos los

mamíferos. Las prostaglandinas son derivados de los ácidos grasos que se encuentran en casi todos los tejidos del cuerpo humano. Hay más de una docena de prostaglandinas importantes desde un punto de vista biológico, y afectan a muchas funciones fisiológicas esenciales.

Renina: Enzima producida por los riñones. Está implicada en la activación de angiotensina, una hormona que provoca la constricción de los vasos sanguíneos y, por tanto, un incremento de la tensión arterial.

Serico: En forma de hilos de seda.

Técnica de reformulación: Volver a decir en otras palabras y de un modo más explícito lo que acaba de decir el individuo que expresa su dolor o situación. Es repetir lo mismo, pero sin carga afectiva. Presenta la realidad más objetiva, de manera que se permite reconocer los sentimientos o significado de la situación. De esta manera se permite que el usuario desarrolle su propio punto de vista permitiendo redefinir la situación desde su propia responsabilidad alcanzando una mayor capacidad reflexiva, permite a la vez que la persona hable desde sí misma y describa posibles soluciones más adecuadas a su nueva situación.

Técnica de confrontación: Es un proceso de autoayuda personal de acción dirigida sobre los puntos de incoherencia en el que el profesional hace notar las contradicciones y las posibles formas de superación.

## ANEXO 1 REFERENTE TEÓRICO (PATOLOGÍA DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA)

### INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA (IRC)

Por: ROBERTO DIACHARDI REY y MARIA ARIZA QUINTERO

#### DEFINICIÓN

Se define como tal al deterioro de la función renal progresiva e irreversible como resultado de la progresión de diversas enfermedades primarias o secundarias, resultando en pérdida de la función glomerular tubular y endocrina del riñón, lo anterior lleva a la alteración en la excreción de los productos finales del metabolismo, como los nitrogenados, y a la eliminación inadecuada de agua y electrolitos así como la alteración de la secreción de hormonas como la eritropoyetina, la 4 y la forma activa de la vitamina D.

En las fases iniciales no hay compromiso clínico y el paciente por lo general posee niveles normales o levemente elevados de creatinina<sup>32</sup> sérica<sup>33</sup>, aunque exista ya para ese momento disminución de la tasa de filtración glomerular (TFG). En fases más avanzadas se presentan diversas manifestaciones clínicas que desembocan en la denominada Uremia.

#### CLASIFICACIÓN

La IRC<sup>34</sup> se clasifica en leve, moderada, severa y Terminal o avanzada.

El irc leve se conserva entre el 60 al 89% de la función con creatinina menor de 2 mg/dl y sin sintomatología clínica.

La irc moderada tiene función renal del 30 al 59%, creatinina entre 2 y 6+ ml/dl y alguna sintomatología clínica como anemia leve o síntomas generales.

La irc severa se conserva entre el 15 y 29% de la función renal, hay síntomas clínicos que hacen evidente el irc y el paciente esta cercano a ingresar a diálisis.

---

<sup>32</sup> Sustancia derivada de la creatina y que se encuentra presente en el torrente sanguíneo de los vertebrados que se utiliza como molécula portadora de energía suplementaria en algunos sistemas del organismo (la arginina desempeña un papel equivalente en los invertebrados). El trifosfato de adenosina o ATP es la principal fuente de energía del organismo, pero las células del cerebro, corazón y músculos requieren enormes cantidades de energía, por lo que utilizan la creatina de forma complementaria. Esta sustancia se produce en los riñones y en el hígado, las células la absorben y en su interior se transfieren grupos fosfato de alta energía procedente del ATP de las mitocondrias, como la creatina fosforilada o fosfocreatina, que almacena de forma temporal grupos fosfato de alta energía disponible para aportarla cuando se necesite.

<sup>33</sup> En forma de fibras.

<sup>34</sup> Insuficiencia renal crónica.

El IRC Terminal se caracteriza por que la función renal es menor al 15% y el paciente regularmente está sintomático, algunas veces urémico<sup>35</sup> y debe ser tratado con diálisis o trasplante renal.

---

<sup>35</sup> Conjunto de síntomas cerebrales, respiratorios, circulatorios, digestivos, etc., producidos por la acumulación en la sangre y en los tejidos de venenos derivados del metabolismo orgánico eliminados por el riñón cuando el estado es normal.

## ANEXO 2

### REFERENTE TEÓRICO (PATOLOGÍA DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA)

#### CAUSAS DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

La enfermedad renal crónica en estado Terminal es causada por una gran variedad de afecciones renales en términos generales. Generalmente son provocadas por enfermedades que afectan primariamente y casi en exclusivo al riñón y por condiciones sistémicas que terminan comprometiendo la función renal como parte de su evolución natural, sin embargo hay tres etiología como las más importantes:

- nefropatía vascular
- Diabetes
- Glomerulopatía

Ya mencionadas

En el informe del registro de diálisis 2000 de la SLANH el análisis de las neuropatías que determinaron la insuficiencia renal crónica de las América se consideraron las siguientes categorías:

- Diabetes
- Glomerulopatías primitivas nefropatiavascular
- Enfermedad renal poliquística
- Nefropatía tubulointersticial
- Nefropatía obstructiva
- Lupus
- Amiloidosis
- Mieloma
- Otras causas identificadas y desconocidas.

En 1996 y 1998 la nefropatía mas frecuente (22.8%) mientras que la frecuencia de la nefropatía vascular y las glomerulopatías fueron 20 y 19.2% respectivamente.

En Colombia no ha sido posible estudiar todas las enfermedades que conducen a la insuficiencia renal Terminal, porque la información epidemiológica se hace resumida en grandes grupos, tanto la morbilidad como la mortalidad.

La frecuencia de las nefropatías causantes del IRC de los pacientes en tratamiento a 31 de diciembre del 98 mostraba 10% para glomerulonefritis, un 22.5% de la diabetes y un 24.4% de la glomerulopatía vascular

En Colombia la prevalencia de diabetes mellitas en la población general es del 7% y cerca del 25% de los pacientes en diálisis son diabéticos.

Un grupo importante de nefropatías tubulares e intersticiales representa causales de insuficiencia renal crónica, entre las más relevantes puede estar la nefropatías producidas por fármacos, como por ejemplo el uso crónico y por largo periodos de analgésicos.

La nefritis intersticial secundaria agota a la nefropatía por reflujo entre las más importantes (antiguamente denominada pielonefritis crónica)

En la enfermedad renal poliquística del adulto se produce principalmente por factores hereditarios y se manifiesta en insuficiencia renal crónica entre la quinta y sexta década de la vida y por lo general se presenta clínicamente relacionada a grupos familiares

Una de las grandes preocupaciones radica en el retardado diagnóstico de la enfermedad, ya sea por la tardía consulta del paciente o por que el médico general no lo refiere oportunamente, lo que origina un daño irreversible al riñón.

Existen un sinnúmero de factores poco estudiados, entre los cuales se tienen los factores ocupacionales e inductuales, como sustancias tóxicas en el trabajo y medio ambiente en general, los herbicidas, los fertilizantes y los solventes utilizados en las labores agrícolas, al igual que las sustancias en la minería, industria, la incineración y uso de combustibles, hidrocarburos, metales pesados entre otras, que están aumentando la tasa de incidencia de la enfermedad renal crónica.

## ANEXO 3

### REFERENTE TEÓRICO (PATOLOGÍA DE INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA)

#### CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

Por: Doctor RAFAEL MAURICIO SANABRIA.

DESDE 1948 cuando la OMS definió salud como el bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de enfermedad, los temas de calidad de vida han tomado mucha importancia, el interés en la medición de la calidad de vida se ha incrementado enormemente y en las últimas dos décadas ha emergido como un importante atributo de la investigación clínica.

Dado que la salud tiene una influencia muy importante en la calidad de vida y que estamos evaluando esta en contexto clínico se expondrá esta calidad de vida en relación directa con la salud (CVRS).

La CVRS se refiere a un concepto multifactorial en el cual podemos evaluar tres dominios básicos, el físico, el psicológico y el social. En el dominio físico se evalúan atributos como síntomas, funcionamiento clínico y discapacidad.

En el dominio psicológico, atributos como la satisfacción bienestar, ansiedad, depresión y autoestima.

En el dominio social se evalúan las relaciones interpersonales del paciente, su actividad diaria y rehabilitación laboral.

Evaluada desde estos dominios la CVRS de un paciente es la mezcla de la percepción del paciente desde sus experiencias creencias y expectativas medidas por un instrumento que se aproxima a las percepciones subjetivas del paciente y a mediciones subjetivas del estado de salud del mismo.

Esta concepción debe ser trasladada por medio de instrumentos con múltiples ítems a valores cuantitativos de los dominios y eventualmente a valores globales que representarían una aproximación numérica a la calidad de vida.

En la medición de la CVRS hay dos tipos de instrumentos. Los genéricos y los específicos. Los géneros son aplicables a un amplio rango de problemas de salud, usualmente son poco sensibles a los cambios de calidad de vida, pero su uso tiene particular interés en encuestas dirigidas a documentar y comparar el grado de discapacidad o percepción de salud de una población en general o de grupos con problemas de salud, dentro de los cuales se pueden mencionar: sf36, Nottingham, Herat, pro file, sickness, impact pro file, etc.

Los instrumentos específicos se enfocan en aspectos de estados de la salud particulares de la salud para un a enfermedad; tienen mayor sensibilidad ya que estudian los aspectos de salud mas relevantes en el grupo de estudio. Dentro de los instrumentos específicos para pacientes con insuficiencia renal crónica se han diseñado algunos como Kigney, disease, questionare, KDuol-sf, idia-kol. Antes de la aplicación del instrumento se realiza lo que se denomina validación del instrumento para darle mayor viabilidad del mismo.

La enfermedad renal tiene un considerable impacto sobre el estado funcional y la calidad de vida percibida por el paciente. Incluso en estados relativamente tempranos esta es acompañada por síntomas que afectan la vida diaria y las terapias de reemplazo renal solamente corrigen la uremia de manera parcial produciendo a la vez inevitables cambios en el estado de vida. Las características de la población en diálisis han cambiado en los últimos diez años, aumentando las terapias de reemplazo en ancianos. La definición de diálisis adecuada debe incluir hoy la **calidad de vida experimentada por el paciente** y es responsable del equipo terapéutico el favorecer que cada paciente alcance el máximo grado de rehabilitación.

Las áreas más afectadas en la calidad de vida son el trabajo, actividades lúdicas, actividades en casa, sueño y descanso, siendo el dominio físico el más afectado. Un metanálisis<sup>36</sup> realizado por Cameron y Col, comparo el estrés emocional y el bienestar psicológico en pacientes de reemplazo renal, demostrando que los receptores de trasplante renal reportaron menor estrés psicológico y mayor bienestar psicológico que los pacientes en diálisis peritoneal o hemodiálisis en el centro. Igualmente los pacientes de diálisis peritoneal reportaron un mayor bienestar psicológico que los pacientes de hemodiálisis en el centro.

Varios estudios demuestran que los pacientes con diálisis peritoneal dan mejores reportes de calidad de vida que los de hemodiálisis en centro.

La depresión debe ser un factor tenido en cuenta cuando revisamos la calidad de vida de los pacientes con insuficiencia renal crónica Terminal. La prevalencia de depresión en la población con insuficiencia renal crónica es alta y más aun en mujeres, la cual puede ser la responsable de los resultados más pobres obtenidos en mujeres en varios estudios de calidad de vida. El instrumento mas frecuente usado para medir la depresión es el inventario de depresión de Beck, con el cual algunos estudios han demostrado prevalencia del 70 % de la población en diálisis.

Otro factor a tener en cuenta en un estudio de calidad de vida es la **comorbilidad**<sup>37</sup>, para lo cual se han desarrollado diferentes índices como el de Friedman, Charlson.

---

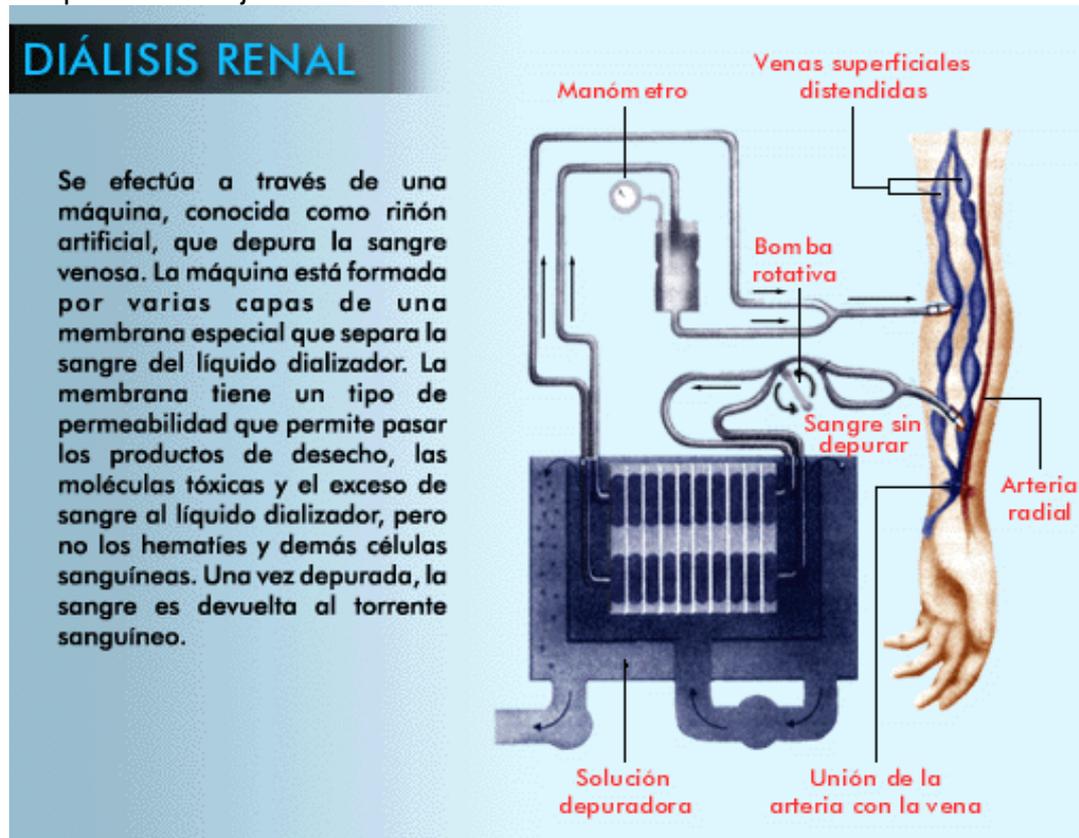
<sup>36</sup> Proceso analítico que a partir de datos previos busca llegar a conclusiones optimas.

<sup>37</sup> Existencia paralela de enfermedades en un mismo organismo.

## HEMODIÁLISIS

Por. Doctor Jaime Borrero Ramírez, Lic. Martha Vea Laguna y Doctora Liliana Maria Rubio E.

El riñón artificial consiste en una serie de bombas y sensores con tubos de conexión conectados en dos circuitos, el de líquido de diálisis y líquido sanguíneo. En la insuficiencia renal aguda la sangre se obtiene del catéter venosos y se lleva por la tubería al circuito sanguíneo a través de una bomba circular dentro de la máquina a un flujo de 300 a 350 ml/min.



Los filtros son de fibra hueca y contiene cerca de 30000 tubos capilares construidos con materiales biocompatibles: celulosa, celulosa activada o materiales sintéticos del tipo poliácido-nitrilo. El circuito del líquido de diálisis consiste en un sistema de un solo paso en bidestilada estéril proveniente del sistema cerrado de tratamiento en proporción de 1 a 34. La composición del líquido de diálisis es sodio 135-145 meq, potasio 2 meq y calcio 6-7 ml/dl.

Otra bomba circular impulsa el líquido a través del filtro dializador por el comportamiento de agua con un flujo de 500 a 800 ml/min. y en sentido ascendente entre los productos nitrogenados de desecho. La conversión o la transferencia de masas de los compuestos nitrogenados solo se verifican a nivel altos de ultra filtración.

El agua que entra al sistema se calienta por la que sale mediante un indicador de calor, la desaireación que hace el líquido no comprensible para permitir un flujo constante del líquido de diálisis.

El concentrado ácido se mezcla con el agua en la cámara de calentamiento en la proporción exacta de 35 a 1 y el bicarbonato de sodio se agrega en la cámara de mezcla; la concentración de bicarbonato la monitoriza el medidor de conductividad; el líquido de diálisis pasa por el dializador y luego por la cámara de conductividad. El líquido de diálisis pasa por el dializador y luego por la cámara de balance que controla el flujo en forma exacta antes de desechar el líquido, de manera que la remoción del líquido programada por el subcircuito de ultrafiltración, se reemplaza por un volumen exacto de líquido extraído de la sangre del paciente que debe regirse por el concepto de peso seco<sup>38</sup>, que implica la ausencia de signos de sobrecarga líquida ingurgitación<sup>39</sup> yugular, edemas y normotensión y no debe presentar signos de hipotensión intradialítica<sup>40</sup> o calambre musculares.

---

<sup>38</sup> Peso del material sin agua

<sup>39</sup> Proceso y efecto de engullir

<sup>40</sup> Baja tensión en el proceso de diálisis

## FISIOPATOLOGÍA (GENERALIDADES)

Una vez se ha establecido la IRC secundaria a diversas enfermedades renales, es posible que la función se siga deteriorando a través del tiempo por ejemplo en la nefropatía diabética ND, después de comenzar la fase de nefropatía<sup>41</sup> establecida, la TFG (taza de filtración Glomerular) se reduce de 0.5 a 1 ml/min. mensualmente hasta llevar al IRC Terminal. Algo así parecido aparece en diversas glomerulonefritis (gl), en caso de nefritis tubulointerstitial (NTI) y en la misma hipertensión arterial HTA que causa IRC por nefroesclerosis hipertensiva (NH).

Se han descrito múltiples mecanismos causantes del deterioro de la función renal, los cuales interactúan entre si y pueden ser sumatorios hasta llevar a la pérdida progresiva e irreversible de dicha función, proceso iniciado por la enfermedad y que afecta directamente al riñón.

En la IRC existen alteraciones funcionales relacionadas con los cambios anatómicos que comienzan en este órgano.

Para cuantificar en que medida la alteración anatómica o el cambio del medio interno condicionan la función del riñón BRICKER realizo estudios en animales de experimentación con lesión renal unilateral, de tal manera que se podía recolectar orina en forma independiente de cada uno de los riñones, con el fin de poder determinar que cambios ocurrían en la homeostasis<sup>42</sup> al retirar el riñón sano. Encontraron que mientras el riñón sano permanecía funcional, el animal no presento ninguna alteración de importancia. Al extirpar el riñón sano se presentaron alteraciones funcionales muy marcadas, tratando de conservar el equilibrio, hasta que la pérdida de función renal era tan grande que se presentaba uremia.

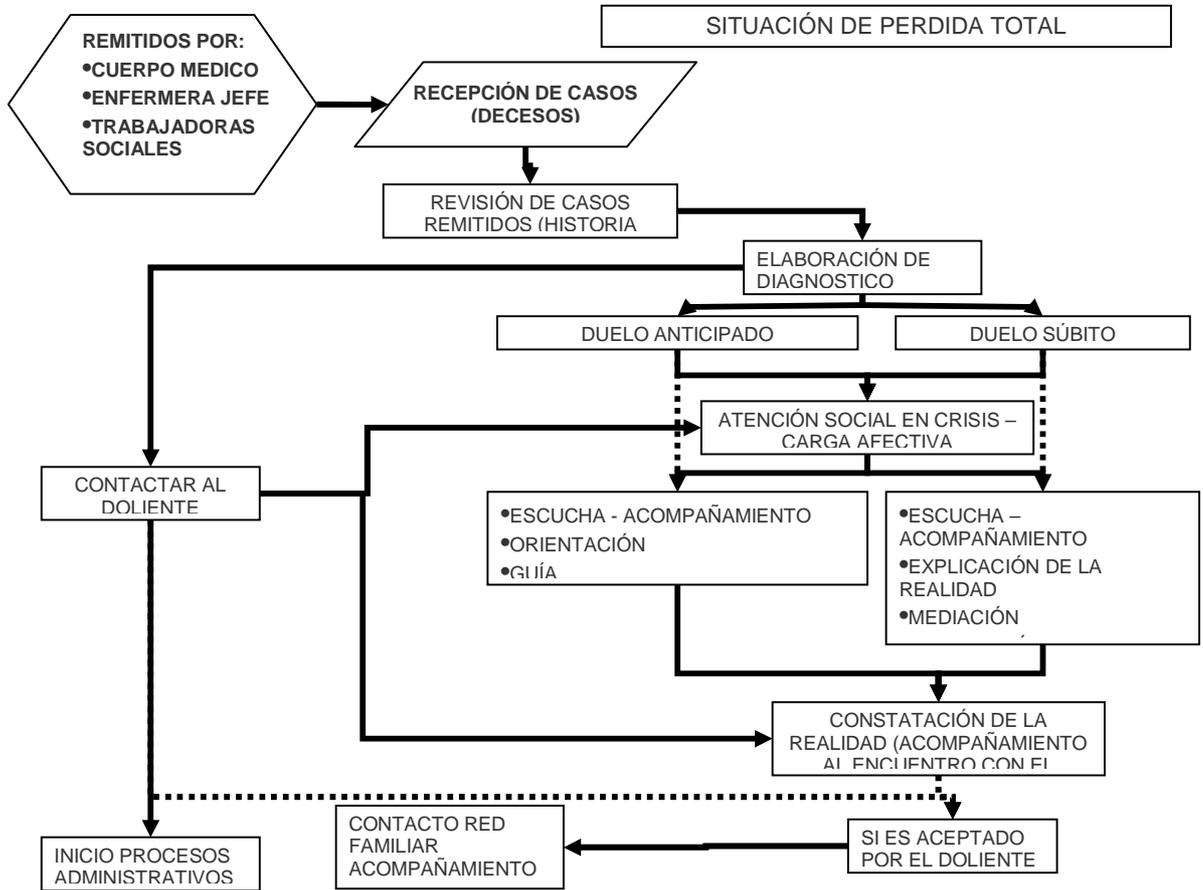
El daño renal inicial que progresivamente va en aumento hasta llegar a una IRC es pues una consecuencia de de la alteración anatómica progresiva por esclerosis glomerular.

---

<sup>41</sup> Afección o degradación de las nefronas.

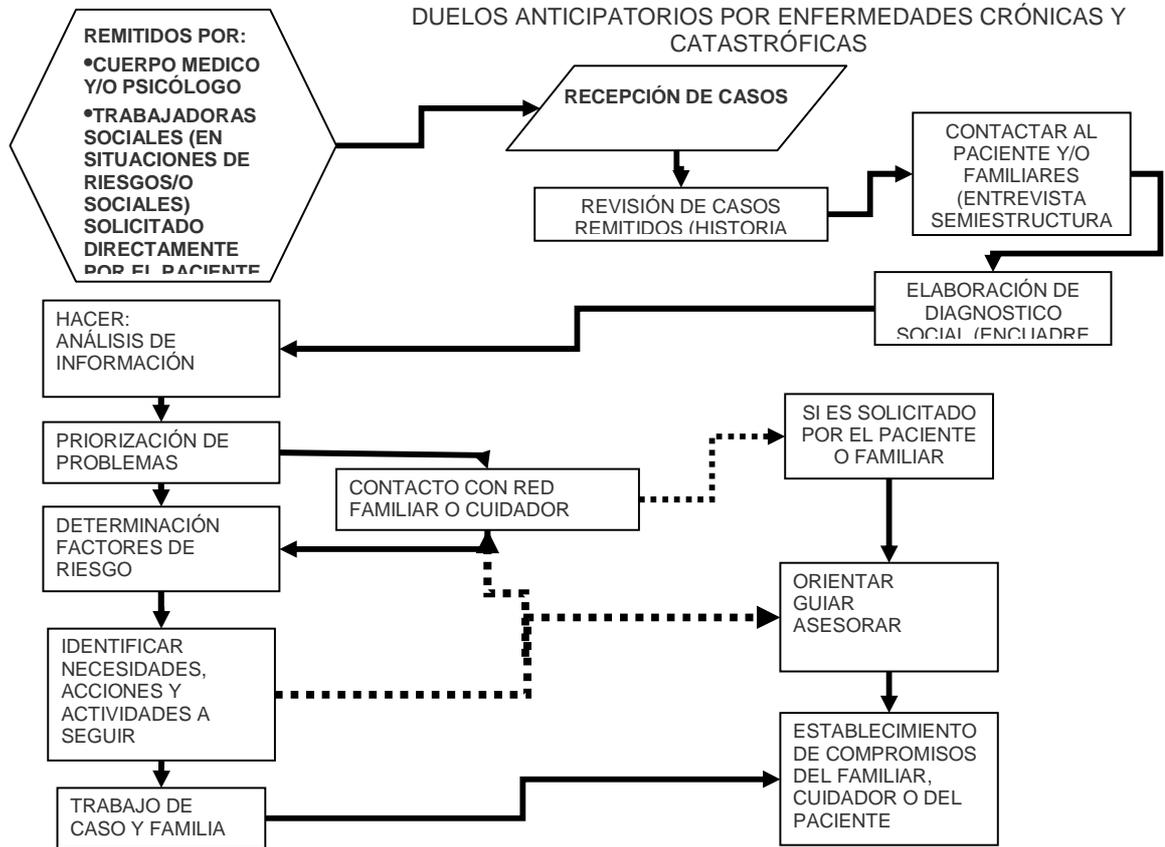
<sup>42</sup> Conjunto de fenómenos de autorregulación, que conducen al mantenimiento de la constancia en la composición y propiedades del medio interno de un organismo.

**ANEXO 4**  
**PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN SITUACIONES DE PERDIDA TOTAL**



## ANEXO 5

### PROTOCOLO DE ATENCIÓN PARA DUELOS ANTICIPATORIOS POR ENFERMEDADES CRÓNICAS Y/O CATASTRÓFICAS



## ANEXO 6 REFERENTE TEÓRICO (RELACIÓN DE DUELO)

### DUELO

Todos sufrimos distintas y múltiples pérdidas durante el transcurso de la vida. Es inevitable ante estas situaciones atravesar un proceso de duelo.

El duelo es un sentimiento subjetivo que aparece tras la muerte de un ser querido.

Luto o sentimiento de pérdida son términos que normalmente se utilizan en lugar de la palabra duelo. El sentimiento de pérdida se relaciona con el estado de sentirse privado de algún ser querido que ha fallecido. El luto es el proceso que nos permite la resolución del duelo.

El duelo, además, puede ser la respuesta a la pérdida de status, de un rol, separación de los hijos en la edad adulta, etc. Por ejemplo en el caso de perder el trabajo o ser descendido dentro de una empresa se atraviesa un proceso de duelo debido a que el trabajo implica un arraigo a un lugar físico y psicológico, costumbres y hábitos que deberán ser modificados. Además enfrenta a la persona a una incertidumbre hacia el futuro (¿qué vamos a hacer a partir de este momento sin él?), a una pérdida de la identidad que brindaba la empresa a la que pertenecía. Pérdida también de un proyecto de vida que se había armado alrededor del trabajo (desde formar una familia, comprar una casa hasta el prestigio personal por ser parte de esa empresa)

El duelo es considerado como un síndrome, porque la persona presenta determinadas manifestaciones y síntomas.

La forma de expresar el duelo está estrechamente relacionada con la cultura a la que pertenezcamos (por ejemplo vestirse de negro), a las situaciones que rodean a la pérdida, a la edad de la persona que fallece, la situación vital, si se trata de una muerte anticipada o repentina. Ésta va a abarcar distintos tipos de emociones, tales como llanto, negación, aturdimiento.

Si bien el proceso de duelo puede desencadenarse por múltiples razones, en este artículo se referirá al proceso de duelo desencadenado por la pérdida de un ser querido.

### PROCESO DE DUELO

El duelo ocurre o se inicia inmediatamente después, o en los meses siguientes a la muerte de un ser querido y está limitado a un período de tiempo que varía de persona en persona (no se extiende a lo largo de toda la vida)

El trabajo de duelo es un proceso psicológico complejo de deshacer los lazos contraídos y enfrentarse al dolor de la pérdida.

Al hablar de duelo no podemos dejar de citar a Sigmund Freud, quien ha hecho importantes aportes en lo que a este tema respecta. Freud compara la melancolía con el duelo en sus escritos de "duelo y melancolía" (1915-1917)

Ambas son reacciones ante la pérdida de un ser amado. En el duelo, la pérdida, trae grandes desviaciones en la conducta normal. Pero NO se considera una conducta patológica. Esto es muy importante que quede claro, todas las personas que sufren pérdidas afectivas atraviesan un proceso de duelo y es inevitable sentir tristeza ante semejante acontecimiento. En el duelo la pérdida es real, o sea, que se pierde un objeto del mundo externo y se sabe cual es, la persona comienza con conductas anormales (pero no es patológico), se supera con el paso del tiempo. Hay una menor productividad y el mundo queda pobre y vacío.

La melancolía sería equivalente a un duelo patológico. En este caso el duelo se produce ante una pérdida que puede o no ser real, se provoca un estado de ánimo deprimido, desinterés por el mundo externo, autor reproches, auto denigración, insomnio, productividad inhibida. La persona siente un vacío interno. En el duelo, el objeto amado ya no existe más.

## DUELO NORMAL EN ADULTOS

Un duelo es normal, cuando las respuestas de una persona a la pérdida son esperables y presentan síntomas y un desarrollo predecibles. Generalmente suele ser breve.

Las manifestaciones del duelo suelen perdurar en el tiempo. La duración e intensidad del duelo van a depender de las condiciones que rodearon a la muerte, es decir si ha sido una muerte más o menos inesperada:

- Si la muerte es repentina, el shock y la negación perdurarán más tiempo.
- Si la muerte es esperable o inevitable el duelo puede darse desde tiempo antes de que ésta se produzca y culminar cuando se produce efectivamente la muerte. (duelo anticipatorio)

Lo normal y esperable es una duración de entre 6 meses y un año. Puede ocurrir que luego de uno o dos años persistan signos y síntomas del duelo, e incluso puede suceder que permanezcan toda la vida. Pero los duelos normales se resuelven finalmente, logrando, recuperar el ánimo productivo. Generalmente a los 2 meses del fallecimiento, los signos y síntomas más agudos suelen ir perdiendo fuerza, pudiendo la persona adaptarse mejor (recuperar el sueño, el apetito y el funcionamiento normal)

Podemos dividir el proceso de duelo normal en tres etapas, tal como lo hace J. T. Brown:

1º. Shock: La persona suele presentar aturdimiento, nudo en la garganta, llanto, desconfianza, negación (comportarse como si la muerte no se hubiera producido), suspiros, sentido de irrealidad, vacío en el estómago.

2º. Preocupación: Se observa ira, insomnio, tristeza, agotamiento, debilidad, anorexia (pérdida de apetito y de peso), anhedonia (desinterés en las actividades placenteras), introversión, pensamientos sobre el difunto, culpabilidad, dificultad en el sueño (problemas para dormirse, despertares repentinos) y para concentrarse, sueños con la persona fallecida.

3º. Resolución: La persona puede recordar el pasado con placer, recupera el interés por otras actividades, establece nuevas relaciones.

Estas tres fases pueden variar y presentarse emociones, síntomas o pensamientos de una de ellas en otra de las etapas. Además, estas emociones suelen variar entre hombres y mujeres.

Puede aparecer autor reproche, pero con menos intensidad que en el duelo patológico. Suele estar relacionado con actos triviales que se hicieron o dejaron de hacer con la persona perdida.

El sobreviviente suele sentir culpa, deseos de haber sido él/ella quien debería haber muerto y no el otro. En el adulto son más frecuentes los deseos de morir, de no seguir viviendo sin el ser querido.

Los adultos suelen presentar una tendencia a la idealización y un recuerdo selectivo de los atributos valorizados.

También puede producirse la sensación de "presencia del fallecido", que puede tener una magnitud tal que aparezcan alucinaciones o ilusiones (oír al difunto, verlo, olerlo) Pero, al tratarse de un duelo normal, la persona puede darse cuenta de que esto no es real.

Cada persona va a manifestar el duelo de una forma distinta, porque somos distintos y cada persona es única e irrepetible.

Está comprobado que las personas en duelo son más vulnerables físicamente, lo que implica una mayor posibilidad de presentar algún tipo de enfermedad física.

## DUELO PATOLÓGICO EN EL ADULTO

El duelo anormal puede presentarse de diversas maneras, que van desde el retraso del duelo o la ausencia hasta un duelo muy intenso y prolongado, asociado a conductas suicidas o síntomas sicóticos.

## FACTORES DE RIESGO:

- Una pérdida inesperada.
- Presenciar situaciones terribles alrededor de la pérdida.
- Aislamiento social.
- Sentimientos de responsabilidad por la muerte.
- Historias de muertes traumáticas.
- Intensa dependencia al individuo que falleció.

El duelo negado es la ausencia de la expresión de duelo en el momento de la pérdida. Este tipo de duelo es patológico, ya que la persona que sufre la pérdida intenta evitar la realidad. Pueden aparecer reacciones físicas similares a las que causaron la muerte de la persona fallecida. También pueden presentar reacciones desmedidas en el primer aniversario de la muerte.

Hay un duelo patológico cuando la persona presenta una falsa euforia.

Otra forma de duelo patológico se presenta cuando aspectos normales de un duelo se distorsionan o intensifican hasta adquirir respuestas en proporciones psicóticas (es decir, creer que uno mismo es el muerto, que se está muriendo de la misma manera que murió a persona (salvo que esto esté sucediendo realmente), oír la voz del difunto persistentemente y no en forma espontánea o efímera, por ejemplo)

Las variedades patológicas del duelo abarcan alteraciones de la salud tanto física como mental. Los grados de estas alteraciones van desde leves hasta graves.

## DUELO Y DEPRESIÓN EN EL ADULTO

Depresión, culpa y tristeza son tres sentimientos que ocurren inevitablemente tanto en el duelo patológico como en el normal. Pero duelo y depresión no son sinónimos. No necesariamente el hecho de sufrir una pérdida y atravesar un duelo va a desencadenar en una depresión. Lo que ambos sentimientos tienen en común es su expresión a través de tristeza, llanto, tensión, pérdida del apetito y/o de peso, insomnio, pérdida del interés sexual, abandono de actividades externas. La diferencia radica en que el proceso de duelo va revirtiendo a medida que pasa el tiempo, recuperando el estado de ánimo normal.

Tanto en el duelo como en la depresión aparecen auto reproches, pero en el duelo se refieren a las cosas que se dejó de hacer con la persona fallecida, mientras que en la depresión la autoinculpación está centrada en sí mismo.

Los sentimientos de inutilidad, deterioro en el funcionamiento, y retardo psicomotor surgen un cuadro depresivo grave.

*En cuanto a la duración, en el duelo normal los síntomas agudos suelen durar de 1 a 2 meses, mientras que en las personas con un trastorno depresivo la duración es más prolongada.”<sup>43</sup>*

Es muy importante considerar que las personas deprimidas tienen un mayor riesgo de presentar conductas o ideas suicidas en tanto que las personas que atraviesan un duelo normalmente no presentan estas ideas.

Las personas en riesgo de presentar una depresión en lugar de un duelo patológico, son aquellas que ya han sufrido un cuadro depresivo en algún momento de sus vidas.”

---

<sup>43</sup> [WWW.psicologos.net](http://WWW.psicologos.net). Consultada septiembre 3 de 2004

## ANEXO 7

### INSTRUMENTO APGAR<sup>44</sup>

Nombre:

Tiempo de diálisis:

COMPONENTES	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA
<b>ADAPTACIÓN</b> Yo estoy satisfecho (a) con el apoyo que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.			
<b>PARTICIPACIÓN</b> Yo estoy satisfecho (a) en la forma como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas.			
<b>GANANCIA O CRECIMIENTO</b> Yo estoy satisfecho (a) de la forma como mi familia me acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.			
<b>AFECTO</b> Yo estoy satisfecho (a) del modo como reacciona mi familia a mis emociones y sentimientos de ira, tristeza, alegría.			
<b>RECURSOS O RESOLUCIÓN</b> Yo estoy satisfecho (a) en la forma como mi familia y yo compartimos <ul style="list-style-type: none"> <li>• El dinero</li> <li>• El espacio</li> <li>• El tiempo</li> </ul>			

TOTAL PUNTAJE \_\_, SUGIERE \_\_\_\_\_

MODO DE CLASIFICAR numéricamente al APGAR es así:

Casi siempre:	vale	2 puntos
A veces:	vale	1 punto
Casi siempre:	vale	0 puntos.

APGAR:

8-10 puntos: sugiere muy buena satisfacción familiar.

4-7 puntos: sugiere una disfuncionalidad.

0-3 puntos: sugiere una disfuncionalidad severa

El instrumento APGAR, permite determinar el grado de funcionalidad o disfuncionalidad de la familia, propuesta presentada por el Doctor Gabriel Smilkestein, como evaluativo.

---

<sup>44</sup> Instrumento que permite determinar el grado de funcionalidad o disfuncionalidad de la familia, propuesta presentada por el Doctor Gabriel Smilkestein. Como evaluativo. Tomada de MEMORIAS. PRIMER CONGRESO DE SALUD FAMILIAR, OPS. 1997.

Es un cuestionario de 5 preguntas que mediante una escala de 0 a 10 evalúa en el estado funcional del grupo familiar. Se utilizan las letras APGAR, las cuales recuerdan cada una de las funciones se van a medir:

**Adaptación:** Corresponde a la utilización de los recursos intra y extrafamiliares, para resolver los problemas cuando el equilibrio de la familia se ve amenazado por un periodo de crisis.

**Participación:** Corresponde a la participación en toma de decisiones y responsabilidades como miembro familiar.

**Ganancia o crecimiento:** Corresponde al logro en la maduración emocional física y en la autorrealización de los miembros de la familia, a través del soporte y huya mutua.

**Afecto:** Corresponde a la delación de amor y atención que existe entre los miembros de la familia.

**Resolución:** Corresponde al compromiso o determinación de dedicar tiempo, espacio y dinero a los otros miembros de la familia

**Utilidad:** Puede usarse periódicamente para detectar problemas en la familia que no presentan disfuncionalidad severa.

Este instrumento sirve para detectar los factores de riesgo familiar que puedan influir en el ambiente biospiciosocia del paciente.

ANEXO 8

Historia Social 3



**HISTORIA SOCIAL**

I. DATOS GENERALES

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES		C.C.	
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO							
DIA	MES	AÑO	CIUDAD/DEPARTAMENTO/ PAÍS			EDAD	
ESTADO CIVIL							
SOLTERO(A)		CASADO(A)		SEPARADO(A)		UNIÓN LIBRE	VIUDO(A)
						MADRE CABEZA DE HOGAR	
ESCOLARIDAD							
PRIMARIA		SECUNDARIA			TÉCNICO		PROFESIONAL
ASPECTO RELIGIOSO				SEGURIDAD SOCIAL			
Católico				Sisben 2			
LUGAR DE RESIDENCIA							
DIRECCIÓN			BARRIO		LOCALIDAD	ESTRATO	TELÉFONO
TIPO DE TRATAMIENTO							
HEMODIÁLISIS			LISTA DE TRANSPLANTE			FECHA DE INGRESO AL PROGRAMA	
			Tramite			D	M
			07			05	04
PERSONA RESPONSABLE							
NOMBRE			DIRECCIÓN		TELÉFONO FIJO		PARENTESCO

II. NÚCLEO FAMILIAR

NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	ESCOLARIDAD	ESTADO CIVIL	OCUPACIÓN	RELACIÓN O PARENTESCO	APORTE ECONÓMICO		OBSERVACIONES
						SI	NO	
Sebastián Jimenez	5 años	No						

SITUACIONES DE CRISIS						
TIPO DE CONFLICTO	parentesco	Tiempo	Descripción			Comunicación
SEPARACIÓN	X	3 años	El padre de su hijo estaba recluso hasta hace algunos meses en la cárcel, sindicado de traficar con drogas. La paciente indica que el apoyo por parte de él es nulo y por el contrario su presencia en la vida de ellos es negativa y no le presta ningún tipo de ayuda económica para su hijo, él esta demandado por alimentos pero se excusa en no tener empleo.			

				La paciente tiene otro hijo que en la actualidad tiene 18 años, el niño creció al lado de la abuela materna, el vínculo madre-hijo es mínima, ella menciona que siempre ha estado pendiente de su hijo pero que por su situación económica su madre (abuela) decidió llevarlo a vivir con ella desde que el niño tenía un año. En la sesión la paciente muestra gran tristeza ya que su hijo no la reconoce como mamá y tuvieron una discusión.	
ABANDONO SOCIAL					
PERDIDAS SOCIALES Y/O CULTURALES					
MALTRATO					
PERDIDA LABORAL				Su capacidad laboral se ha disminuido. Su estado físico y las diálisis le causa gran incomodidad y cansancio.	
PERDIDA DE MIEMBROS (Cuerpo)					
MUERTE DE UN FAMILIAR CERCANO	X			Tiene un hermano desaparecido desde hace 16 años.	
OTROS:					

### III. ACTIVIDADES QUE REALIZA EL PACIENTE

NIVEL	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
SOCIAL		
PASATIEMPOS	Escuchar música, leer, ver televisión	
DEPORTIVAS		
OTRAS		

### IV. ASPECTO LABORAL ACTUAL DEL PACIENTE

DEPENDIENTE	INDEPENDIENTE	ESPORÁDICO	ACTIVIDAD	PERMANENTE	X HORAS	X DÍAS	HORARIO	
							DIURNO	NOCTURNO
X			Venta de chance en caceta (calle)		6 a 9 de la noche			X

### V. DINÁMICA FAMILIAR

MIEMBRO	RELACIONES				COMUNICACIÓN			APOYO	
	APOYO ECONÓMICO	APECTO	DIALOGO	OTRA	RUTINARIA	CONFLICTIVA	ENRIQUECIDA	SI	NO
1. ESPOSA(O)									
2. HIJOS (A)		X	X				X		
3. PADRES									
4. HERMANOS									
5. TÍOS									
6. PRIMOS									
7. SOBRINOS									
8. OTROS									

**OBSERVACIONES:** La paciente menciona que su motivo de vida es su hijo ( 5 años), podría decirse que es un sostén emocional muy importante, la relación con su madre es difícil, hecho que su hija verbaliza como no amor hacia ella y preferencia por otras personas. Se pudo evidenciar una carencia grande de afecto. Para ella es muy importante que su madre la llame al menos una vez por semana, Se nota molesta con su madre. Y describe que no tienen ningún tipo de apoyo por parte de su familia y que hay gran indiferencia. El apoyo

màs fuerte que dice tener la obtiene de su hijo de 5 años.

## VI. ASPECTOS SOCIALES

REDES DE APOYO													
FAMILIAR PRIMARIO				FAMILIAR SECUNDARIO			OTROS			CARACTERÍSTICA DE APOYO			
PADRES	HERMANOS	HIJOS	ESPOS@	SOBRINOS	TIOS	PRIMOS	AMIGOS	VECINOS	CONOCIDOS	ECONÓMICO	EMOSIONA L	RELIGIOSO	COMUNITA RIO
		X									X		

## VII. FACTORES DE RIESGO SOCIAL

ABANDONO	VIVE SOLO	RELACIONES FAMILIARES DISFUNCIONALES	NÚCLEO FAMILIAR CON CONFLICTO (SALUD MENTAL)	ADULTOS MAYORES O PERSONAS DISCAPACITADAS	SITUACIÓN ECONÓMICA DEFICIENTE	SOLO UN CUIDADOR (EDAD)	NIÑOS	GRUPO FAMILIAR CONFLICTIVO (VIOLENCIA, RECHAZO FAMILIAR)
	X	X					X	X

La paciente vive con su hijo de 5 años, menciona que no posee los recursos suficientes para que el niño estudie, y ve gran dificultad por el horario e intensidad horaria de las diálisis, lo que según ella limita las posibilidades para la educación del menor ya que no tiene quien le lleve o le traiga el niño de la escuela.

La situación que evidencia la paciente como problemática es el aspecto económico razón por la cual no hace la dieta y no puede comprar la droga. Describe que en varias ocasiones el refrigerio que ella recibe en el hospital es el alimento que comparte como almuerzo con su hijo. En los tiempos que ella permanece en el tratamiento el niño queda solo en la pieza en la que viven bajo llave.

O

## VIII. VIVIENDA

TIPO					
CASA	APARTAMENTO	PIEZA (# PERSONAS)	CASALOTE	OCUPACIÓN	SIN PAGO (HOGAR FAMILIAR)
		X ( 2 personas)			

TENENCIA					
ARRENDADO	PROPIO	POSESIÓN	PAGÁNDOLA	CUIDADOR	TIEMPO
X					

## IX. ASPECTO ECONÓMICO

TIPO	VALOR	No. APORTANTES	APORTANTES AL NÚCLEO FAMILIAR/ PROCEDENCIA INGRESO								
			PACIENTE	HERMANOS	PADRE	MADRE	ESPOS@	HIJOS	SOBRINOS	OTROS	
GASTOS MENSUALES EN ALIMENTACIÓN		1	X								
GASTOS EN SERVICIOS PÚBLICOS	40.000										
GASTOS EN VIVIENDA	70.000										
GASTOS EN SALUD											
GASTOS EN EDUCACIÓN											
GASTOS EN TRANSPORTE											
GASTOS EN VESTUARIO											
GASTOS EN RECREACIÓN											
OTROS											
TOTAL EGRESO											
INGRESO - EGRESOS											

OBSERVACIONES: Los gastos en alimento lo hacen según la ganancia de la venta de chance y generalmente su ingesta de alimentos esta representada por leche y pan entre otros, lo que hace que su química sanguínea se vea afectada. Los ingresos diarios son de 2000 a 3000 pesos, menciona la paciente.

## X. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN MEDICA DEL USUARIO (HISTORIA CLÍNICA)

ANTECEDENTES DE LA PATOLOGÍA					
RENALES		CARDIACOS Y VASCULARES		OTROS	
INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL POR NEFROPATIA HIPERTENSIVA					
EXPECTATIVAS DE VIDA DEL PACIENTE (MEDICO):			OBSERVACIONES-DIAGNOSTICO: .La paciente esta inscrita y en exámenes para el trasplante.		

ADAPTACIÓN AL TRATAMIENTO								
BARRERAS AL PLAN DE TRATAMIENTO					CUMPLE CON LAS RECOMENDACIONES MEDICAS			OBSERVACIONES
ECONÓMICO	SOCIAL	RELIGIOSO	SALUD MENTAL	OTROS	SI	NO	¿POR QUÉ?	
x				No reconoce la necesidad de seguir las recomendaciones medicas		x		La paciente refiere que no se toma la droga porque no la puede comprar al igual que menciona que el tomarse los medicamentos le causan más daño. La situación económica no le permite seguir la dieta.
OTROS ASPECTOS A TENER EN CUENTA (RECOMENDACIONES)								

LIMITACIONES FÍSICAS			
CARACTERÍSTICA		GRADO DE AUTONOMÍA	
AMPUTACIÓN DE MIEMBRO			
REDUCCIONAL		TOTAL	
ACV			
OTROS: pérdida de la capacidad visual.			
ANTECEDENTES			
PSIQUIÁTRICOS			
DEPRESIVOS:	Aspectos depresivos, reflejados en llanto y movimientos no coordinados.		
INTENTOS DE SUICIDIO			
ANSIEDAD :	La paciente posee gran expectativa frente a la posibilidad de trasplante, lo que menciona ella como una nueva oportunidad para estar y brindarle mayores posibilidades a sus hijos.		
OTROS:			

### XI. PROBLEMA QUE REQUIEREN INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA

PSICOLÓGICAS	X
SOCIAL	X
FAMILIAR	X
LABORAL	X
OTRAS	

### XII. PREDIAGNÓSTICO SOCIAL Y ACCIONES A REALIZAR

PREDIAGNÓSTICO SOCIAL-ANÁLISIS
<p>Se puede percibir una fuerte dependencia emocional de la paciente frente a su madre, aunque no han tenido buenas relaciones interpersonales, en las sesiones se mostró molesta porque su progenitora no la llamaba y ella no tenía dinero para hacerlo, puede ser que esta situación este ligada a la necesidad de estar informada sobre su hijo.</p> <p>Es de gran importancia profundizar sobre el tipo de relación que ella tiene para con su hijo, inicialmente podría decirse que hay una sobre protección y dependencia para con el, quizá el hecho de sentir la ausencia del cariño como madre por parte de su hijo mayor, puede originar miedo a perder su otro hijo, ella menciona “perdí un hijo, a los dos no lo voy a permitir”. Este hecho puede vulnerar la seguridad y bienestar del niño. (LA PACIENTE SOLICITA TENER EN RESERVA LA INFORMACIÓN AQUÍ CONSIGNADA). POR LO CUAL LA INFORMACIÓN SOLO SE USARA PARA USO ACADÉMICO.</p>
PREDIAGNÓSTICO AL TEMA DE DUELO

<b>FACTORES DE RIESGO ACTUALES</b>
Limitada o escasa a nula red familiar y social
<b>ACCIONES Y ACTIVIDADES A REALIZAR</b>
Motivar un nuevo encuentro en el que se procure motivar a la paciente sobre la necesidad de mejorar la calidad de vida del hijo.

ANEXO 9

Historia Social 8



**HISTORIA SOCIAL**

XIII. DATOS GENERALES

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES		C.C.	
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO							
DIA	MES	AÑO	CIUDAD/DEPARTAMENTO/ PAÍS			EDAD	
ESTADO CIVIL							
SOLTERO(A)		CASADO(A)		SEPARADO(A)		UNIÓN LIBRE	VIUDO(A)
							X
ESCOLARIDAD							
PRIMARIA		SECUNDARIA		TÉCNICO		PROFESIONAL	
ASPECTO RELIGIOSO				SEGURIDAD SOCIAL			
Católico				Sisben III			
LUGAR DE RESIDENCIA							
DIRECCIÓN			BARRIO		LOCALIDAD	ESTRATO	TELÉFONO
TIPO DE TRATAMIENTO							
DIÁLISIS PERITONEAL			HEMODIÁLISIS			LISTA DE TRANSPLANTE	
						D	D
			x			No	
PERSONA RESPONSABLE							
NOMBRE		DIRECCIÓN			TELÉFONO FIJO		PARENTESCO

XIV. NÚCLEO FAMILIAR

NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	ESCOLARIDAD	ESTADO CIVIL	OCUPACIÓN	RELACIÓN O PARENTESCO	APORTE ECONÓMICO		OBSERVACIONES
						SI	NO	
	21	Bachiller	soltero	Desempleado	Sobrino	X		
	19	Bachiller	Soltero	Trabaja	Hijo		X	El hijo vive en Facatativa, están en contacto cada 15 días

SITUACIONES DE CRISIS				
TIPO DE CONFLICTO	parentesco	Tiempo	Descripción	Comunicación

SEPARACIÓN	X	Familia materna y paterna	1 año y medio	-Describe que toda su familia esta en Tumaco -Tiene un hijo que vive en Facatativa, anteriormente vivían junto con ella en los Llanos por 8 años.	Mantiene contacto telefónico
ABANDONO SOCIAL					
PERDIDAS SOCIALES Y/O CULTURALES	X			Por su tratamiento se separo de su ambiente social y cultural secundario (Llanos)	
MALTRATO					
PERDIDA LABORAL	X			Describe que por su situación y horario de tratamiento no puede acceder a un empleo como antes, anteriormente trabajaba por días.	
PERDIDA DE MIEMBROS (Cuerpo)					
MUERTE DE UN FAMILIAR CERCANO	X			Menciona que hace 18 años falleció su esposo en r un hecho violento, en la historia clínica en la lectura que realiza la psicóloga de la unidad renal menciona que este duelo no ha sido elaborado.	
OTROS:					

### XV. ACTIVIDADES QUE REALIZA EL PACIENTE

NIVEL	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
SOCIAL	No	
PASATIEMPOS	No	
DEPORTIVAS	Hogar	Menciona que es una de las únicas actividades que se adapta a su situación.
OTRAS	No	

### XVI. ASPECTO LABORAL ACTUAL DEL PACIENTE

DEPEN DIENTE	INDEPEN DIENTE	ESPORÁDI CO	ACTIVIDAD	PERMA NENTE	X HORAS	X DÍAS	DEPENDIENTE	
							DIUR NO	NOCTU RNO
		X	Cuidar niños		X	X <sup>45</sup>		

DESCRIPCIÓN: Esta labor la realiza esporádicamente y cunado no tiene terapia renal.

### XVII. DINÁMICA FAMILIAR

MIEMBRO	RELACIONES				COMUNICACIÓN			APOYO	
	APOYO ECONÓMICO	APECTO	DIALOGO	OTRA	RUTINARIA	CONFLICTIVA	ENRIQUECIDA	SI	NO
1. ESPOSA(O)									
2. HIJOS (A)		X							
3. PADRES									
4. HERMANOS	X				Esporádica				
5. TÍOS									
6. PRIMOS									
7. SOBRINOS	X	X			X				
8. OTROS									

OBSERVACIONES: El vínculo más representativo a nivel emocional es compartido con su sobrino. Sostiene contacto esporádico con su hijo y la familia de Tumaco.

<sup>45</sup> Según necesidad de la contratante.

### XVIII. ASPECTOS SOCIALES

REDES DE APOYO													
FAMILIAR PRIMARIO				FAMILIAR SECUNDARIO			OTROS			CARACTERÍSTICA DE APOYO			
PADRES	HERMANOS	HIJOS	ESPOS@	SOBRINOS	TÍOS	PRIMOS	AMIGOS	VECINOS	CONOCIDOS	ECONÓMICO	EMOCIONAL	RELIGIOSO	COMUNITARIO
	X <sup>46</sup>			*			O			* <sup>47</sup> X	O		

### XIX. FACTORES DE RIESGO SOCIAL

ABANDONO	VIVE SOLO	RELACIONES FAMILIARES DISFUNCIONALES	NÚCLEO FAMILIAR CON CONFLICTO (SALUD MENTAL)	ADULTOS MAYORES O PERSONAS DISCAPACITADAS	SITUACIÓN ECONÓMICA DEFICIENTE	SOLO UN CUIDADOR (EDAD)	NIÑOS	GRUPO FAMILIAR CONFLICTIVO (VIOLENCIA, RECHAZO FAMILIAR)

O

### XX. VIVIENDA

TIPO					
CASA	APARTAMENTO	PIEZA (# PERSONAS)	CASALOTE	OCUPACIÓN	SIN PAGO (HOGAR FAMILIAR)
	X ( 2 personas)				
TENENCIA					
ARRENDADO	PROPIO	POSESIÓN	PAGÁNDOLA	CUIDADOR	TIEMPO
X					

### XXI. ASPECTO ECONÓMICO

TIPO	VALOR	No. APORTANTES	APORTANTES AL NÚCLEO FAMILIAR/ PROCEDENCIA INGRESO								
			PACIENTE	HERMANOS	PADRE	MADRE	ESPOS@	HIJOS	SOBRINOS	OTROS	
		2	X								hermana
GASTOS MENSUALES EN ALIMENTACIÓN	200.000										
GASTOS EN SERVICIOS PÚBLICOS	70.000										
GASTOS EN VIVIENDA	150.000										
GASTOS EN SALUD											
GASTOS EN EDUCACIÓN											
GASTOS EN TRANSPORTE	15.000										
GASTOS EN VESTUARIO											
GASTOS EN RECREACIÓN											
OTROS											
TOTAL EGRESO	435.000										
INGRESO - EGRESOS											
OBSERVACIONES:	Esporádicamente el hijo aporta económicamente.										

### XXII. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN MEDICA DEL USUARIO (HISTORIA CLÍNICA)

ANTECEDENTES DE LA PATOLOGÍA		
RENALES	CARDIACOS Y VASCULARES	OTROS
INSUFICIENCIA RENAL <sup>48</sup> TERMINAL POR NEFROPATIA HIPERTENSIVA	HIPERTENSIVA <sup>49</sup> , PROGRAMA DE CAPD	DERRAME PLEURAL DERECHO <sup>50</sup>

<sup>46</sup> La hermana vive en Tumaco y es quien provee económica mente a la paciente, junto con sus otros hermanos esporádicamente.

<sup>47</sup> El sobrino provee económicamente cuando tiene empleo, en el momento esta desempleado.



LIMITACIONES FÍSICAS			
CARACTERÍSTICA		GRADO DE AUTONOMÍA	
AMPUTACIÓN DE MIEMBRO			
REDUCCIONAL		TOTAL	
ACV			
OTROS: pérdida de la capacidad visual.			
ANTECEDENTES			
PSIQUIÁTRICOS			
DEPRESIVOS:	Aspectos depresivos		
INTENTOS DE SUICIDIO			
ANSIEDAD :			
OTROS:			

### XXIII. PROBLEMA QUE REQUIEREN INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA

PSICOLÓGICAS	X
SOCIAL	X
FAMILIAR	X ¿Cual es la percepción del hijo frente a la enfermedad de la madre?, ¿que le ha informado la madre?, ¿Podría cambiar al situación emocional y económica si el hijo se viniera a vivir con ella?
LABORAL	X
OTRAS	

### XXIV. PREDIAGNÓSTICO SOCIAL Y ACCIONES A REALIZAR

PREDIAGNÓSTICO SOCIAL-ANÁLISIS
<p>En 4 sesiones en las que se ha estado con la paciente se ha podido evidenciar fuertes sentimientos de soledad y añoranza por no por la situación de su enfermedad, que describe como un aspecto negativo, frustrante y elemento fundamental que origino la separación con su hijo “Cundo yo vivía en los llanos vivía muy rico y sin complicación alguna, empezando porque podía estar al lado de mi hijo y todos trabajábamos, también podía ir con cierta frecuencia a visitar a mi madre, hermanos y amigos”. “yo quisiera poder volver a vivir con mi hijo pero no ha sido posible por la situación económica”.</p> <p>La lectura que se puede hacer frente a la comunicación con su familia es que ella no expresa su sentir frente a su enfermedad, al punto que ella menciona “yo sé que esta enfermedad no tiene cura, pero prefiero que mi hijo siga pensando que este tratamiento es transitorio”. Lo que permite preguntarse cual y como es la percepción y relación (vinculo) del hijo con su madre.</p> <p>Se ha podido notar que la paciente al dar determinada información no es clara y es diferente a la brindada originalmente.</p>
<p><b>PREDIAGNÓSTICO AL TEMA DE DUELO</b></p> <p>En los encuentros se ha podido evidenciar que la paciente esta en una etapa de evitación o negación en la que prefiere no pensar en su enfermedad y hacer de cuneta que no esta enferma. “cunado yo estoy en la casa se me olvida la enfermedad y prefiero sentirme sana, hasta que algún síntoma me lo recuerda o es día de la terapia. “Cuando me siento triste prefiero no hablar de ello.</p> <p>La paciente se ha mostrado abierta a su sentir, con un fuerte componente emotivo que lo expresa con llanto, generalmente mantiene la mirada perdida y su expresión corporal es tensa y poco expresiva.</p>

--

**FACTORES DE RIESGO ACTUALES**

Limitada o escasa a nula red familiar y social

**ACCIONES Y ACTIVIDADES A REALIZAR**

Motivar un nuevo encuentro en el que se procure crear un ambiente en el que ella pueda seguir verbalizando sus sentimientos, al igual que orientarla a que es importante que vivencie su situación en lugar de evitarla.

ANEXO 12

Historia Social 8



**HISTORIA SOCIAL**

XXV. DATOS GENERALES

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES		C.C.	
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO							
DIA	MES	AÑO	CIUDAD/DEPARTAMENTO		EDAD		
SOLTERO(A)		CASADO(A)		SEPARADO(A)		UNIÓN LIBRE	VIUDO(A)
ESCOLARIDAD							
PRIMARIA		SECUNDARIA		TÉCNICO		PROFESIONAL	
ASPECTO RELIGIOSO				SEGURIDAD SOCIAL			
LUGAR DE RESIDENCIA							
DIRECCIÓN			BARRIO		LOCALIDAD	ESTRATO	TELÉFONO
TIPO DE TRATAMIENTO							
HEMODIÁLISIS				LISTA DE TRANSPLANTE		FECHA DE INGRESO AL PROGRAMA	
				Si		D	M
				16	06	2002	
PERSONA RESPONSABLE							
NOMBRE			DIRECCIÓN		TELÉFONO FIJO		PARENTESCO

XXVI. NÚCLEO FAMILIAR

NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	ESCOLARIDAD	ESTADO CIVIL	OCUPACIÓN	RELACIÓN O PARENTESCO	APORTE ECONÓMICO		OBSERVACIONES
						SI	NO	
	45	Bachiller	Casada	Microempresa	Tía	X		
	38	Bachiller	Soltera	Adm. Casino	Tía	X		
	49	Bachiller	Soltera	Mecánico industrial	Tío pol.	X		
	27	Est. universita	Soltera	Estudia	Prima		X	
	24	Diseñadora	Soltera		Prima		X	
	17	Chef	Soltera	Estudia	primo		X	

SITUACIONES DE CRISIS				
TIPO DE CONFLICTO	parentesco	Tiempo	Descripción	Comunicación
SEPARACIÓN	X		El núcleo familiar de la paciente no ha sido estable ya que la situación económica y emocional crítica por el alcoholismo de su padre hizo que tuviera que separarse de sus padres teniendo que ir a vivir con sus abuelos quienes murieron hace seis años, por este motivo ella va a vivir con su tía materna hogar actual. Esta inestabilidad y problema de alcoholismo de su padre las recuerda como una dura experiencia que por ningún motivo desea volver a vivir, menciona la paciente.	
ABANDONO SOCIAL				
PERDIDAS SOCIALES Y /O CULTURALES				
MALTRATO				

PERDIDA LABORAL					
PERDIDA DE MIEMBROS (Cuerpo)					
MUERTE DE UN FAMILIAR CERCANO	X		5 meses	La paciente pierde a su hijo después de 2 días de nacido en el octavo mes, este hecho lo describe ella como frustrante y doloroso "sé que hice todo lo posible para que el viviera, seguir el tratamiento, los controles, todo...pero no resultado", pero prefiero que se halla ido y no seguir viéndolo sufrir y luchar por vivir como lo hago yo, pero duele".	
OTROS:					

### XXVII. ACTIVIDADES QUE REALIZA EL PACIENTE

NIVEL	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
SOCIAL	Ir al cementerio los domingos y a misa	
PASATIEMPOS	Trabajar, leer y caminar	
DEPORTIVAS		
OTRAS		

### XXVIII. ASPECTO LABORAL ACTUAL DEL PACIENTE

DEPENDIENTE	INDEPENDIENTE	ESPORÁDICO	ACTIVIDAD	PERMANENTE	X HORAS	X DÍAS	HORARIO	
							DIURNO	NOCTURNO
	X		Vendedora en un casino	X			X	

Labora en un casino que administra la tía. Es la única paciente que labora después de las diálisis. Menciona que este hecho es muy importante para ella, ya que es un elemento que le ayuda a no pensar a estar distraída.

### XXIX. DINÁMICA FAMILIAR

MIEMBRO	RELACIONES				COMUNICACIÓN			APOYO	
	APOYO ECONÓMICO	AFECTO	DIALOGO	OTRA	RUTINARIA	CONFLICTIVA	ENRIQUECIDA	SI	NO
1. ESPOSA(O)								X	
2. HIJOS (A)									
3. PADRES		X			X				
4. HERMANOS									
5. TÍOS	X	X			X				
6. PRIMOS		X							
7. SOBRINOS									
8. OTROS									

Menciona que su madre sufre mucho ya que su padre es alcohólico y la relación con los hijos es muy conflictiva y no hay unión, "en ocasiones soy yo el soporte de mi mamá, mis hermanos son irrespetuosos con ella, esto es muy molesto para mi." El grado de comunicación familiar es débil y conflictiva.

### XXX. ASPECTOS SOCIALES

REDES DE APOYO													
FAMILIAR PRIMARIO				FAMILIAR SECUNDARIO			OTROS			CARACTERÍSTICA DE APOYO			
PADRES	HERMANOS	HIJOS	ESPOS@	SUEGRA	TÍOS	PRIMOS	AMIGOS	VECINOS	CONOCIDOS	ECONÓMICO	EMOSIONAL	RELIGIOSO	COMUNITARIO
X					0	*				0	X 0 *		



OTROS ASPECTOS A TENER EN CUENTA (RECOMENDACIONES)

LIMITACIONES FÍSICAS	
CARACTERÍSTICA	GRADO DE AUTONOMÍA
AMPUTACIÓN DE MIEMBRO REDUCCIONAL ACV	parcial
Otros: Pérdida total de la visión	
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS	
DEPRESIVOS	Aspectos depresivos causados por la reciente pérdida de su hijo.
INTENTOS DE SUICIDIO	
Ansiedad :	
OTROS:	

### XXXV. PROBLEMA QUE REQUIEREN INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA

PSICOLÓGICAS	X
SOCIAL	X
FAMILIAR	
LABORAL	
OTRAS	

### XXXVI. PREDIAGNÓSTICO SOCIAL Y ACCIONES A REALIZAR

PREDIAGNÓSTICO SOCIAL-ANÁLISIS
<p>En las sesiones (4) que se ha tenido con la paciente se ha evidenciado fuertes elementos depresivos representados por llanto, aunque se muestra fuerte, pero la conversación termina en llanto. Muestra gran expectativa frente a la cercanía de su matrimonio (17 de Junio) con el padre de su hijo fallecido, se puede evidenciar un alta dependencia sentimental por esta persona, ella menciona que con la muerte del niño sus lazos afectivos se han fortalecido y ha mostrado mayor interés, apoyo y amor para con ella, hecho que le brinda otra expectativa de vida diferente a la que ha llevado.</p> <p>Describe que aunque no ha sido fácil sobre llevar la situación de su enfermedad lo que más le molesta es que la gente le pregunte o le muestre “pesar”, por este hecho ha dejado de frecuentar actividades como el grupo de la iglesia y amistades. “ yo prefiero que me traten como una persona normal”, no me gusta sentirme controlada me gusta ser autosuficiente, me molesta que la gente se preocupe por mi. ¿Este sentir tendrá sus orígenes en la disfunción familiar y en el numero de pérdidas que ha tenido la paciente a través de su vida?. Pese a esta mascara de fortaleza se ha evidenciado gran dolor y necesidad de cariño con respeto.</p> <p>El la penúltima sesión (lunes después del día de la madre), la paciente se mostró evasiva al comienzo de la conversación, poco después describe que esta muy triste e insegura frente a la cercanía de su matrimonio ya que los dos días anteriores su pareja había</p>

estado ingiriendo alcohol y fumando hecho que había sido frecuente hasta antes de la pérdida del bebe “ ella menciona que el se había comprometido con no volver ha realizar este tipo de actividades,”yo no estoy dispuesta a vivir la vida que vive mi mamá”. Quizá el hecho que la tenía más triste era que él no la había acompañado al cementerio “yo tuve que ir sola, sentí que no era capa, las piernas me temblaban y llore mucho, después me sentí mejor, allí desfogue la rabia y el dolor de no ser mamá”.

Razón por la cual se describe y orienta sobre los diferentes miedos que se siente al tomar decisiones tan importantes, pero también de la importancia del dialogó con su pareja, expectativas, convenios y la importancia de ella como persona. Aspecto que deben evaluar los dos.

Frente al hecho que ella cuestiona como no “ser mamá”, se acompaña y se describe que ella siempre será mamá mientras ame a su hijo. Ella demostró el verdadero amor de madre al solicitar al médico que no realizara más intervenciones en procura de la salvación de su hijo (encarnizamiento terapéutico), “yo prefiero que se valla y no verlo sufrir más”. Ella hizo lo que se denomina el no egoísmo emocional pese a todas las luchas que ella hizo para proteger la vida de su bebe (todos los días tenía que dializarse), entre otros aspectos, esta remembranzas posiblemente le permitieron hablar más sobre sus vivencias con el bebe en su vientre, hecho que permitió verbalizar y sentir como madre.

Se dialoga con la paciente frente al hecho de haber podido ir al cementerio sola, después de que siempre la había acompañado su compañero, como un hecho de gran valor e importancia ya que estos momentos de intimidad con la realidad física, le permiten afrontar y elaborar su duelo de una manera personal.

Se habla sobre la necesidad de planear y construir un proyecto de vida personal en el que independiente de su relación con las personas que la rodean, pueda aspirar a mejorar su calidad de vida frente a sus aspiraciones o sueños.

#### FACTORES DE RIESGO ACTUALES

Miedo e inseguridad frente a su matrimonio  
Desarrollo de su duelo

#### ACCIONES Y ACTIVIDADES A REALIZAR

ANEXO 13  
Historia Social 7



**HISTORIA  
SOCIAL**

XXXVII. DATOS GENERALES

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES		C.C.	
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO							
DIA	MES	AÑO	CIUDAD/DEPARTAMENTO			EDAD	
ESTADO CIVIL							
SOLTERO(A)		CASADO(A)		SEPARADO(A)		UNIÓN LIBRE	VIUDO(A)
ESCOLARIDAD							
PRIMARIA		SECUNDARIA		TÉCNICO		PROFESIONAL	
ASPECTO RELIGIOSO				SEGURIDAD SOCIAL			
Católico				Sisben 3			
LUGAR DE RESIDENCIA							
DIRECCIÓN			BARRIO		LOCALIDAD	ESTRATO	TELÉFONO
TIPO DE TRATAMIENTO							
HEMODIÁLISIS			LISTA DE TRANSPLANTE			FECHA DE INGRESO AL PROGRAMA	
			No			D	M
			09			07	05
PERSONA RESPONSABLE							
NOMBRE			DIRECCIÓN		TELÉFONO FIJO		PARENTESCO

XXXVIII. NÚCLEO FAMILIAR

NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	ESCOLARIDAD	ESTADO CIVIL	OCUPACION	RELACION O PARENTESCO	APORTE ECONÓMICO		OBSERVACIONES
						SI	NO	

SITUACIONES DE CRISIS					
TIPO DE CONFLICTO	parentesco	Tiempo	Descripción	Comunicación	
SEPARACIÓN	X	Esposa	Se separaron hace 3 años. Ella actualmente tiene otra pareja.	Escasa	
ABANDONO SOCIAL PERDIDAS SOCIALES Y /O CULTURALES	X		El paciente informa que no tenia quien lo cuidara, razón por la cual fue internado en un hogar geriátrico, este hecho ha sido de difícil asimilación por el paciente.	La comunicación con sus hijos es escasa, el paciente menciona que parra ellos es difícil visitarlo ya que tienen varias obligaciones.	
MALTRATO					

PERDIDA LABORAL	X				
PERDIDA DE MIEMBROS (Cuerpo)	Disminución del campo visual				
MUERTE DE UN FAMILIAR CERCANO					
OTROS:					

### XXXIX. ACTIVIDADES QUE REALIZA EL PACIENTE

NIVEL	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
SOCIAL		
PASATIEMPOS		
DEPORTIVAS		
OTRAS		

### XL. ASPECTO LABORAL ACTUAL DEL PACIENTE

DEPENDIENTE	INDEPENDIENTE	ESPORÁDICO	ACTIVIDAD	PERMANENTE	X HORAS	X DÍAS	HORARIO	
							DIURNO	NOCTURNO

### XLI. DINÁMICA FAMILIAR

MIEMBRO	RELACIONES				COMUNICACIÓN			APOYO	
	APOYO ECONÓMICO	AFECTO	DIALOGO	OTRA	RUTINARIA	CONFLICTIVA	ENRIQUECIDA	SI	NO
1. ESPOSA(O)									
2. HIJOS (A)	X	X	X		X				
3. PADRES									
4. HERMANOS									
5. TÍOS									
6. PRIMOS									
7. SOBRINOS									
8. OTROS									
OBSERVACIONES:									

### XLII. ASPECTOS SOCIALES

REDES DE APOYO													
FAMILIAR PRIMARIO				FAMILIAR SECUNDARIO			OTROS			CARACTERÍSTICA DE APOYO			
PADRES	HERMANOS	HIJOS	ESPOS@	SOBRINOS	TÍOS	PRIMOS	AMIGOS	VECINOS	CONOCIDOS	ECONÓMICO	EMOSIONAL	RELIGIOSO	COMUNITARIO
		X								X	X		

### XLIII. FACTORES DE RIESGO SOCIAL

ABANDONO	VIVE SOLO	RELACIONES FAMILIARES DISFUNCIONALES	NÚCLEO FAMILIAR CON CONFLICTO (SALUD MENTAL)	ADULTOS MAYORES O PERSONAS DISCAPACITADAS	SITUACIÓN ECONÓMICA DEFICIENTE	SOLO UN CUIDADOR (EDAD)	NIÑOS	GRUPO FAMILIAR CONFLICTIVO (VIOLENCIA, RECHAZO FAMILIAR)
X								

O

### XLIV. VIVIENDA

TIPO					
CASA	APARTAMENTO	PIEZA (# PERSONAS)	CASALOTE	OCUPACIÓN	SIN PAGO (HOGAR FAMILIAR)
TENENCIA					
ARRENDADO	PROPIO	POSESIÓN	PAGÁNDOLA	CUIDADOR	TIEMPO
Hogar Bosque popular					

### XLV. ASPECTO ECONÓMICO

TIPO	VALOR	No. APORTANTES	APORTANTES AL NÚCLEO FAMILIAR/ PROCEDENCIA INGRESO							
			PACIENTE	HERMANOS	PADRE	MADRE	ESPOS@	HIJOS	SOBRINOS	OTROS
GASTOS MENSUALES EN ALIMENTACIÓN										
GASTOS EN SERVICIOS PÚBLICOS										
GASTOS EN VIVIENDA										
GASTOS EN SALUD										
GASTOS EN EDUCACIÓN										
GASTOS EN TRANSPORTE										
GASTOS EN VESTUARIO										
GASTOS EN RECREACIÓN										
OTROS										
TOTAL EGRESO										
INGRESO - EGRESOS										
OBSERVACIONES										

### XLVI. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN MÉDICA DEL USUARIO (HISTORIA CLÍNICA)

ANTECEDENTES DE LA PATOLOGÍA		
RENALES	CARDIACOS Y VASCULARES	OTROS
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA <sup>51</sup> TERMINAL DE ETIOLOGÍA NO CLARA	CARDIOPATÍA MIXTA VALVULAR Y CORONARIA SÍNDROME ANÉMICO	LUPUS <sup>52</sup> ERITOMATOSO

<sup>51</sup>En la insuficiencia renal crónica, se va produciendo una incapacidad permanente del riñón, debido a una destrucción progresiva de la masa de nefronas funcionales

Biblioteca de Consulta Microsoft ® Encarta ® 2005. © 1993-2004 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.

<sup>52</sup> enfermedad crónica conocida desde hace tiempo por la erupción cutánea que produce, y que, como se sabe en la actualidad, puede lesionar también otros órganos internos. En los pacientes con lupus, la sangre contiene anticuerpos dirigidos contra los tejidos del propio organismo. Las lesiones provocadas por estos anticuerpos son responsables de la característica erupción en alas de mariposa de la cara, de la artritis, de las lesiones cardíacas, y de las alteraciones en la función renal y pulmonar

Biblioteca de Consulta Microsoft ® Encarta ® 2005. © 1993-2004 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.



--	--

**XLVIII. PREDIAGNÓSTICO SOCIAL Y ACCIONES A REALIZAR**

PREDIAGNÓSTICO SOCIAL-ANÁLISIS	
PREDIAGNÓSTICO AL TEMA DE DUELO	
FACTORES DE RIESGO ACTUALES	
ACCIONES Y ACTIVIDADES A REALIZAR	

ANEXO 14  
Historia Social 13



**HISTORIA  
SOCIAL**

XLIX. DATOS GENERALES

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES		C.C.	
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO							
DIA	MES	AÑO	CIUDAD/DEPARTAMENTO			EDAD	
ESTADO CIVIL							
SOLTERO(A)		CASADO(A)		SEPARADO(A)		UNIÓN LIBRE	VIUDO(A)
						X	
ESCOLARIDAD							
PRIMARIA		SECUNDARIA		TÉCNICO		PROFESIONAL	
ASPECTO RELIGIOSO				SEGURIDAD SOCIAL			
Católico				Sisben 1			
LUGAR DE RESIDENCIA							
DIRECCIÓN			BARRIO		LOCALIDAD	ESTRATO	TELÉFONO
TIPO DE TRATAMIENTO							
HEMODIÁLISIS				LISTA DE TRANSPLANTE		FECHA DE INGRESO AL PROGRAMA	
				No		D	M
				14	10	05	
PERSONA RESPONSABLE							
NOMBRE			DIRECCIÓN		TELÉFONO FIJO		PARENTESCO

L. NÚCLEO FAMILIAR

NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	ESCOLARIDAD	ESTADO CIVIL	OCUPACION	RELACION O PARENTESCO	APORTE ECONÓMICO		OBSERVACIONES
						SI	NO	
	26	Bachiller	U libre	Lavandería	Esposo	X		
	5	Grado 0						

SITUACIONES DE CRISIS						
TIPO DE CONFLICTO	parentesco	Tiempo	Descripción			Comunicación
SEPARACIÓN	X	2	La paciente menciona que vivió con su compañero cerca de 3 años , relación de la cual nace su hijo. Al inicio la relación fue satisfactoria. El compañero ingresa a las fuerzas militares y continúan la relación, siembargo un año después ella presenta problemas de salud lo que origina según la paciente la separación con ella "cada vez que el venia yo estaba enferma, ya sea en la casa o hospitalizada, un día me dijo que el había conseguido otra persona y a partir de ese momento me quito el seguro y la relación finaliza totalmente". La comunicación que tienen es esporádica y hablan solo del niño. A la fecha convive con su actual pareja y el niño.			
ABANDONO SOCIAL						

PERDIDAS SOCIALES Y /O CULTURALES					
MALTRATO					
PERDIDA LABORAL	X				La paciente refiere "Antes de estar enferma yo estaba trabajando en Tras milenio, cando empecé a ausentarme por causa de mi enfermedad , el jefe me dijo que no podía seguir trabajando", "fue muy duro ya que era el medio de subsistencia para mi y mi hijo".
PERDIDA DE MIEMBROS ( Cuerpo)	Disminución del campo visual				En la actualidad este síntoma ha disminuido , pero en ocasiones se incrementa.
MUERTE DE UN FAMILIAR CERCANO					
OTROS:					

### LI. ACTIVIDADES QUE REALIZA EL PACIENTE

NIVEL	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
SOCIAL	Estar con su hijo	La paciente refiere que lo que más le agrada es estar con su hijo y atender todas sus necesidades, su prioridad es el.
PASATIEMPOS		NO
DEPORTIVAS		En ocasiones va a la ciclo vía, pero esta actividad la agota bastante, procura hacerlo por espacios cortos de tiempo 15 minutos o menos.
OTRAS		

### LII. ASPECTO LABORAL ACTUAL DEL PACIENTE

DEPEN DIENT E	INDEPE NDIENT E	ESPORÁDI CO	ACTIVIDAD	PERMA NENTE	X HOR AS	X DÍAS	HORARIO	
							DIUR NO	NOCTU RNO

### LIII. DINÁMICA FAMILIAR

MIEMBRO	RELACIONES				COMUNICACIÓN			APOYO	
	APOYO ECONÓMICO	APECTO	DIALOGO	OTRA	RUTINARIA	CONFLICTIVA	ENRIQUECIDA	SI	NO
1. ESPOSA(O)	X	X	X				X <sup>53</sup>		
2. HIJOS (A)		X							
3. PADRES		X <sup>54</sup>							
4. HERMANOS		X <sup>55</sup>	X				X		
5. TÍOS									
6. PRIMOS									
7. SOBRINOS									
8. OTROS									

<sup>53</sup> La paciente prefiere no hablar de su enfermedad con su actual compañero, Aunque refiere que él esta muy pendiente de su salud.

<sup>54</sup> Los padres estad separados, pero permanecen en contacto, especialmente con su madre.

<sup>55</sup> Existe un vínculo fuerte con la hermana, sinembargo este se ha disminuido desde que ella esta viviendo con su actual pareja.

#### LIV. ASPECTOS SOCIALES

REDES DE APOYO													
FAMILIAR PRIMARIO				FAMILIAR SECUNDARIO			OTROS			CARACTERÍSTICA DE APOYO			
PADRES	HERMANOS	HIJOS	ESPOS@	SUEGRA	TÍOS	PRIMOS	AMIGOS	VECINOS	CONOCIDOS	ECONÓMICO	EMOSIONAL	RELIGIOSO	COMUNITARIO
X	*			O <sup>56</sup>						O	X * O		

#### LV. FACTORES DE RIESGO SOCIAL

ABANDONO	VIVE SOLO	RELACIONES FAMILIARES DISFUNCIONALES	NÚCLEO FAMILIAR CON CONFLICTO (SALUD MENTAL)	ADULTOS MAYORES O PERSONAS DISCAPACITADAS	SITUACIÓN ECONÓMICA DEFICIENTE	SOLO UN CUIDADOR (EDAD)	NIÑOS	GRUPO FAMILIAR CONFLICTIVO (VIOLENCIA, RECHAZO FAMILIAR)

O

#### LVI. VIVIENDA

TIPO					
CASA	APARTAMENTO	PIEZA (# PERSONAS)	CASALOTE	OCUPACIÓN	SIN PAGO (HOGAR FAMILIAR)
X					
TENENCIA					
ARRENDADO	PROPIO	POSESIÓN	PAGÁNDOLA	CUIDADOR	TIEMPO
	X (familiar), segundo piso				

#### LVII. ASPECTO ECONÓMICO

TIPO	VALOR	No. APORTANTES	APORTANTES AL NÚCLEO FAMILIAR/ PROCEDENCIA INGRESO								
			PACIENTE	HERMANOS	PADRE	MADRE	ESPOS@	HIJOS	SOBRINOS	OTROS	
		2	X		X pensionado						
GASTOS MENSUALES EN ALIMENTACIÓN	400.000										
GASTOS EN SERVICIOS PÚBLICOS	100.000										
GASTOS EN VIVIENDA	20000										
GASTOS EN SALUD											
GASTOS EN EDUCACIÓN											
GASTOS EN TRANSPORTE											
GASTOS EN VESTUARIO											
GASTOS EN RECREACIÓN	40000										
OTROS											
TOTAL EGRESO	560.000										
INGRESO - EGRESOS											
OBSERVACIONES	La familia cuenta con una situación económica estable.										

#### LVIII. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN MÉDICA DEL USUARIO (HISTORIA CLÍNICA)

ANTECEDENTES DE LA PATOLOGÍA			
RENALES	CARDIACOS Y VASCULARES		OTROS
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA		HIPERTENSIÓN <sup>57</sup> LUPUS <sup>58</sup> EXACERVADO	

<sup>56</sup> La paciente refiere que el apoyo por parte de la suegra ha sido de gran ayuda económica y afectiva, llevan una relación de amistad de varios años.



LIMITACIONES FÍSICAS			
CARACTERÍSTICA		GRADO DE AUTONOMÍA	
AMPUTACIÓN DE MIEMBRO			
REDUCCIONAL		TOTAL	
ACV			
Otros:			
ANTECEDENTES			
PSIQUIÁTRICOS			
DEPRESIVOS	Aspectos depresivos representados en la mirada perdida y silencios continuados y en ocasiones llanto copioso. Por esta situación se interrumpió las sesiones varias veces y se procuro que ella estuviera cómoda, cuando se le pregunto si deseaba continuar, menciono que si pero con dudas.		
INTENTOS DE SUICIDIO			
Ansiedad :	En las sesiones la paciente se mostró receptiva, pero evasiva con los temas de su enfermedad, representados por el gran numero de movimientos no coordinados y llanto ocasional que intento en todo momento ocultar.		
OTROS:			

#### LIX. PROBLEMA QUE REQUIEREN INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA

PSICOLÓGICAS	X
SOCIAL	
FAMILIAR	
LABORAL	X
OTRAS	

#### LX. PREDIAGNÓSTICO SOCIAL Y ACCIONES A REALIZAR

PREDIAGNÓSTICO SOCIAL-ANÁLISIS
<p>La paciente en el momento esta en su domicilio y se hace los controles recomendados. Por el sondeo que se hace con ella se puede notar que no acepta su enfermedad y muy por el contrario la evita, surge gran preocupación al observarla optimista frente al no estar en la unidad, ella menciona que “no quiere ingresar nuevamente a este tratamiento”, sin embargo por su patología original esta es una realidad, al preguntarle que pasaría si tienen que ingresar nuevamente a la terapia se muestra muy deprimida, ansiosa y retraída que prefiere no pensar en eso “yo sé que no voy a volver”, esto le significa dejar de atender a su hijo, ella lo toma como si lo estuviera abandonando.</p> <p>Es importante revisar los sentimientos de su relación pasada, ya que se pudo notar cierto grado de frustración, rabia y culpa, al igual que el tipo de vinculo emocional que existe frente a su actual pareja, ya que se encontraron elementos de dependencia y agradecimiento. Es de anotar que pasaron solamente 6 meses de tiempo entre la primera unión y la relación actual.</p>
PREDIAGNÓSTICO AL TEMA DE DUELO

Surge entonces la pregunta ¿hasta donde intervenir En situaciones de duelo?, en la revisión bibliográfica que se hizo se encuentra una ambivalencia frente a este hecho... se habla de la importancia de que el paciente debe asumir y aceptar su situación hecho que le va a permitir afrontar y mover sus propios mecanismo de supervivencia para su vida futura y para los miembros de su familia, al igual que eset hecho permite que conozca una situación antes de que se suceda, disminuyendo su impacto negativo y por otro lado esta la concepción de respetar todo tipo de esperanza que el paciente tenga frente a su situación de vida

#### FACTORES DE RIESGO ACTUALES

¿Dependencia emocional?  
Proyecto de vida

#### ACCIONES Y ACTIVIDADES A REALIZAR

Procurar un nuevo encuentro que permita un dialogo más amplio sobre su perspectiva frente a su patología y desarrollo al igual que de su proyecto de vida.

ANEXO 15  
Historia Social 14



**HISTORIA SOCIAL**

LXI. DATOS GENERALES

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES		C.C.	
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO							
DIA	MES	AÑO	CIUDAD/DEPARTAMENTO			EDAD	
SOLTERO(A)		CASADO(A)		SEPARADO(A)		UNIÓN LIBRE	VIUDO(A)
ESCOLARIDAD							
PRIMARIA		SECUNDARIA		TÉCNICO		PROFESIONAL	
ASPECTO RELIGIOSO				SEGURIDAD SOCIAL			
Católico				Sisben III			
LUGAR DE RESIDENCIA							
DIRECCIÓN			BARRIO		LOCALIDAD	ESTRATO	TELÉFONO
TIPO DE TRATAMIENTO							
HEMODIÁLISIS			LISTA DE TRANSPLANTE			FECHA DE INGRESO AL PROGRAMA	
			No			D	M
09			03		06		
PERSONA RESPONSABLE							
NOMBRE		DIRECCIÓN			TELÉFONO FIJO		PARENTESCO

LXII. NÚCLEO FAMILIAR

NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	ESCOLARIDAD	ESTADO CIVIL	OCUPACIÓN	RELACIÓN O PARENTESCO	APORTE ECONÓMICO		OBSERVACIONES
						SI	NO	
	57	Primaria	Casado	Ocasional	Esposo	X		Ocasional
	38	Mercadotecnia	soltero	Ventas	Hija	X		

SITUACIONES DE CRISIS				
TIPO DE CONFLICTO	parentesco	Tiempo	Descripción	Comunicación
SEPARACIÓN	X		La paciente describe que tiene un nieto de 11 años al que cuida desde muy pequeño, por su enfermedad y la pérdida de visión su hija decidió llevarlo al ver la imposibilidad de que su madre siguiera con su cuidado. Este hecho es una de las situaciones que más la deprime, describe que ella es una carga y que le quitaron su orgullo "su hijo, lo que más quería", al mencionarle que ella puede continuar en contacto con él, ella menciona que "es cierto pero que su nito le hace falta verlo y cuidarlo y que además su madre lo agrede físicamente, que entre ellos no hay el amor que existía entre los dos y que no soporta escuchar sus quejas y no poder ayudarlo..	
ABANDONO SOCIAL				

PERDIDAS SOCIALES Y /O CULTURALES					
MALTRATO					
PERDIDA LABORAL					
PERDIDA DE MIEMBROS ( Cuerpo)				Perdida total de la visión, lo que le ha generado según ella "un dolor muy grande, no solo ya no puedo hacer casi nada, soy una carga sino por no poder ver me quitaron a mi nieto.	
MUERTE DE UN FAMILIAR CERCANO					
OTROS:					

### LXIII. ACTIVIDADES QUE REALIZA EL PACIENTE

NIVEL	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
SOCIAL		
PASATIEMPOS		
DEPORTIVAS		
OTRAS	Oficios domésticos	Capacidad que se ha disminuido por la pérdida de visión.

### LXIV. ASPECTO LABORAL ACTUAL DEL PACIENTE

DEPENDIENTE	INDEPENDIENTE	ESPORÁDICO	ACTIVIDAD	PERMANENTE	X HORAS	X DÍAS	HORARIO	
							DIURNO	NOCTURNO

### LXV. DINÁMICA FAMILIAR

MIEMBRO	RELACIONES				COMUNICACIÓN			APOYO	
	APOYO ECONÓMICO	APECTO	DIALOGO	OTRA	RUTINARIA	CONFLICTIVA	ENRIQUECIDA	SI	NO
1. ESPOSA(O)		X	X		X			X	
2. HIJOS (A)	X	X	X						
3. PADRES									
4. HERMANOS									
5. TÍOS									
6. PRIMOS									
7. SOBRINOS									
8. OTROS									

### LXVI. ASPECTOS SOCIALES

REDES DE APOYO													
FAMILIAR PRIMARIO				FAMILIAR SECUNDARIO			OTROS			CARACTERÍSTICA DE APOYO			
PADRES	HERMANOS	HIJOS	ESPOS@	SUEGRA	TÍOS	PRIMOS	AMIGOS	VECINOS	CONOCIDOS	ECONÓMICO	EMOSIONAL	RELIGIOSO	COMUNITARIO
		0	X							0	X		

### LXVII. FACTORES DE RIESGO SOCIAL

ABANDONO	VIVE	RELACIONES	NÚCLEO	ADULTOS	SITUACIÓN	SOLO UN	NIÑOS	GRUPO
----------	------	------------	--------	---------	-----------	---------	-------	-------

	SOLO	FAMILIARES DISFUNCIONALES	FAMILIAR CON CONFLICTO (SALUD MENTAL)	MAYORES O PERSONAS DISCAPACITADAS	ECONÓMICA DEFICIENTE	CUIDADOR (EDAD)		FAMILIAR CONFLICTIVO (VIOLENCIA, RECHAZO FAMILIAR)

### LXVIII. VIVIENDA

CASA		APARTAMENTO	PIEZA (# PERSONAS)	TIPO CASALOTE	OCUPACIÓN	SIN PAGO (HOGAR FAMILIAR)
X						
TENENCIA						
ARRENDADO		PROPIO	POSESIÓN	PAGÁNDOLA	CUIDADOR	TIEMPO
		X				

### LXIX. ASPECTO ECONÓMICO

TIPO	VALOR	No. APORTANTES	APORTANTES AL NÚCLEO FAMILIAR/ PROCEDENCIA INGRESO							
			PACIENTE	HERMANOS	PADRE	MADRE	ESPOS@	HUJOS	SOBRINOS	OTROS
GASTOS MENSUALES EN ALIMENTACIÓN										
GASTOS EN SERVICIOS PÚBLICOS										
GASTOS EN VIVIENDA										
GASTOS EN SALUD										
GASTOS EN EDUCACIÓN										
GASTOS EN TRANSPORTE										
GASTOS EN VESTUARIO										
GASTOS EN RECREACIÓN										
OTROS										
TOTAL EGRESO										
INGRESO – EGRESOS										
OBSERVACIONES	El paciente refiere que la hija y su esposo son los que manejan este aspecto.									

### LXX. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN MÉDICA DEL USUARIO (HISTORIA CLÍNICA)

ANTECEDENTES DE LA PATOLOGÍA			
RENALES	CARDIACOS Y VASCULARES		OTROS
NEFROPATIA DIABÉTICA			RETINO PATIA DIABÉTICA, DESPRENDIMIENTO DE RETINA
	HIPERTENSIÓN ARTERIAL		
	ENFERMEDAD CORONARIA		
	DIABETES MELLITUS NO CONTROLADA		
	OTRA		
EXPECTATIVAS DE VIDA DEL PACIENTE (MÉDICO):	OBSERVACIONES-DIAGNÓSTICO: La historia refiere un preinfarto que la llevo al coma.		

ADAPTACIÓN AL TRATAMIENTO							
BARRERAS AL PLAN DE TRATAMIENTO					CUMPLE CON LAS RECOMENDACIONES MÉDICAS		OBSERVACIONES
ECONÓMICO	SOCIAL	RELIGIOSO	SALUD MENTAL	OTROS	SI	NO	¿POR QUÉ?
X					X		
OTROS ASPECTOS A TENER EN CUENTA (RECOMENDACIONES)							

--

LIMITACIONES FÍSICAS	
CARACTERÍSTICA	GRADO DE AUTONOMÍA
AMPUTACIÓN DE MIEMBRO REDUCCIONAL	parcial
ACV	
Otros: Pérdida total de la visión	
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS	
DEPRESIVOS	Aspectos depresivos causados por la reciente pérdida de visión y la separación con su nieto.
INTENTOS DE SUICIDIO	
Ansiedad :	
OTROS:	

### LXXI. PROBLEMA QUE REQUIEREN INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA

PSICOLÓGICAS	X
SOCIAL	X
FAMILIAR	
LABORAL	
OTRAS	

### LXXII. PREDIAGNÓSTICO SOCIAL Y ACCIONES A REALIZAR

PREDIAGNÓSTICO SOCIAL-ANÁLISIS
<p>La historia social refiere que la paciente fue abusada sexualmente a la edad de los 14 años, de este hecho nació una hija, un año después conoció a su esposo quien la apoyo y continúan con una buena relación.</p> <p>Según las sesiones que se han tenido se puede describir que tiene buenas relaciones con su núcleo familiar, pero existe un fuerte conflicto con su persona en sí, por no poder ser “útil”, “ahora soy una carga, ya no vale la pena vivir, lo peor es que toca seguir hasta que Dios lo diga”.</p> <p>En las sesiones se ha mostrado receptiva y sensible a su situación con un alto grado de resignación (aceptación) y de sentimientos de culpa. ¿Podría estar asociado al hecho sufrido en la adolescencia?. Se resalta el hecho de ser una persona muy amorosa y noble y pese a su situación sonríe y se muestra tranquila en ciertos momentos.</p>
<p><b>PREDIAGNÓSTICO AL TEMA DE DUELO</b></p> <p>Acepta el hecho de haber perdido la visión, pero le resulta difícil y le causa gran depresión las consecuencias de esta situación, el sentirse dependiente y ser un problema para su familia describe la paciente.</p>

<b>FACTORES DE RIESGO ACTUALES</b>
La separación con su nieto Perdida de la visión y pérdida de rol.
<b>ACCIONES Y ACTIVIDADES A REALIZAR</b>
Propiciar un nuevo encuentro en el que se promueva un espacio para la verbalización de sentimientos y orientar frente a su autoestima e importancia en su núcleo familiar

ANEXO 16  
Historia Social 9



**HISTORIA  
SOCIAL**

LXXIII. DATOS GENERALES

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES			C.C.	
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO								
DIA	MES	AÑO	CIUDAD/DEPARTAMENTO			EDAD		
ESTADO CIVIL								
SOLTERO(A)		CASADO(A)		SEPARADO(A)		UNIÓN LIBRE		VIUDO(A)
ESCOLARIDAD								
PRIMARIA			SECUNDARIA			TÉCNICO		PROFESIONAL
ASPECTO RELIGIOSO					SEGURIDAD SOCIAL			
Católico					Sisben 1			
LUGAR DE RESIDENCIA								
DIRECCIÓN			BARRIO		LOCALIDAD	ESTRATO	TELÉFONO	
TIPO DE TRATAMIENTO								
HEMODIÁLISIS			LISTA DE TRANSPLANTE			FECHA DE INGRESO AL PROGRAMA		
			No			D	M	A
			06	02	06			
PERSONA RESPONSABLE								
NOMBRE			DIRECCIÓN			TELÉFONO FIJO		PARENTESCO

LXXIV. NÚCLEO FAMILIAR

NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	ESCOLARIDAD	ESTADO CIVIL	OCUPACIÓN	RELACION O PARENTESCO	APORTE ECONÓMICO		OBSERVACIONES
						SI	NO	
	51	primaria	casado	Hogar	Esposa			
	96		Casado	Hogar	madre			
	33	Primaria	U libre	Salsamentaría	Hijo	X		
	32	primaria	U. libre	Comidas rápidas	Hijo	X		

SITUACIONES DE CRISIS					
TIPO DE CONFLICTO	parentesco	Tiempo	Descripción		Comunicación
SEPARACIÓN					
ABANDONO SOCIAL					
PERDIDAS SOCIALES Y /O CULTURALES	X		.El paciente refiere que por su enfermedad se vio obligado a desplazarse a la ciudad. "tuve que dejar todo, por la salud y cada vez estoy peor", describe el paciente		
MALTRATO					
PERDIDA LABORAL	X		Este tipo de perdida es muy representativa para el paciente ya que por su origen cultura e idiosincrasia campesina, le causa gran tristeza dejar su tierra y su trabajo en la misma. En la ciudad menciona "me la paso más en el hospital que		

				en la casa. En la actualidad el paciente esta hospitalizado. Aunque no ha perdido ninguna parte del cuerpo su movilidad se ha disminuido.	
PERDIDA DE MIEMBROS (Cuerpo)					
MUERTE DE UN FAMILIAR CERCANO					
OTROS:					

### LXXV. ACTIVIDADES QUE REALIZA EL PACIENTE

NIVEL	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
SOCIAL	Dormir	
PASATIEMPOS	Ver TV, escuchar música	
DEPORTIVAS		
OTRAS		

### LXXVI. ASPECTO LABORAL ACTUAL DEL PACIENTE

DEPENDIENTE	INDEPENDIENTE	ESPORÁDICO	ACTIVIDAD	PERMANENTE	X HORAS	X DÍAS	HORARIO	
							DIURNO	NOCTURNO

### LXXVII. DINÁMICA FAMILIAR

MIEMBRO	RELACIONES				COMUNICACIÓN			APOYO	
	APOYO ECONÓMICO	APECTO	DIALOGO	OTRA	RUTINARIA	CONFLICTIVA	ENRIQUECIDA	SI	NO
1. ESPOSA(O)		X	X				X	X	
2. HIJOS (A)	X	X	X				X	X	
3. PADRES		X	X				X	X	
4. HERMANOS								X	
5. TÍOS								X	
6. PRIMOS								X	
7. SOBRINOS								X	
8. OTROS								X	

### LXXVIII. ASPECTOS SOCIALES

REDES DE APOYO													
FAMILIAR PRIMARIO				FAMILIAR SECUNDARIO			OTROS			CARACTERÍSTICA DE APOYO			
PADRES	HERMANOS	HIJOS	ESPOS@	SUEGRA	TÍOS	PRIMOS	AMIGOS	VECINOS	CONOCIDOS	ECONÓMICO	EMOSIONAL	RELIGIOSO	COMUNITARIO
X	*	/			O	O				/	X * O /		

### LXXIX. FACTORES DE RIESGO SOCIAL

ABANDONO	VIVE SOLO	RELACIONES FAMILIARES DISFUNCIONALES	NÚCLEO FAMILIAR CON CONFLICTO (SALUD)	ADULTOS MAYORES O PERSONAS DISCAPACITADAS	SITUACIÓN ECONÓMICA DEFICIENTE	SOLO UN CUIDADOR (EDAD)	NIÑOS	GRUPO FAMILIAR CONFLICTIVO (VIOLENCIA, RECHAZO)

			MENTAL)					FAMILIAR)

**LXXX. VIVIENDA**

TIPO					
CASA	APARTAMENTO	PIEZA (# PERSONAS)	CASALOTE	OCUPACIÓN	SIN PAGO (HOGAR FAMILIAR)
X					
TENENCIA					
ARRENDADO	PROPIO	POSESIÓN	PAGÁNDOLA	CUIDADOR	TIEMPO
X					

**LXXXI. ASPECTO ECONÓMICO**

TIPO	VALOR	No. APORTANTES	APORTANTES AL NÚCLEO FAMILIAR/ PROCEDENCIA INGRESO							
			PACIENTE	HERMANOS	PADRE	MADRE	ESPOS@	HIJOS	SOBRINOS	OTROS
GASTOS MENSUALES EN ALIMENTACIÓN										
GASTOS EN SERVICIOS PÚBLICOS										
GASTOS EN VIVIENDA										
GASTOS EN SALUD										
GASTOS EN EDUCACIÓN										
GASTOS EN TRANSPORTE										
GASTOS EN VESTUARIO										
GASTOS EN RECREACIÓN										
OTROS										
TOTAL EGRESO										
INGRESO - EGRESOS										
OBSERVACIONES	El paciente refiere que el hijo es el que maneja este aspecto , que él lo hacía en su hogar y cuando podía hacerlo									

**LXXXII. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN MÉDICA DEL USUARIO (HISTORIA CLÍNICA)**

ANTECEDENTES DE LA PATOLOGÍA			
RENALES	CARDIACOS Y VASCULARES		OTROS
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA			
	OTRA		
EXPECTATIVAS DE VIDA DEL PACIENTE (MEDICO):		OBSERVACIONES-DIAGNOSTICO:	
Este dato esta por ser complementado.			

ADAPTACIÓN AL TRATAMIENTO								
BARRERAS AL PLAN DE TRATAMIENTO					CUMPLE CON LAS RECOMENDACIONES MEDICAS			OBSERVACIONES
ECONÓMICO	SOCIAL	RELIGIOSO	SALUD MENTAL	OTROS	SI	NO	¿POR QUÉ?	
OTROS ASPECTOS A TENER EN CUENTA (RECOMENDACIONES)								

--

LIMITACIONES FÍSICAS			
CARACTERÍSTICA		GRADO DE AUTONOMÍA	
AMPUTACIÓN DE MIEMBRO			
REDUCCIONAL		TOTAL	
ACV			
Otros:			
ANTECEDENTES			
PSIQUIÁTRICOS			
DEPRESIVOS	Aspectos depresivos causados según el paciente por estar hospitalizado.		
INTENTOS DE SUICIDIO			
Ansiedad :			
OTROS:			

**LXXXIII. PROBLEMA QUE REQUIEREN INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA**

PSICOLÓGICAS	X
SOCIAL	X
FAMILIAR	
LABORAL	
OTRAS	

**LXXXIV. PREDIAGNÓSTICO SOCIAL Y ACCIONES A REALIZAR**

PREDIAGNÓSTICO SOCIAL-ANÁLISIS
<p>En la actualidad el paciente esta hospitalizado, hecho que le ha generado gran intranquilidad y sentimientos de ira, ya que a pesar del buen servicio prestado él no ve mejoría y cada vez se siente más cansado describe el paciente.</p> <p>En las 3 sesiones que se han tenido el paciente refiere fuertes sentimientos de ira y añoranza por poder volver a su casa. Ha sido difícil el poder hablar de su situación con respecto a su enfermedad ya que tiende a evadir el tema y contestar con monosílabas, da la impresión de no querer hablar pero al preguntarle si no desea continuar con el proceso menciona que no porque es un espacio en el que el puede dialogar.</p>
<p><b>PREDIAGNÓSTICO AL TEMA DE DUELO</b></p> <p>No tiene claro su patología y tiene la esperanza que pronto va a mejorar (negación y negociación)</p>

<b>FACTORES DE RIESGO ACTUALES</b>
No claridad de su patología No aceptación
<b>ACCIONES Y ACTIVIDADES A REALIZAR</b>
Procurar un nuevo encuentro que permita un dialogo más amplio sobre su perspectiva frente a su patología y su sentir frente a esta situación

ANEXO 17  
Historia Social 10



**HISTORIA  
SOCIAL**

LXXXV. DATOS GENERALES

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES			C.C.	
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO								
DIA	MES	AÑO	CIUDAD/DEPARTAMENTO			EDAD		
ESTADO CIVIL								
SOLTERO(A)		CASADO(A)		SEPARADO(A)		UNIÓN LIBRE		VIUDO(A)
ESCOLARIDAD								
PRIMARIA			SECUNDARIA			TÉCNICO		PROFESIONAL
ASPECTO RELIGIOSO					SEGURIDAD SOCIAL			
LUGAR DE RESIDENCIA								
DIRECCIÓN			BARRIO		LOCALIDAD	ESTRATO	TELÉFONO	
TIPO DE TRATAMIENTO								
HEMODIÁLISIS			LISTA DE TRANSPLANTE			FECHA DE INGRESO AL PROGRAMA		
			No			D	M	A
01			09		05			
PERSONA RESPONSABLE								
NOMBRE			DIRECCIÓN			TELÉFONO FIJO		PARENTESCO

LXXXVI. NÚCLEO FAMILIAR

NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	ESCOLARIDAD	ESTADO CIVIL	OCUPACION	RELACION O PARENTESCO	APORTE ECONÓMICO		OBSERVACIONES
						SI	NO	
	57	Técnico	Casado	Comerciante	Esposo	X		Esporádico e indiferente
	28	Tec.Preescolar	Madre soltera	Comerciante (venta de libros)	Hija	X		La paciente referencia que ella es la que mas lebrinda apoyo económico y sentimental
	17	Bachillerato	soltera	Estudiante	Hija		X	
	4			Colegio	Nieta			

SITUACIONES DE CRISIS				
TIPO DE CONFLICTO	parentesco	Tiempo	Descripción	Comunicación
SEPARACIÓN				
ABANDONO SOCIAL				
PERDIDAS SOCIALES Y /O CULTURALES				
MALTRATO				

PERDIDA LABORAL	X disminución			El paciente menciona que anteriormente podía laborar y aportar a su núcleo familiar, ahora lo hace esporádicamente.	
PERDIDA DE MIEMBROS (Cuerpo)	Disminución del campo visual				
MUERTE DE UN FAMILIAR CERCANO					
OTROS:					

### LXXXVII. ACTIVIDADES QUE REALIZA EL PACIENTE

NIVEL	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
SOCIAL		
PASATIEMPOS	Leer	Le gustaba leer actividad que ya no puede realizar
DEPORTIVAS		
OTRAS		

### LXXXVIII. ASPECTO LABORAL ACTUAL DEL PACIENTE

DEPENDIENTE	INDEPENDIENTE	ESPORÁDICO	ACTIVIDAD	PERMANENTE	X HORAS	X DÍAS	HORARIO	
							DIURNO	NOCTURNO
		X	Venta de libros (caseta le ayuda a la hija)		X 8 horas		X	

La paciente labora los días que no esta en diálisis ocasionalmente.

### LXXXIX. DINÁMICA FAMILIAR

MIEMBRO	RELACIONES				COMUNICACIÓN			APOYO	
	APOYO ECONÓMICO	APECTO	DIALOGO	OTRA	RUTINARIA	CONFLICTIVA	ENRIQUECIDA	SI	NO
1. ESPOSA(O)	Ocasional	No	No						
2. HIJOS (A)	X	X			X				
3. PADRES									
4. HERMANOS									
5. TÍOS									
6. PRIMOS									
7. SOBRINOS									
8. OTROS									

OBSERVACIONES: La paciente menciona que las relaciones con su esposo son muy regulares y que no se siente apoyada por él en ningún sentido, manifiesta que el mayor apoyo proviene de su hija, sin embargo los aspectos comunicativos son rutinarios. No le gusta hablar sobre su enfermedad con su familia. Sus hermanos viven en Santa Martha mantienen contacto telefónico esporádico.

### XC. ASPECTOS SOCIALES

REDES DE APOYO													
FAMILIAR PRIMARIO				FAMILIAR SECUNDARIO			OTROS			CARACTERÍSTICA DE APOYO			
PADRES	HERMANOS	HIJOS	ESPOS@	SOBRINOS	TÍOS	PRIMOS	AMIGOS	VECINOS	CONOCIDOS	ECONÓMICO	EMOSIONA	RELIGIOSO	COMUNITA

		X								X	L		RIO
											X		

### XCII. FACTORES DE RIESGO SOCIAL

ABANDONO	VIVE SOLO	RELACIONES FAMILIARES DISFUNCIONALES	NÚCLEO FAMILIAR CON CONFLICTO (SALUD MENTAL)	ADULTOS MAYORES O PERSONAS DISCAPACITADAS	SITUACIÓN ECONÓMICA DEFICIENTE	SOLO UN CUIDADOR (EDAD)	NIÑOS	GRUPO FAMILIAR CONFLICTIVO (VIOLENCIA, RECHAZO FAMILIAR)
		X			X			

La paciente menciona que la relación con su esposo es deficiente y existe indiferencia hacia su situación, pero habitan en la misma casa. La situación económica es regular ya que sus ingresos dependen de las ventas diarias y en ocasiones no tienen, al igual que este tipo de negocio tiene temporadas nulas para las ventas, lo que genera un factor de riesgo ya que el grupo familiar es numeroso (4) y solo tiene un aportante económico con un ingreso diario ocasional de 10.000 a 12.000 pesos.

O

### XCIII. VIVIENDA

TIPO					
CASA	APARTAMENTO	PIEZA (# PERSONAS)	CASALOTE	OCUPACIÓN	SIN PAGO (HOGAR FAMILIAR)
X					
TENENCIA					
ARRENDADO	PROPIO	POSESIÓN	PAGÁNDOLA	CUIDADOR	TIEMPO
	X				

### XCIV. ASPECTO ECONÓMICO

TIPO	VALOR	No. APORTANTES	APORTANTES AL NÚCLEO FAMILIAR/ PROCEDENCIA INGRESO							
			PACIENTE	HERMANOS	PADRE	MADRE	ESPOS@	HIJOS	SOBRINOS	OTROS
GASTOS MENSUALES EN ALIMENTACIÓN		1					esporadico	X		
GASTOS EN SERVICIOS PÚBLICOS										
GASTOS EN VIVIENDA										
GASTOS EN SALUD										
GASTOS EN EDUCACIÓN										
GASTOS EN TRANSPORTE										
GASTOS EN VESTUARIO										
GASTOS EN RECREACIÓN										
OTROS										
TOTAL EGRESO										
INGRESO - EGRESOS										
OBSERVACIONES	La Paciente refiere que no sabe cuales son los valores de gastos ya que se van supliendo a diario y están determinados por el ingreso diario. Esta distribución la hace la hija									

### XCIV. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN MÉDICA DEL USUARIO (HISTORIA CLÍNICA)

ANTECEDENTES DE LA PATOLOGÍA			
RENALES	CARDIACOS Y VASCULARES	OTROS	
INSUFICIENCIA RENAL TERMINAL	HIPERTENSIÓN ARTERIAL NO CONTROLADA <sup>59</sup>	RETINOPATÍA <sup>60</sup> DIABÉTICA DIABETES TIPO 2 NO CONTROLADA DISLIPIDEMIA MIXTA GASTRITIS CRÓNICA <sup>61</sup>	

<sup>59</sup> Aumento en la presión sobre las paredes de las arterias debido a múltiples causas, siendo la más frecuente la disminución en la luz de las arterias debido al aumento considerable de la grasa al interior de estas vías.

<sup>60</sup> una enfermedad degenerativa que causa buena parte de las ceguerras adquiridas



LIMITACIONES FÍSICAS			
CARACTERÍSTICA		GRADO DE AUTONOMÍA	
AMPUTACIÓN DE MIEMBRO			
REDUCCIONAL		TOTAL	
ACV			
OTROS: pérdida de la capacidad visual.			
ANTECEDENTES			
PSIQUIÁTRICOS			
DEPRESIVOS:	Aspectos depresivos		
INTENTOS DE SUICIDIO			
ESTRÉS :	Aspectos estresores		
OTROS:			

#### XCV. PROBLEMA QUE REQUIEREN INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA

PSICOLÓGICAS	X
SOCIAL	X
FAMILIAR	X
LABORAL	X
OTRAS	
	La paciente solicita ayuda económica ya que no ha podido realizar los coopagos.

#### XCVI. PREDIAGNÓSTICO SOCIAL Y ACCIONES A REALIZAR

PREDIAGNÓSTICO SOCIAL-ANÁLISIS	
<p>PREDIAGNÓSTICO AL TEMA DE DUELO</p>	
<p>FACTORES DE RIESGO ACTUALES</p>	
<p>Situación económica deficiente</p>	

Relaciones familiares inestables

**ACCIONES Y ACTIVIDADES A REALIZAR**

Hacer contacto con las redes sociales, acciones que ya se han adelantado.

ANEXO 18  
Historia Social 4



**HISTORIA  
SOCIAL**

XCVII. DATOS GENERALES

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES		C.C.	
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO							
DIA	MES	AÑO	CIUDAD/DEPARTAMENTO/ PAÍS			EDAD	
ESTADO CIVIL							
SOLTERO(A)		CASADO(A)		SEPARADO(A)		UNIÓN LIBRE	VIUDO(A)
ESCOLARIDAD							
PRIMARIA		SECUNDARIA		TÉCNICO		PROFESIONAL	
X							
ASPECTO RELIGIOSO				SEGURIDAD SOCIAL			
Católico				Sisben 1			
LUGAR DE RESIDENCIA							
DIRECCIÓN			BARRIO		LOCALIDAD	ESTRATO	TELÉFONO
TIPO DE TRATAMIENTO							
HEMODIÁLISIS			LISTA DE TRANSPLANTE			FECHA DE INGRESO AL PROGRAMA	
			No			D	M
			12	07	05		
PERSONA RESPONSABLE							
NOMBRE			DIRECCIÓN		TELÉFONO FIJO		PARENTESCO

XCVIII. NÚCLEO FAMILIAR

NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	ESCOLARIDAD	ESTADO CIVIL	OCUPACIÓN	RELACIÓN O PARENTESCO	APORTE ECONÓMICO		OBSERVACIONES
						SI	NO	
	34	Bachiller	casado	Músico	Hijo	X		
	30	Estudia		Estudia	Nuera		X	
	12	4 primaria		Estudio	Nieto			
	2				Nieta			

SITUACIONES DE CRISIS				
TIPO DE CONFLICTO	parentesco	Tiempo	Descripción	Comunicación
SEPARACIÓN				
ABANDONO SOCIAL				
PERDIDAS SOCIALES Y /O CULTURALES				
MALTRATO				
PERDIDA LABORAL	X		Su capacidad laboral se ha disminuido. Su estado físico le causa gran	

				incomodidad	
PERDIDA DE MIEMBROS (Cuerpo)					
MUERTE DE UN FAMILIAR CERCANO					
OTROS:					

### XCIX. ACTIVIDADES QUE REALIZA EL PACIENTE

NIVEL	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
SOCIAL	Esta en constante contacto con sus hijos (visitas)	
PASATIEMPOS	Tocar guitarra, cantar, leer, ver tv	La actividad de la música le causa gran placer y le permiten tener un vinculo fuerte con su hijo.
DEPORTIVAS		
OTRAS		

### C. ASPECTO LABORAL ACTUAL DEL PACIENTE

DEPENDIENTE	INDEPENDIENTE	ESPORÁDICO	ACTIVIDAD	PERMANENTE	X HORAS	X DÍAS	HORARIO	
							DIURNO	NOCTURNO

### CI. DINÁMICA FAMILIAR

MIEMBRO	RELACIONES				COMUNICACIÓN			APOYO	
	APOYO ECONÓMICO	AFECTO	DIALOGO	OTRA	RUTINARIA	CONFLICTIVA	ENRIQUECIDA	SI	NO
1. ESPOSA(O)	X	X	X				X	X	
2. HIJOS (A)	X	X	X				X	X	
3. PADRES									
4. HERMANOS	X								
5. TÍOS									
6. PRIMOS	X								
7. SOBRINOS	x								
8. OTROS									

OBSERVACIONES: posee una buena red familiar, aspecto que contribuye con su estado de salud.

### CII. ASPECTOS SOCIALES

REDES DE APOYO													
FAMILIAR PRIMARIO				FAMILIAR SECUNDARIO			OTROS			CARACTERÍSTICA DE APOYO			
PADRES	HERMANOS	HIJOS	ESPOS@	SOBRINOS	TÍOS	PRIMOS	AMIGOS	VECINOS	CONOCIDOS	ECONÓMICO	EMOSIONAL	RELIGIOSO	COMUNITARIO
	X	X	X	X		X				X	X		

### CIII. FACTORES DE RIESGO SOCIAL



OTROS ASPECTOS A TENER EN CUENTA (RECOMENDACIONES)

LIMITACIONES FÍSICAS	
CARACTERÍSTICA	GRADO DE AUTONOMÍA
AMPUTACIÓN DE MIEMBRO REDUCCIONAL	TOTAL
ACV	
OTROS: pérdida de la capacidad visual.	
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS	
DEPRESIVOS:	Aspectos depresivos
INTENTOS DE SUICIDIO	
ESTRÉS :	
OTROS:	

#### CVII. PROBLEMA QUE REQUIEREN INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA

PSICOLÓGICAS	X
SOCIAL	X
FAMILIAR	
LABORAL	
OTRAS	

#### CVIII. PREDIAGNÓSTICO SOCIAL Y ACCIONES A REALIZAR

PREDIAGNÓSTICO SOCIAL-ANÁLISIS
El paciente muestra buena aptitud frente a su situación, se muestra alegre y hace remembranza positiva de su historia, sin embargo evita hablar de su enfermedad.

**PREDIAGNÓSTICO AL TEMA DE DUELO**

La percepción que se tiene es que el paciente maneja un grado bueno de resiliencia, pero enmascara su situación de enfermedad evadiéndola, podría decirse que esta en una etapa de negociación y negación en la que existe un afianzamiento fuerte a su credo y tiene la esperanza de curación..

**FACTORES DE RIESGO ACTUALES**

**ACCIONES Y ACTIVIDADES A REALIZAR**

ANEXO 19  
Historia Social 1



**HISTORIA  
SOCIAL**

CIX. DATOS GENERALES

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES		C.C.	
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO							
DIA	MES	AÑO	CIUDAD/DEPARTAMENTO/ PAIS			EDAD	
ESTADO CIVIL							
SOLTERO(A)		CASADO(A)		SEPARADO(A)		UNIÓN LIBRE	VIUDO(A)
ESCOLARIDAD							
PRIMARIA		SECUNDARIA		TÉCNICO		PROFESIONAL	
ASPECTO RELIGIOSO				SEGURIDAD SOCIAL			
Católico							
LUGAR DE RESIDENCIA							
DIRECCIÓN			BARRIO		LOCALIDAD	ESTRATO	TELÉFONO
TIPO DE TRATAMIENTO							
HEMODIÁLISIS				LISTA DE TRANSPLANTE		FECHA DE INGRESO AL PROGRAMA	
				No		D	M
PERSONA RESPONSABLE							
NOMBRE			DIRECCIÓN		TELÉFONO FIJO		PARENTESCO

CX. NÚCLEO FAMILIAR

NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	ESCOLARIDAD	ESTADO CIVIL	OCUPACION	RELACION O PARENTESCO	APORTE ECONÓMICO		OBSERVACIONES
						SI	NO	
	27	Primaria	Casado	Hogar- Oficios varios	Esposa	X		
	19 meses				Hijo			

SITUACIONES DE CRISIS				
TIPO DE CONFLICTO	parentesco	Tiempo	Descripción	Comunicación
SEPARACIÓN				
ABANDONO SOCIAL				
PERDIDAS SOCIALES Y /O CULTURALES				
MALTRATO				

PERDIDA LABORAL	X			Antes de la enfermedad el paciente era profesor de ingles, ahora el menciona que no esta en condiciones para hablar ( fistula en el cuello).	
PERDIDA DE MIEMBROS ( Cuerpo)	Disminución del campo visual				
MUERTE DE UN FAMILIAR CERCANO					
OTROS:					

### CXI. ACTIVIDADES QUE REALIZA EL PACIENTE

NIVEL	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
SOCIAL	Ir a la iglesia	
PASATIEMPOS	Leer, enseñar	Antes de su enfermedad le gustaba bailar
DEPORTIVAS		Le gustaba jugar fútbol, ahora no lo practica porque se siente muy agotado.
OTRAS		

### CXII. ASPECTO LABORAL ACTUAL DEL PACIENTE

DEPENDIENTE	INDEPENDIENTE	ESPORÁDICO	ACTIVIDAD	PERMANENTE	X HORAS	X DÍAS	HORARIO	
							DIURNO	NOCTURNO

### CXIII. DINÁMICA FAMILIAR

MIEMBRO	RELACIONES				COMUNICACIÓN			APOYO	
	APOYO ECONÓMICO	APECTO	DIALOGO	OTRA	RUTINARIA	CONFLICTIVA	ENRIQUECIDA	SI	NO
1. ESPOSA(O)	X	X	X		X				
2. HIJOS (A)									
3. PADRES	Madre falleció, el padre esta vivo	X							
4. HERMANOS									
5. TÍOS									
6. PRIMOS									
7. SOBRINOS									
8. OTROS									

OBSERVACIONES: Mantiene contacto con su familia esporádicamente, vía telefónica

### CXIV. ASPECTOS SOCIALES

REDES DE APOYO													
FAMILIAR PRIMARIO				FAMILIAR SECUNDARIO			OTROS			CARACTERÍSTICA DE APOYO			
PADRES	HERMANOS	HIJOS	ESPOS@	SOBRINOS	TÍOS	PRIMOS	AMIGOS	VECINOS	CONOCIDOS	ECONÓMICO	EMOSIONAL	RELIGIOSO	COMUNITARIO
			X							X	X		





**CXIX. PROBLEMA QUE REQUIEREN INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA**

PSICOLÓGICAS	X
SOCIAL	X
FAMILIAR	
LABORAL	X
OTRAS	

**CXX. PREDIAGNÓSTICO SOCIAL Y ACCIONES A REALIZAR**

<b>PREDIAGNÓSTICO SOCIAL-ANÁLISIS</b>
<p>En las sesiones el paciente se muestra muy decaído y triste, menciona que debe seguir luchando y que su único motivo que le permite seguir viviendo es su hijo y su esposa, la pérdida de visión ha limitado al máximo su capacidad laboral, al igual que su capacidad física, lo que le molesta de gran manera ya que también era profesor de educación física, describe que su estado de salud es muy negativo y le produce gran agotamiento. Muestra gran preocupación por su estado económico ya que la única aportante es su esposa y el trabajo es limitado. El colabora cuidando su hijo.</p> <p>Las sesiones con el paciente han sido dificultosas por su dialecto, al igual que el dialogo no es muy dinámico, es limitado. La ubicación del catéter también ha dificultado los diálogos.</p>
<p><b>PREDIAGNÓSTICO AL TEMA DE DUELO</b></p> <p>Afrontamiento a su discapacidad física y visual.....</p>
<b>FACTORES DE RIESGO ACTUALES</b>
Limitada o escasa red familiar y social
<b>ACCIONES Y ACTIVIDADES A REALIZAR</b>

ANEXO 20  
Historia Social 2



**HISTORIA  
SOCIAL**

CXXI. DATOS GENERALES

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES		C.C.	
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO							
DIA	MES	AÑO	CIUDAD/DEPARTAMENTO			EDAD	
SOLTERO(A)		CASADO(A)		SEPARADO(A)		UNIÓN LIBRE	VIUDO(A)
ESCOLARIDAD							
PRIMARIA		SECUNDARIA		TÉCNICO		PROFESIONAL	
ASPECTO RELIGIOSO				SEGURIDAD SOCIAL			
LUGAR DE RESIDENCIA							
DIRECCIÓN			BARRIO		LOCALIDAD	ESTRATO	TELÉFONO
TIPO DE TRATAMIENTO							
HEMODIÁLISIS				LISTA DE TRANSPLANTE		FECHA DE INGRESO AL PROGRAMA	
				No		D	M
				09		03	06
PERSONA RESPONSABLE							
NOMBRE			DIRECCIÓN		TELÉFONO FIJO		PARENTESCO

CXXII. NÚCLEO FAMILIAR

NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	ESCOLARIDAD	ESTADO CIVIL	OCUPACIÓN	RELACIÓN O PARENTESCO	APORTE ECONÓMICO		OBSERVACIONES
						SI	NO	
	57	Primaria	Casado	Ocasional	Esposo	X		Ocasional
	38	Mercadotecnia	soltero	Ventas	Hija	X		

SITUACIONES DE CRISIS				
TIPO DE CONFLICTO	parentesco	Tiempo	Descripción	Comunicación
SEPARACIÓN	X		La paciente describe que tiene un nieto de 11 años al que cuida desde muy pequeño, por su enfermedad y la pérdida de visión su hija decidió llevarlo al ver la imposibilidad de que su madre siguiera con su cuidado. Este hecho es una de las situaciones que más la deprime, describe que ella es una carga y que le quitaron su orgullo "su hijo, lo que más quería", al mencionarle que ella puede continuar en contacto con él, ella menciona que "es cierto pero que su nito le hace falta verlo y cuidarlo y que además su madre lo agrede físicamente, que entre ellos no hay el amor que existía entre los dos y que no soporta escuchar sus quejas y no poder ayudarlo..	
ABANDONO SOCIAL				

PERDIDAS SOCIALES Y/O CULTURALES					
MALTRATO					
PERDIDA LABORAL					
PERDIDA DE MIEMBROS (Cuerpo)				Perdida total de la visión, lo que le ha generado según ella "un dolor muy grande, no solo ya no puedo hacer casi nada, soy una carga sino por no poder ver me quitaron a mi nieto.	
MUERTE DE UN FAMILIAR CERCANO					
OTROS:					

### CXXIII. ACTIVIDADES QUE REALIZA EL PACIENTE

NIVEL	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
SOCIAL		
PASATIEMPOS		
DEPORTIVAS		
OTRAS	Oficios domésticos	Capacidad que se ha disminuido por la pérdida de visión.

### CXXIV. ASPECTO LABORAL ACTUAL DEL PACIENTE

DEPENDIENTE	INDEPENDIENTE	ESPORÁDICO	ACTIVIDAD	PERMANENTE	X HORAS	X DÍAS	HORARIO	
							DIURNO	NOCTURNO

### CXXV. DINÁMICA FAMILIAR

MIEMBRO	RELACIONES				COMUNICACIÓN			APOYO	
	APOYO ECONÓMICO	AFFECTO	DIALOGO	OTRA	RUTINARIA	CONFLICTIVA	ENRIQUECIDA	SI	NO
1. ESPOSA(O)		X	X		X			X	
2. HIJOS (A)	X	X	X						
3. PADRES									
4. HERMANOS									
5. TÍOS									
6. PRIMOS									
7. SOBRINOS									
8. OTROS									

### CXXVI. ASPECTOS SOCIALES

REDES DE APOYO													
FAMILIAR PRIMARIO				FAMILIAR SECUNDARIO			OTROS			CARACTERÍSTICA DE APOYO			
PADRES	HERMANOS	HIJOS	ESPOS@	SUEGRA	TÍOS	PRIMOS	AMIGOS	VECINOS	CONOCIDOS	ECONÓMICO	EMOSIONAL	RELIGIOSO	COMUNITARIO
		0	X							0	X		

### CXXVII. FACTORES DE RIESGO SOCIAL

ABANDONO	VIVE SOLO	RELACIONES FAMILIARES DISFUNCIONALES	NÚCLEO FAMILIAR CON CONFLICTO (SALUD MENTAL)	ADULTOS MAYORES O PERSONAS DISCAPACITADAS	SITUACIÓN ECONÓMICA DEFICIENTE	SOLO UN CUIDADOR (EDAD)	NIÑOS	GRUPO FAMILIAR CONFLICTIVO (VIOLENCIA, RECHAZO FAMILIAR)

### CXXVIII. VIVIENDA

TIPO					
CASA	APARTAMENTO	PIEZA (# PERSONAS)	CASALOTE	OCUPACIÓN	SIN PAGO (HOGAR FAMILIAR)
X					
TENENCIA					
ARRENDADO	PROPIO	POSESIÓN	PAGÁNDOLA	CUIDADOR	TIEMPO
	X				

### CXXIX. ASPECTO ECONÓMICO

TIPO	VALOR	No. APORTANTES	APORTANTES AL NÚCLEO FAMILIAR/ PROCEDENCIA INGRESO							
			PACIENTE	HERMANOS	PADRE	MADRE	ESPOS@	HIJOS	SOBRINOS	OTROS
GASTOS MENSUALES EN ALIMENTACIÓN										
GASTOS EN SERVICIOS PÚBLICOS										
GASTOS EN VIVIENDA										
GASTOS EN SALUD										
GASTOS EN EDUCACIÓN										
GASTOS EN TRANSPORTE										
GASTOS EN VESTUARIO										
GASTOS EN RECREACIÓN										
OTROS										
TOTAL EGRESO										
INGRESO – EGRESOS										
OBSERVACIONES	El paciente refiere que la hija y su esposo son los que manejan este aspecto.									

### CXXX. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN MEDICA DEL USUARIO (HISTORIA CLÍNICA)

ANTECEDENTES DE LA PATOLOGÍA			
RENALES	CARDIACOS Y VASCULARES		OTROS
NEFROPATIA DIABÉTICA			RETINO PATIA DIABETICA, DESPRENDIMIENTO DE RETINA
	HIPERTENSIÓN ARTERIAL		
	ENFERMEDAD CORONARIA		
	DIABETES MELLITUS NO CONTROLADA		
	OTRA		
EXPECTATIVAS DE VIDA DEL PACIENTE (MEDICO):		OBSERVACIONES-DIAGNOSTICO: La historia refiere un preinfarto que la llevo al coma.	

ADAPTACIÓN AL TRATAMIENTO								
BARRERAS AL PLAN DE TRATAMIENTO					CUMPLE CON LAS RECOMENDACIONES MEDICAS			OBSERVACIONES
ECONÓMICO	SOCIAL	RELIGIOSO	SALUD MENTAL	OTROS	SI	NO	¿POR QUÉ?	
X					X			

OTROS ASPECTOS A TENER EN CUENTA (RECOMENDACIONES)

LIMITACIONES FÍSICAS	
CARACTERÍSTICA	GRADO DE AUTONOMÍA
AMPUTACIÓN DE MIEMBRO REDUCCIONAL	parcial
ACV	
Otros: Pérdida total de la visión	
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS	
DEPRESIVOS	Aspectos depresivos causados por la reciente pérdida de visión y la separación con su nieto.
INTENTOS DE SUICIDIO	
Ansiedad :	
OTROS:	

#### CXXXI. PROBLEMA QUE REQUIEREN INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA

PSICOLÓGICAS	X
SOCIAL	X
FAMILIAR	
LABORAL	
OTRAS	

#### CXXXII. PREDIAGNÓSTICO SOCIAL Y ACCIONES A REALIZAR

PREDIAGNÓSTICO SOCIAL-ANÁLISIS
La historia social refiere que la paciente fue abusada sexualmente a la edad de los 14 años, de este hecho nació una hija, un año después conoció a su esposo quien la apoyo y continúan con una buena relación.
Según las sesiones que se han tenido se puede describir que tiene buenas relaciones con su núcleo familiar, pero existe un fuerte conflicto con su persona en sí, por no poder ser "útil", "ahora soy una carga, ya no vale la pena vivir, lo peor es que toca seguir hasta que Dios lo diga".

En las sesiones se ha mostrado receptiva y sensible a su situación con un alto grado de resignación (aceptación) y de sentimientos de culpa. ¿podría estar asociado al hecho sufrido en la adolescencia?. Se resalta el hecho de ser una persona muy amorosa y noble y pese a su situación sonríe y se muestra tranquila en ciertos momentos.

#### **PREDIAGNÓSTICO AL TEMA DE DUELO**

Acepta el hecho de haber perdido la visión, pero le resulta difícil y le causa gran depresión las consecuencias de esta situación, el sentirse dependiente y ser un problema para su familia describe la paciente.

#### **FACTORES DE RIESGO ACTUALES**

La separación con su nieto  
Perdida de la visión y pérdida de rol.

#### **ACCIONES Y ACTIVIDADES A REALIZAR**

Propiciar un nuevo encuentro en el que se promueva un espacio para la verbalización de sentimientos y orientar frente a su autoestima e importancia en su núcleo familiar

ANEXO 21  
Historia Social 5



**HISTORIA  
SOCIAL**

CXXXIII. DATOS GENERALES

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES		C.C.	
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO							
DIA	MES	AÑO	CIUDAD/DEPARTAMENTO			EDAD	
ESTADO CIVIL							
SOLTERO(A)		CASADO(A)		SEPARADO(A)		UNIÓN LIBRE	VIUDO(A)
ESCOLARIDAD							
PRIMARIA		SECUNDARIA		TÉCNICO		PROFESIONAL	
ASPECTO RELIGIOSO				SEGURIDAD SOCIAL			
LUGAR DE RESIDENCIA							
DIRECCIÓN			BARRIO		LOCALIDAD	ESTRATO	TELÉFONO
TIPO DE TRATAMIENTO							
HEMODIÁLISIS			LISTA DE TRANSPLANTE			FECHA DE INGRESO AL PROGRAMA	
			No			D	M
			14			09	05
PERSONA RESPONSABLE							
NOMBRE			DIRECCIÓN		TELÉFONO FIJO		PARENTESCO

CXXXIV. NÚCLEO FAMILIAR

NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	ESCOLARIDAD	ESTADO CIVIL	OCUPACION	RELACION O PARENTESCO	APORTE ECONÓMICO		OBSERVACIONES
						SI	NO	
	34	primaria	U.libre	Carpintería	Esposo	X		
	9	quinto	solero	estudiante	hijastro		X	Hijo primera union del esposo

SITUACIONES DE CRISIS				
TIPO DE CONFLICTO	parentesco	Tiempo	Descripción	Comunicación
SEPARACIÓN				
ABANDONO SOCIAL				
PERDIDAS SOCIALES Y /O CULTURALES				
MALTRATO				
PERDIDA LABORAL	X		La paciente refiere que por su terapia de hemodiálisis no es contratada laboralmente, lo cual le genera sentimiento de dependencia económica hacia su compañero. Antes de ser diagnosticada su patología ella se encontraba laborando	

PERDIDA DE MIEMBROS ( Cuerpo)				por días en casas de familia.	
MUERTE DE UN FAMILIAR CERCANO					
OTROS:	En las primeras sesiones la paciente refiere gran preocupación y ansiedad por la estabilidad familiar de su hijastro de 9 años de quien ella se ha responsabilizado desde que tenía 5 años, su compañero padre del menor amenaza a la paciente con llevarse el niño o enviarlo con su familia a la Costa, lo que hace que la paciente se sienta angustiada ya que han construido un vínculo fuerte entre los dos. En la historia clínica se menciona que el niño fue abusado sexualmente por un vecino mientras la paciente se encontraba en la terapia de diálisis, sin embargo este aspecto no ha sido mencionado por la paciente.				

#### CXXXV. ACTIVIDADES QUE REALIZA EL PACIENTE

NIVEL	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
SOCIAL	Le gusta ir a misa	
PASATIEMPOS	Leer, escuchar música	
DEPORTIVAS	<b>No le gusta</b>	Describe que antes de su enfermedad a ella le gustaba hacer deporte, en la actualidad no puede ya que se agota con facilidad.
OTRAS	Hogar	Menciona que es una de las actividades que se adapta a su situación. (oficios básicos)

#### CXXXVI. ASPECTO LABORAL ACTUAL DEL PACIENTE

DEPENDIENTE	INDEPENDIENTE	ESPORÁDICO	ACTIVIDAD	PERMANENTE	X HORAS	X DÍAS	HORARIO	
							DIURNO	NOCTURNO

#### CXXXVII. DINÁMICA FAMILIAR

MIEMBRO	RELACIONES				COMUNICACIÓN			APOYO	
	APOYO ECONÓMICO	APECTO	DIALOGO	OTRA	RUTINARIA	CONFLICTIVA	ENRIQUECIDA	SI	NO
1. ESPOSA(O)	X	X			X	X			
2. HIJOS (A)		X	X		X		X	X	
3. PADRES		X			X				
4. HERMANOS									
5. TÍOS									
6. PRIMOS									
7. SOBRINOS									
8. OTROS									

#### OBSERVACIONES:

- Menciona que el apoyo económico y sentimental es mínimo ya que el compañero muestra gran indiferencia frente a su situación y por el contrario la hace sentir como un problema "ya que a toda hora permanece enferma". Manifiesta que no se siente comprendida y que su compañero le exige y le molesta cuando ella presenta dolencias, especialmente cuando sale de las diálisis.
- La relación existente entre la paciente y el hijo adoptivo parece ser muy fuerte y existe un vínculo estrecho. Ella menciona que es su motivo y lo que la incentiva a seguir con su tratamiento ya que él la necesita.
- Su madre vienen ocasionalmente a verla. Mantienen contacto telefónico cunado no se ven.

**CXXXVIII. ASPECTOS SOCIALES**

REDES DE APOYO													
FAMILIAR PRIMARIO				FAMILIAR SECUNDARIO			OTROS			CARACTERÍSTICA DE APOYO			
PADRES	HERMANOS	HIJOS	ESPOS@	SOBRINOS	TÍOS	PRIMOS	AMIGOS	VECINOS	CONOCIDOS	ECONÓMICO	EMOSIONAL	RELIGIOSO	COMUNITARIO
		X	X					X		X	X		

**CXXXIX. FACTORES DE RIESGO SOCIAL**

ABANDONO	VIVE SOLO	RELACIONES FAMILIARES DISFUNCIONALES	NÚCLEO FAMILIAR CON CONFLICTO (SALUD MENTAL)	ADULTOS MAYORES O PERSONAS DISCAPACITADAS	SITUACIÓN ECONÓMICA DEFICIENTE	SOLO UN CUIDADOR (EDAD)	NIÑOS	GRUPO FAMILIAR CONFLICTIVO (VIOLENCIA, RECHAZO FAMILIAR)
		X			X		X	X

Observaciones: La relación con su compañero es conflictiva, la paciente menciona que él la ha engañado con otra persona y que es indiferente para con su situación. Podría decirse que el compañero la manipula con el niño, amenazándola con llevarse lejos, esto podría indicar un maltrato para con el niño y la paciente. ( el niño ya estuvo institucionalizado durante 5 meses (año pasado) en la actualidad vive con sus padres.

O

**CXL. VIVIENDA**

TIPO					
CASA	APARTAMENTO	PIEZA (# PERSONAS)	CASALOTE	OCUPACIÓN	SIN PAGO (HOGAR FAMILIAR)
	X				

TENENCIA					
ARRENDADO	PROPIO	POSESIÓN	PAGÁNDOLA	CUIDADOR	TIEMPO
X					

**CXLI. ASPECTO ECONÓMICO**

TIPO	VALOR	No. APORTANTES	APORTANTES AL NÚCLEO FAMILIAR/ PROCEDENCIA INGRESO								
			PACIENTE	HERMANOS	PADRE	MADRE	ESPOS@	HIJOS	SOBRINOS	OTROS	
GASTOS MENSUALES EN ALIMENTACIÓN	200.000							X, único aportante			
GASTOS EN SERVICIOS PÚBLICOS	110.000										
GASTOS EN VIVIENDA	220.000										
GASTOS EN SALUD	100.000										
GASTOS EN EDUCACIÓN											
GASTOS EN TRANSPORTE											
GASTOS EN VESTUARIO											
GASTOS EN RECREACIÓN	20.000										
OTROS											
TOTAL EGRESO	650.000										
INGRESO - EGRESOS											
OBSERVACIONES											

**CXLII. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN MÉDICA DEL USUARIO (HISTORIA CLÍNICA)**

ANTECEDENTES DE LA PATOLOGÍA
------------------------------

RENALES		CARDIACOS Y VASCULARES		OTROS	
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA NEFROPATIA HIPERTENSIVA		HIPERTENSION <sup>63</sup>			
		CARDIOPATÍA HIPERTENSIVA			
		OTRA			
EXPECTATIVAS DE VIDA DEL PACIENTE (MEDICO):			OBSERVACIONES-DIAGNOSTICO:		

ADAPTACIÓN AL TRATAMIENTO								
BARRERAS AL PLAN DE TRATAMIENTO					CUMPLE CON LAS RECOMENDACIONES MEDICAS			OBSERVACIONES
ECONÓMICO	SOCIAL	RELIGIOSO	SALUD MENTAL	OTROS	SI	NO	¿POR QUÉ?	
X			Presenta elementos depresivos según descripción de la historia social		X			El trabajo del Compañero de la paciente es intermitente lo que les genera inestabilidad económica
OTROS ASPECTOS A TENER EN CUENTA (RECOMENDACIONES)								

<sup>63</sup> Aumento en la presión sobre las paredes de las arterias debido a múltiples causas, siendo la más frecuente la disminución en la luz de las arterias debido al aumento considerable de la grasa al interior de estas vías.

LIMITACIONES FÍSICAS			
CARACTERÍSTICA		GRADO DE AUTONOMÍA	
AMPUTACIÓN DE MIEMBRO			
REDUCCIONAL			
ACV			
Otros: Menciona pérdida de la capacidad visual.			
ANTECEDENTES			
PSIQUIÁTRICOS			
DEPRESIVOS	Elementos depresivos.		
INTENTOS DE SUICIDIO			
ESTRÉS :	Elementos depresivos		
OTROS:			

### CXLIII. PROBLEMA QUE REQUIEREN INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA

PSICOLÓGICAS	X
SOCIAL	X
FAMILIAR	X
LABORAL	X
OTRAS	
	La red familiar y social es muy limitada a nula, al igual que presenta un alto grado de conflicto.

### CXLIV. PREDIAGNÓSTICO SOCIAL Y ACCIONES A REALIZAR

PREDIAGNÓSTICO SOCIAL-ANÁLISIS	
<p>PREDIAGNÓSTICO AL TEMA DE DUELO</p>	
<p>FACTORES DE RIESGO ACTUALES</p>	

Elementos depresivos  
Escasa red familiar y social cercana  
Factor económico  
Núcleo familiar conflictivo

**ACCIONES Y ACTIVIDADES A REALIZAR**

Propiciar un nuevo encuentro en el que se procure un dialogo más abierto que permita establecer la situación actual de los temas que pueden generar riesgo. Hacer énfasis en proyecto de vida.

ANEXO 22  
Historia Social 11



**HISTORIA  
SOCIAL**

CXLV. DATOS GENERALES

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES		C.C.	
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO							
DIA	MES	AÑO	CIUDAD/DEPARTAMENTO		EDAD		
ESTADO CIVIL							
SOLTERO(A)		CASADO(A)		SEPARADO(A)		UNIÓN LIBRE	VIUDO(A)
ESCOLARIDAD							
PRIMARIA		SECUNDARIA		TÉCNICO		PROFESIONAL	
ASPECTO RELIGIOSO				SEGURIDAD SOCIAL			
LUGAR DE RESIDENCIA							
DIRECCIÓN			BARRIO		LOCALIDAD	ESTRATO	TELÉFONO
TIPO DE TRATAMIENTO							
HEMODIÁLISIS				LISTA DE TRANSPLANTE		FECHA DE INGRESO AL PROGRAMA	
				No		D	M
				07		05	05
PERSONA RESPONSABLE							
NOMBRE			DIRECCIÓN		TELÉFONO FIJO		PARENTESCO

CXLVI. NÚCLEO FAMILIAR

NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	ESCOLARIDAD	ESTADO CIVIL	OCUPACION	RELACION O PARENTESCO	APORTE ECONÓMICO		OBSERVACIONES
						SI	NO	
	55	primaria	casado	Hogar	Mamá		X	
	65	Primaria	casado	Pensionado I.S.S	Papá	X		
	17	Bachiller	soltero	Estudiante	Hermano		X	

SITUACIONES DE CRISIS				
TIPO DE CONFLICTO	parentesco	Tiempo	Descripción	Comunicación
SEPARACIÓN				
ABANDONO SOCIAL				
PERDIDAS SOCIALES Y /O CULTURALES			El tipo de actividades que realizaba antes de ser diagnosticada la patología han cambiado al igual que el gusto por ellas, menciona que le gustaba ir a fiestas, bailar, estar con sus amigos y participar en distintos juegos lo disfrutaba de gran manera, ahora es diferente y lo que más le agrada es trabajar.	
MALTRATO				
PERDIDA LABORAL	X		El paciente menciona que anteriormente podía laborar permanente y por largo	

	disminución			tiempo y aunque ahora sigue trabajando el horario ha disminuido, presenta la ventaja que es contratista de una empresa grande (Alpina).	
PERDIDA DE MIEMBROS (Cuerpo)	Disminución del campo visual				
MUERTE DE UN FAMILIAR CERCANO					
OTROS:					

### CXLVII. ACTIVIDADES QUE REALIZA EL PACIENTE

NIVEL	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
SOCIAL	Le gusta colaborar y hacer parte de los grupos de la comunidad	El paciente refiere que anteriormente degustaba ir a fiestas, bailar y tomaba bastante alcohol, ahora no lo hace "ahora debo cuidarme más"
PASATIEMPOS	escuchar música	Le gustaba leer,
DEPORTIVAS		Menciona que antes le gustaba la natación, el billar, tejo, y baloncesto.
OTRAS	Trabajar, le gusta estar activo	

### CXLVIII. ASPECTO LABORAL ACTUAL DEL PACIENTE

DEP DIENT E	INDEPE NDIENT E	ESPORÁDI CO	ACTIVIDAD	PERMA NENTE	X HOR AS	X DÍAS	HORARIO	
							DIUR NO	NOCTU RNO
	X		Mantenimiento de motores	X			X	X

El paciente menciona que las únicas horas en las que no labora son las horas que esta en la diálisis, en ocasiones trabaja hasta altas horas de la noche.

### CXLIX. DINÁMICA FAMILIAR

MIEMBRO	RELACIONES				COMUNICACIÓN			APOYO	
	APOYO ECONÓMICO	AFECTO	DIALOGO	OTRA	RUTINARIA	CONFLICTIVA	ENRIQUECIDA	SI	NO
1. ESPOSA(O)									
2. HIJOS (A)									
3. PADRES	X	X			X				
4. HERMANOS		X	X		X				
5. TÍOS									
6. PRIMOS									
7. SOBRINOS									
8. OTROS									

OBSERVACIONES: Posee una buena red familiar caracterizado por el apoyo que le brindan los padres y hermanos, menciona que las relaciones familiares han mejorado desde que el es diagnosticado con esta patología, anteriormente las relaciones eran de conflicto motivo por el cual el sale de su hogar paterno a los 15 años y regresa en el tiempo que empieza a padecer su enfermedad "no tenia quien me cuidara" dice él.

### CL. ASPECTOS SOCIALES

REDES DE APOYO
----------------

FAMILIAR PRIMARIO				FAMILIAR SECUNDARIO			OTROS			CARACTERÍSTICA DE APOYO			
PADRES	HERMANOS	HIJOS	ESPOS@	SOBRINOS	TÍOS	PRIMOS	AMIGOS	VECINOS	CONOCIDOS	ECONÓMICO	EMOSIONA L	RELIGIOSO	COMUNITA RIO
X	X							X		X	X		

#### CL I. FACTORES DE RIESGO SOCIAL

ABANDONO	VIVE SOLO	RELACIONES FAMILIARES DISFUNCIONALES	NÚCLEO FAMILIAR CON CONFLICTO (SALUD MENTAL)	ADULTOS MAYORES O PERSONAS DISCAPACITADAS	SITUACIÓN ECONÓMICA DEFICIENTE	SOLO UN CUIDADOR (EDAD)	NIÑOS	GRUPO FAMILIAR CONFLICTIVO (VIOLENCIA, RECHAZO FAMILIAR)

O

#### CL II. VIVIENDA

TIPO					
CASA	APARTAMENTO	PIEZA (# PERSONAS)	CASALOTE	OCUPACIÓN	SIN PAGO (HOGAR FAMILIAR)
X					
TENENCIA					
ARRENDADO	PROPIO	POSESIÓN	PAGÁNDOLA	CUIDADOR	TIEMPO
	X				

#### CL III. ASPECTO ECONÓMICO

TIPO	VALOR	No. APORTANTES	APORTANTES AL NÚCLEO FAMILIAR/ PROCEDENCIA INGRESO								
			PACIENTE	HERMANOS	PADRE	MADRE	ESPOS@	HIJOS	SOBRINOS	OTROS	
		2	X		X pensionado						
GASTOS MENSUALES EN ALIMENTACIÓN	150.000										
GASTOS EN SERVICIOS PÚBLICOS	200.000										
GASTOS EN VIVIENDA											
GASTOS EN SALUD											
GASTOS EN EDUCACIÓN											
GASTOS EN TRANSPORTE											
GASTOS EN VESTUARIO											
GASTOS EN RECREACIÓN											
OTROS											
TOTAL EGRESO	350.000										
INGRESO - EGRESOS											
OBSERVACIONES	La familia cuenta con una situación económica estable, provenientes de la pensión del padre, negocio familiar (tienda), y arriendos de la casa en que habitan, el paciente también aporta a los gastos de la casa.										

#### CL IV. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN MEDICA DEL USUARIO (HISTORIA CLÍNICA)

ANTECEDENTES DE LA PATOLOGÍA					
RENALES		CARDIACOS Y VASCULARES		OTROS	
INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA NEFROPATIA DIABÉTICA V		HIPERTENSIÓN <sup>64</sup>		RETINOPATÍA <sup>65</sup> DIABÉTICA	
		SÍNDROME ANÉMICO SECUNDARIO A2 OM TIPO I			

<sup>64</sup> Aumento en la presión sobre las paredes de las arterias debido a múltiples causas, siendo la más frecuente la disminución en la luz de las arterias debido al aumento considerable de la grasa al interior de estas vías.

<sup>65</sup> una enfermedad degenerativa que causa buena parte de las cegueras adquiridas

Biblioteca de Consulta Microsoft ® Encarta ® 2005. © 1993-2004 Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.



PSICOLÓGICAS	
SOCIAL	
FAMILIAR	
LABORAL	
OTRAS	

## CLVI. PREDIAGNÓSTICO SOCIAL Y ACCIONES A REALIZAR

<b>PREDIAGNÓSTICO SOCIAL-ANÁLISIS</b>
<p>PREDIAGNÓSTICO AL TEMA DE DUELO</p>
<b>FACTORES DE RIESGO ACTUALES</b>
<b>ACCIONES Y ACTIVIDADES A REALIZAR</b>
<p>Procurar un nuevo encuentro que permita un dialogo más amplio sobre su perspectiva frente a su patología y proyecto de vida</p>

ANEXO 22  
Historia Social 6



**HISTORIA  
SOCIAL**

CLVII. DATOS GENERALES

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES		C.C.	
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO							
DIA	MES	AÑO	CIUDAD/DEPARTAMENTO/ PAÍS			EDAD	
ESTADO CIVIL							
SOLTERO(A)		CASADO(A)		SEPARADO(A)		UNIÓN LIBRE	MADRE CABEZA DE HOGAR
ESCOLARIDAD							
PRIMARIA		SECUNDARIA		TÉCNICO		PROFESIONAL	
ASPECTO RELIGIOSO				SEGURIDAD SOCIAL			
LUGAR DE RESIDENCIA							
DIRECCIÓN			BARRIO		LOCALIDAD	ESTRATO	TELÉFONO
TIPO DE TRATAMIENTO							
HEMODIÁLISIS			LISTA DE TRANSPLANTE			FECHA DE INGRESO AL PROGRAMA	
						D	M
						05	04
PERSONA RESPONSABLE							
NOMBRE			DIRECCIÓN		TELÉFONO FIJO		PARENTESCO

CLVIII. NÚCLEO FAMILIAR

NOMBRES Y APELLIDOS	EDAD	ESCOLARIDAD	ESTADO CIVIL	OCUPACIÓN	RELACIÓN O PARENTESCO	APORTE ECONÓMICO		OBSERVACIONES
						SI	NO	
	74	3 primaria	Casado	Hogar	Esposa			
	34	Bachiller	Soltero	Empresa de flores	Hijo	X		

SITUACIONES DE CRISIS				
TIPO DE CONFLICTO	parentesco	Tiempo	Descripción	Comunicación
SEPARACIÓN				
ABANDONO SOCIAL				
PERDIDAS SOCIALES Y /O CULTURALES				
MALTRATO				
PERDIDA LABORAL	X		La pérdida de la visión y la enfermedad no le permiten estar laborando.	

PERDIDA DE MIEMBROS (Cuerpo)	X			Perdida total de la visión, lo que ha significado para el paciente según su descripción como "un dolor más grande que la enfermedad renal".	Menciona que su pérdida de la visión no solo le ha generado dolor sino a la vees soledad, "no hablo de lo que me sucede igual a quien..., ya para que hablar de esto, mi esposa es mas vieja que yo y prefiero no preocuparla, solo espero la muerte, ya no tengo nada que hacer aquí.", describe el paciente.
MUERTE DE UN FAMILIAR CERCANO					
OTROS:					

#### CLIX. ACTIVIDADES QUE REALIZA EL PACIENTE

NIVEL	ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN
SOCIAL		
PASATIEMPOS	Escuchar música.	Menciona que le gusta la música pero por su pérdida de visión no le es posible ubicarse espacialmente para manipular las emisoras o el encendido. Así que lo evita. ( varias veces se ha golpeado y caído).
DEPORTIVAS		
OTRAS		

#### CLX. ASPECTO LABORAL ACTUAL DEL PACIENTE

DEPENDIENTE	INDEPENDIENTE	ESPORÁDICO	ACTIVIDAD	PERMANENTE	X HORAS	X DÍAS	HORARIO	
							DIURNO	NOCTURNO

#### CLXI. DINÁMICA FAMILIAR

MIEMBRO	RELACIONES				COMUNICACIÓN			APOYO	
	APOYO ECONÓMICO	APECTO	DIALOGO	OTRA	RUTINARIA	CONFLICTIVA	ENRIQUECIDA	SI	NO
1. ESPOSA(O)		X	X		X			X	
2. HIJOS (A)	X	X	X		X			X	
3. PADRES									
4. HERMANOS		X <sup>66</sup>			X			X	
5. TÍOS									
6. PRIMOS									
7. SOBRINOS									
8. OTROS									

<sup>66</sup> Sus hermanos habitan en el campo y mantienen contacto vía telefónica cada mes.



EXPECTATIVAS DE VIDA DEL PACIENTE (MEDICO):		OBSERVACIONES-DIAGNOSTICO: ..
--	--	----------------------------------

ADAPTACIÓN AL TRATAMIENTO								
BARRERAS AL PLAN DE TRATAMIENTO					CUMPLE CON LAS RECOMENDACIONES MEDICAS			OBSERVACIONES
ECONÓMICO	SOCIAL	RELIGIOSO	SALUD MENTAL	OTROS	SI	NO	¿POR QUÉ?	
					X			Menciona que su esposa lo cuida mucho y trata de seguir la dieta y sugerencias médicas, aunque describe que se siente cada vez más mal.
OTROS ASPECTOS A TENER EN CUENTA (RECOMENDACIONES)								

LIMITACIONES FÍSICAS			
CARACTERÍSTICA		GRADO DE AUTONOMÍA	
AMPUTACIÓN DE MIEMBRO			
REDUCCIONAL		NO, describe que su esposa lo alimenta y le ayuda al cambio de ropa, igual para el baño. "todo lo que hago depende de mi esposa.	
ACV			
OTROS: pérdida visual total.			
ANTECEDENTES			
PSIQUIÁTRICOS			
DEPRESIVOS:	Aspectos depresivos, reflejados en el no querer vivir, según describe el paciente, yo espero que la muerte llegue pronto, sin ver no quiero la vida, "¿para que sirvo?"		
INTENTOS DE SUICIDIO			
ANSIEDAD :	El paciente perdió la ilusión de vivir, podría decirse se abandono y se convirtió en una persona totalmente dependiente de su esposa.		
OTROS:			

#### CLXVII. PROBLEMA QUE REQUIEREN INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA

PSICOLÓGICAS	X
SOCIAL	X
FAMILIAR	
LABORAL	
OTRAS	

#### CLXVIII. PREDIAGNÓSTICO SOCIAL Y ACCIONES A REALIZAR

PREDIAGNÓSTICO SOCIAL-ANÁLISIS
<p>En las sesiones se ha percibido gran tristeza, podría describirse como un paciente que a pesar de aceptar su enfermedad no acepta las consecuencias y se abandona así mismo, como si esperara con paciencia la muerte, el significado de la vida se perdió y solo existe resignación. Aunque en ocasiones sonríe y se muestra diferente cuando se brinda el espacio hacia la remembranza de sus hábitos anteriores, describe que era una persona que le gustaba leer, menciona que leyó libros como cien años de soledad, el coronel no tiene quien le escriba, La vorágine entre otros muchos, este aspecto se resalta de gran manera ya que por su grado de escolaridad era difícil alcanzar estos logros. Las sesiones se han dificultado ya que son pocos los temas de los que habla o sigue conversación, generalmente se habla de los síntomas incómodos y limitantes que siente. La revisión que se hace de su pasado lo animan y sus expresiones corpóreas cambian y se muestran más dinámicas.</p> <p>PREDIAGNÓSTICO AL TEMA DE DUELO</p>
FACTORES DE RIESGO ACTUALES

<b>ACCIONES Y ACTIVIDADES A REALIZAR</b>
Acompañar al paciente frente a su sentir con respeto y aceptación, procurando brindar herramientas que le proyecten a hacer e experimentar nuevas expectativas desde su invidencia.

## ANEXO 23

### INSTRUMENTOS APGAR (CASO POR CASO)

#### INSTRUMENTO APGAR<sup>67</sup>

Caso 1

COMPONENTES	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA
<b>ADAPTACIÓN</b> Yo estoy satisfecho (a) con el apoyo que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.	2		
<b>PARTICIPACIÓN</b> Yo estoy satisfecho (a) en la forma como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas.		1	
<b>GANANCIA O CRECIMIENTO</b> Yo estoy satisfecho (a) de la forma como mi familia me acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.		1	
<b>AFECTO</b> Yo estoy satisfecho (a) del modo como reacciona mi familia a mis emociones y sentimientos de ira, tristeza, alegría.		1	
<b>RECURSOS O RESOLUCIÓN</b> Yo estoy satisfecho (a) en la forma como mi familia y yo compartimos <ul style="list-style-type: none"> <li>• El dinero</li> <li>• El espacio</li> <li>• El tiempo</li> </ul>			0

TOTAL PUNTAJE 5, SUGIERE DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR

MODO DE CLASIFICAR numéricamente al APGAR es así:

Casi siempre:	vale	2 puntos
A veces:	vale	1 punto
Casi siempre:	vale	0 puntos.

APGAR:

8-10 puntos: sugiere muy buena satisfacción familiar.

4-7 puntos: sugiere una disfuncionalidad.

0-3 puntos: sugiere una disfuncionalidad severa

<sup>67</sup> Instrumento que permite determinar el grado de funcionalidad o disfuncionalidad de la familia, propuesta presentada por el Doctor Gabriel Smilkestein. Como evaluativo. Tomada de MEMORIAS. PRIMER CONGRESO DE SALUD FAMILIAR, OPS. 1997.

INSTRUMENTO APGAR<sup>68</sup>

Caso 2

COMPONENTES	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA
<b>ADAPTACIÓN</b> Yo estoy satisfecho (a) con el apoyo que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.	2		
<b>PARTICIPACIÓN</b> Yo estoy satisfecho (a) en la forma como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas.		1	
<b>GANANCIA O CRECIMIENTO</b> Yo estoy satisfecho (a) de la forma como mi familia me acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.		1	
<b>AFECTO</b> Yo estoy satisfecho (a) del modo como reacciona mi familia a mis emociones y sentimientos de ira, tristeza, alegría.		1	
<b>RECURSOS O RESOLUCIÓN</b> Yo estoy satisfecho (a) en la forma como mi familia y yo compartimos <ul style="list-style-type: none"> <li>• El dinero</li> <li>• El espacio</li> <li>• El tiempo</li> </ul>		1	

TOTAL PUNTAJE 2, SUGIERE DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR

MODO DE CLASIFICAR numéricamente al APGAR es así:

Casi siempre:	vale	2 puntos
A veces:	vale	1 punto
Casi siempre:	vale	0 puntos.

APGAR:

8-10 puntos: sugiere muy buena satisfacción familiar.

4-7 puntos: sugiere una disfuncionalidad.

0-3 puntos: sugiere una disfuncionalidad severa

INSTRUMENTO APGAR<sup>69</sup>

Caso 3

<sup>68</sup> Instrumento que permite determinar el grado de funcionalidad o disfuncionalidad de la familia, propuesta presentada por el Doctor Gabriel Smilkestein. Como evaluativo. Tomada de MEMORIAS. PRIMER CONGRESO DE SALUD FAMILIAR, OPS. 1997.

<sup>69</sup> Instrumento que permite determinar el grado de funcionalidad o disfuncionalidad de la familia, propuesta presentada por el Doctor Gabriel Smilkestein. Como evaluativo. Tomada de MEMORIAS. PRIMER CONGRESO DE SALUD FAMILIAR, OPS. 1997.

COMPONENTES	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA
<b>ADAPTACIÓN</b> Yo estoy satisfecho (a) con el apoyo que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.			0
<b>PARTICIPACIÓN</b> Yo estoy satisfecho (a) en la forma como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas.			0
<b>GANANCIA O CRECIMIENTO</b> Yo estoy satisfecho (a) de la forma como mi familia me acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.			0
<b>AFECTO</b> Yo estoy satisfecho (a) del modo como reacciona mi familia a mis emociones y sentimientos de ira, tristeza, alegría.			0
<b>RECURSOS O RESOLUCIÓN</b> Yo estoy satisfecho (a) en la forma como mi familia y yo compartimos <ul style="list-style-type: none"> <li>• El dinero</li> <li>• El espacio</li> <li>• El tiempo</li> </ul>			0

TOTAL PUNTAJE 7, SUGIERE DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR SEVERA

MODO DE CLASIFICAR numéricamente al APGAR es así:

Casi siempre:	vale	2 puntos
A veces:	vale	1 punto
Casi siempre:	vale	0 puntos.

APGAR:

8-10 puntos: sugiere muy buena satisfacción familiar.

4-7 puntos: sugiere una disfuncionalidad.

0-3 puntos: sugiere una disfuncionalidad severa

#### INSTRUMENTO APGAR<sup>70</sup>

Caso 9

COMPONENTES	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA
<b>ADAPTACIÓN</b> Yo estoy satisfecho (a) con el apoyo que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.	2		

<sup>70</sup> Instrumento que permite determinar el grado de funcionalidad o disfuncionalidad de la familia, propuesta presentada por el Doctor Gabriel Smilkestein. Como evaluativo. Tomada de MEMORIAS. PRIMER CONGRESO DE SALUD FAMILIAR, OPS. 1997.

<b>PARTICIPACIÓN</b> Yo estoy satisfecho (a) en la forma como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas.		1	
<b>GANANCIA O CRECIMIENTO</b> Yo estoy satisfecho (a) de la forma como mi familia me acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.		1	
<b>AFECTO</b> Yo estoy satisfecho (a) del modo como reacciona mi familia a mis emociones y sentimientos de ira, tristeza, alegría.		1	
<b>RECURSOS O RESOLUCIÓN</b> Yo estoy satisfecho (a) en la forma como mi familia y yo compartimos <ul style="list-style-type: none"> <li>• El dinero</li> <li>• El espacio</li> <li>• El tiempo</li> </ul>			0

TOTAL PUNTAJE 5, SUGIERE DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR

MODO DE CLASIFICAR numéricamente al APGAR es así:

Casi siempre:	vale	2 puntos
A veces:	vale	1 punto
Casi siempre:	vale	0 puntos.

APGAR:

8-10 puntos: sugiere muy buena satisfacción familiar.

4-7 puntos: sugiere una disfuncionalidad.

0-3 puntos: sugiere una disfuncionalidad severa

#### INSTRUMENTO APGAR<sup>71</sup>

Caso 5

COMPONENTES	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA
<b>ADAPTACIÓN</b> Yo estoy satisfecho (a) con el apoyo que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.		1	
<b>PARTICIPACIÓN</b> Yo estoy satisfecho (a) en la forma como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas.			0

<sup>71</sup> Instrumento que permite determinar el grado de funcionalidad o disfuncionalidad de la familia, propuesta presentada por el Doctor Gabriel Smilkestein. Como evaluativo. Tomada de MEMORIAS. PRIMER CONGRESO DE SALUD FAMILIAR, OPS. 1997.

<b>GANANCIA O CRECIMIENTO</b> Yo estoy satisfecho (a) de la forma como mi familia me acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.		1	
<b>APECTO</b> Yo estoy satisfecho (a) del modo como reacciona mi familia a mis emociones y sentimientos de ira, tristeza, alegría.			0
<b>RECURSOS O RESOLUCIÓN</b> Yo estoy satisfecho (a) en la forma como mi familia y yo compartimos <ul style="list-style-type: none"> <li>• El dinero</li> <li>• El espacio</li> <li>• El tiempo</li> </ul>		1	

TOTAL PUNTAJE 3, SUGIERE DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR SEVERA

MODO DE CLASIFICAR numéricamente al APGAR es así:

Casi siempre:	vale	2 puntos
A veces:	vale	1 punto
Casi siempre:	vale	0 puntos.

APGAR:

8-10 puntos: sugiere muy buena satisfacción familiar.

4-7 puntos: sugiere una disfuncionalidad.

0-3 puntos: sugiere una disfuncionalidad severa

#### INSTRUMENTO APGAR<sup>72</sup>

Caso 6

COMPONENTES	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA
<b>ADAPTACIÓN</b> Yo estoy satisfecho (a) con el apoyo que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.	2		
<b>PARTICIPACIÓN</b> Yo estoy satisfecho (a) en la forma como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas.	2		
<b>GANANCIA O CRECIMIENTO</b> Yo estoy satisfecho (a) de la forma como mi familia me acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.		1	

<sup>72</sup> Instrumento que permite determinar el grado de funcionalidad o disfuncionalidad de la familia, propuesta presentada por el Doctor Gabriel Smilkestein. Como evaluativo. Tomada de MEMORIAS. PRIMER CONGRESO DE SALUD FAMILIAR, OPS. 1997.

<b>AFECTO</b> Yo estoy satisfecho (a) del modo como reacciona mi familia a mis emociones y sentimientos de ira, tristeza, alegría.		1	
<b>RECURSOS O RESOLUCIÓN</b> Yo estoy satisfecho (a) en la forma como mi familia y yo compartimos <ul style="list-style-type: none"> <li>• El dinero</li> <li>• El espacio</li> <li>• El tiempo</li> </ul>			0

TOTAL PUNTAJE 5, SUGIERE DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR

MODO DE CLASIFICAR numéricamente al APGAR es así:

Casi siempre:	vale	2 puntos
A veces:	vale	1 punto
Casi siempre:	vale	0 puntos.

APGAR:

8-10 puntos: sugiere muy buena satisfacción familiar.

4-7 puntos: sugiere una disfuncionalidad.

0-3 puntos: sugiere una disfuncionalidad severa

#### INSTRUMENTO APGAR<sup>73</sup>

Caso 7

COMPONENTES	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA
<b>ADAPTACIÓN</b> Yo estoy satisfecho (a) con el apoyo que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.		1	
<b>PARTICIPACIÓN</b> Yo estoy satisfecho (a) en la forma como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas.		1	
<b>GANANCIA O CRECIMIENTO</b> Yo estoy satisfecho (a) de la forma como mi familia me acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.			0
<b>AFECTO</b> Yo estoy satisfecho (a) del modo como reacciona mi familia a mis emociones y sentimientos de ira, tristeza, alegría.		1	

<sup>73</sup> Instrumento que permite determinar el grado de funcionalidad o disfuncionalidad de la familia, propuesta presentada por el Doctor Gabriel Smilkestein. Como evaluativo. Tomada de MEMORIAS. PRIMER CONGRESO DE SALUD FAMILIAR, OPS. 1997.

<b>RECURSOS O RESOLUCIÓN</b> Yo estoy satisfecho (a) en la forma como mi familia y yo compartimos <ul style="list-style-type: none"> <li>• El dinero</li> <li>• El espacio</li> <li>• El tiempo</li> </ul>			0
---	--	--	---

TOTAL PUNTAJE 3, SUGIERE DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR SEVERA

MODO DE CLASIFICAR numéricamente al APGAR es así:

Casi siempre:	vale	2 puntos
A veces:	vale	1 punto
Casi siempre:	vale	0 puntos.

APGAR:

8-10 puntos: sugiere muy buena satisfacción familiar.

4-7 puntos: sugiere una disfuncionalidad.

0-3 puntos: sugiere una disfuncionalidad severa

#### INSTRUMENTO APGAR<sup>74</sup>

Caso 8

COMPONENTES	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA
<b>ADAPTACIÓN</b> Yo estoy satisfecho (a) con el apoyo que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.	2		
<b>PARTICIPACIÓN</b> Yo estoy satisfecho (a) en la forma como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas.		1	
<b>GANANCIA O CRECIMIENTO</b> Yo estoy satisfecho (a) de la forma como mi familia me acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.		1	
<b>AFECTO</b> Yo estoy satisfecho (a) del modo como reacciona mi familia a mis emociones y sentimientos de ira, tristeza, alegría.		1	
<b>RECURSOS O RESOLUCIÓN</b> Yo estoy satisfecho (a) en la forma como mi familia y yo compartimos <ul style="list-style-type: none"> <li>• El dinero</li> </ul>		1	

<sup>74</sup> Instrumento que permite determinar el grado de funcionalidad o disfuncionalidad de la familia, propuesta presentada por el Doctor Gabriel Smilkestein. Como evaluativo. Tomada de MEMORIAS. PRIMER CONGRESO DE SALUD FAMILIAR, OPS. 1997.

<ul style="list-style-type: none"> <li>• El espacio</li> <li>• El tiempo</li> </ul>			
---	--	--	--

TOTAL PUNTAJE 7, SUGIERE DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR

MODO DE CLASIFICAR numéricamente al APGAR es así:

Casi siempre:	vale	2 puntos
A veces:	vale	1 punto
Casi siempre:	vale	0 puntos.

APGAR:

8-10 puntos: sugiere muy buena satisfacción familiar.

4-7 puntos: sugiere una disfuncionalidad.

0-3 puntos: sugiere una disfuncionalidad severa

#### INSTRUMENTO APGAR<sup>75</sup>

Caso 4

COMPONENTES	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA
<b>ADAPTACIÓN</b> Yo estoy satisfecho (a) con el apoyo que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.	2		
<b>PARTICIPACIÓN</b> Yo estoy satisfecho (a) en la forma como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas.		1	
<b>GANANCIA O CRECIMIENTO</b> Yo estoy satisfecho (a) de la forma como mi familia me acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.		1	
<b>AFECTO</b> Yo estoy satisfecho (a) del modo como reacciona mi familia a mis emociones y sentimientos de ira, tristeza, alegría.		1	
<b>RECURSOS O RESOLUCIÓN</b> Yo estoy satisfecho (a) en la forma como mi familia y yo compartimos <ul style="list-style-type: none"> <li>• El dinero</li> <li>• El espacio</li> <li>• El tiempo</li> </ul>		1	

TOTAL PUNTAJE 6, SUGIERE DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR

<sup>75</sup> Instrumento que permite determinar el grado de funcionalidad o disfuncionalidad de la familia, propuesta presentada por el Doctor Gabriel Smilkestein. Como evaluativo. Tomada de MEMORIAS. PRIMER CONGRESO DE SALUD FAMILIAR, OPS. 1997.

MODO DE CLASIFICAR numéricamente al APGAR es así:

Casi siempre:	vale	2 puntos
A veces:	vale	1 punto
Casi siempre:	vale	0 puntos.

APGAR:

8-10 puntos: sugiere muy buena satisfacción familiar.

4-7 puntos: sugiere una disfuncionalidad.

0-3 puntos: sugiere una disfuncionalidad severa

#### INSTRUMENTO APGAR<sup>76</sup>

Caso 10

COMPONENTES	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA
<b>ADAPTACIÓN</b> Yo estoy satisfecho (a) con el apoyo que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.	2		
<b>PARTICIPACIÓN</b> Yo estoy satisfecho (a) en la forma como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas.		1	
<b>GANANCIA O CRECIMIENTO</b> Yo estoy satisfecho (a) de la forma como mi familia me acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.		1	
<b>AFECTO</b> Yo estoy satisfecho (a) del modo como reacciona mi familia a mis emociones y sentimientos de ira, tristeza, alegría.		1	
<b>RECURSOS O RESOLUCIÓN</b> Yo estoy satisfecho (a) en la forma como mi familia y yo compartimos <ul style="list-style-type: none"> <li>• El dinero</li> <li>• El espacio</li> <li>• El tiempo</li> </ul>		1	

TOTAL PUNTAJE 6, SUGIERE DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR

MODO DE CLASIFICAR numéricamente al APGAR es así:

Casi siempre:	vale	2 puntos
A veces:	vale	1 punto

<sup>76</sup> Instrumento que permite determinar el grado de funcionalidad o disfuncionalidad de la familia, propuesta presentada por el Doctor Gabriel Smilkestein. Como evaluativo. Tomada de MEMORIAS. PRIMER CONGRESO DE SALUD FAMILIAR, OPS. 1997.

Casi siempre:	vale	0 puntos.
---------------	------	-----------

APGAR:

8-10 puntos: sugiere muy buena satisfacción familiar.

4-7 puntos: sugiere una disfuncionalidad.

0-3 puntos: sugiere una disfuncionalidad severa

#### INSTRUMENTO APGAR<sup>77</sup>

Caso 11

COMPONENTES	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA
<b>ADAPTACIÓN</b> Yo estoy satisfecho (a) con el apoyo que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.		1	
<b>PARTICIPACIÓN</b> Yo estoy satisfecho (a) en la forma como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas.	2		
<b>GANANCIA O CRECIMIENTO</b> Yo estoy satisfecho (a) de la forma como mi familia me acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.	2		
<b>AFECTO</b> Yo estoy satisfecho (a) del modo como reacciona mi familia a mis emociones y sentimientos de ira, tristeza, alegría.	2		
<b>RECURSOS O RESOLUCIÓN</b> Yo estoy satisfecho (a) en la forma como mi familia y yo compartimos <ul style="list-style-type: none"> <li>• El dinero</li> <li>• El espacio</li> <li>• El tiempo</li> </ul>	2		

TOTAL PUNTAJE 9, SUGIERE BUENA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

MODO DE CLASIFICAR numéricamente al APGAR es así:

Casi siempre:	vale	2 puntos
A veces:	vale	1 punto
Casi siempre:	vale	0 puntos.

APGAR:

<sup>77</sup> Instrumento que permite determinar el grado de funcionalidad o disfuncionalidad de la familia, propuesta presentada por el Doctor Gabriel Smilkestein. Como evaluativo. Tomada de MEMORIAS. PRIMER CONGRESO DE SALUD FAMILIAR, OPS. 1997.

8-10 puntos: sugiere muy buena satisfacción familiar.

4-7 puntos: sugiere una disfuncionalidad.

0-3 puntos: sugiere una disfuncionalidad severa

#### INSTRUMENTO APGAR<sup>78</sup>

##### Caso 12

COMPONENTES	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA
<b>ADAPTACIÓN</b> Yo estoy satisfecho (a) con el apoyo que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.	2		
<b>PARTICIPACIÓN</b> Yo estoy satisfecho (a) en la forma como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas.		1	
<b>GANANCIA O CRECIMIENTO</b> Yo estoy satisfecho (a) de la forma como mi familia me acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.		1	
<b>AFECTO</b> Yo estoy satisfecho (a) del modo como reacciona mi familia a mis emociones y sentimientos de ira, tristeza, alegría.		1	
<b>RECURSOS O RESOLUCIÓN</b> Yo estoy satisfecho (a) en la forma como mi familia y yo compartimos <ul style="list-style-type: none"><li>• El dinero</li><li>• El espacio</li><li>• El tiempo</li></ul>		1	

TOTAL PUNTAJE 6, SUGIERE DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR

MODO DE CLASIFICAR numéricamente al APGAR es así:

Casi siempre:	vale	2 puntos
A veces:	vale	1 punto
Casi siempre:	vale	0 puntos.

APGAR:

8-10 puntos: sugiere muy buena satisfacción familiar.

4-7 puntos: sugiere una disfuncionalidad.

0-3 puntos: sugiere una disfuncionalidad severa

<sup>78</sup> Instrumento que permite determinar el grado de funcionalidad o disfuncionalidad de la familia, propuesta presentada por el Doctor Gabriel Smilkestein. Como evaluativo. Tomada de MEMORIAS. PRIMER CONGRESO DE SALUD FAMILIAR, OPS. 1997.

INSTRUMENTO APGAR<sup>79</sup>

Caso 13

COMPONENTES	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA
<b>ADAPTACIÓN</b> Yo estoy satisfecho (a) con el apoyo que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.	2		
<b>PARTICIPACIÓN</b> Yo estoy satisfecho (a) en la forma como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas.		1	
<b>GANANCIA O CRECIMIENTO</b> Yo estoy satisfecho (a) de la forma como mi familia me acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.	2		
<b>AFECTO</b> Yo estoy satisfecho (a) del modo como reacciona mi familia a mis emociones y sentimientos de ira, tristeza, alegría.		1	
<b>RECURSOS O RESOLUCIÓN</b> Yo estoy satisfecho (a) en la forma como mi familia y yo compartimos <ul style="list-style-type: none"> <li>• El dinero</li> <li>• El espacio</li> <li>• El tiempo</li> </ul>	2		

TOTAL PUNTAJE 8, SUGIERE BUENA FUNCIONALIDAD FAMILIAR

MODO DE CLASIFICAR numéricamente al APGAR es así:

Casi siempre:	vale	2 puntos
A veces:	vale	1 punto
Casi siempre:	vale	0 puntos.

APGAR:

8-10 puntos: sugiere muy buena satisfacción familiar.

4-7 puntos: sugiere una disfuncionalidad.

0-3 puntos: sugiere una disfuncionalidad severa

INSTRUMENTO APGAR<sup>80</sup>

Caso 14

COMPONENTES	CASI SIEMPRE	A VECES	CASI NUNCA
-------------	--------------	---------	------------

<sup>79</sup> Instrumento que permite determinar el grado de funcionalidad o disfuncionalidad de la familia, propuesta presentada por el Doctor Gabriel Smilkestein. Como evaluativo. Tomada de MEMORIAS. PRIMER CONGRESO DE SALUD FAMILIAR, OPS. 1997.

<sup>80</sup> Instrumento que permite determinar el grado de funcionalidad o disfuncionalidad de la familia, propuesta presentada por el Doctor Gabriel Smilkestein. Como evaluativo. Tomada de MEMORIAS. PRIMER CONGRESO DE SALUD FAMILIAR, OPS. 1997.

ADAPTACIÓN Yo estoy satisfecho (a) con el apoyo que recibo de mi familia cuando tengo algún problema o necesidad.		1	
PARTICIPACIÓN Yo estoy satisfecho (a) en la forma como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas.	2		
GANANCIA O CRECIMIENTO Yo estoy satisfecho (a) de la forma como mi familia me acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades.		1	
AFECTO Yo estoy satisfecho (a) del modo como reacciona mi familia a mis emociones y sentimientos de ira, tristeza, alegría.	2		
RECURSOS O RESOLUCIÓN Yo estoy satisfecho (a) en la forma como mi familia y yo compartimos <ul style="list-style-type: none"> <li>• El dinero</li> <li>• El espacio</li> <li>• El tiempo</li> </ul>		1	

TOTAL PUNTAJE 7, SUGIERE DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR

MODO DE CLASIFICAR numéricamente al APGAR es así:

Casi siempre:	vale	2 puntos
A veces:	vale	1 punto
Casi siempre:	vale	0 puntos.

APGAR:

8-10 puntos: sugiere muy buena satisfacción familiar.

4-7 puntos: sugiere una disfuncionalidad.

0-3 puntos: sugiere una disfuncionalidad severa



ANEXO 24  
HISTORIAS DE DUELO (CASO POR CASO)

HISTORIA DE VIDA TEMÁTICA<sup>81</sup>

CASO 8

Cuando me digeron que tenia Insuficiencia renal, yo pensaba que era una enfermedad corriente, que se curaba con droga. Ya después me hablaron de diálisis, peor, yo no sabia que era eso; el doctor me explico... medio muy duro. El doctor me dijo que ya no tenía remedio y que tenia que estar en terapia, sentí mucho, muchísimo miedo, tristeza, siente uno que vuelve a nacer pero para estar enfermo...Yo pensaba que ya me iba a morir y que no iba a volver a mi familia. El medico me explico que por la tensión era mi problema, que se había comido mis riñones.

Yo me hago a la idea de que estoy bien, hasta se me olvida que estoy enferma, trato de hacer mi vida normal, yo ahora lo tomo como algo normal... Yo sé que algún día voy a volver a tener mis riñones bien, porque mucha gente ha estado así, y hora son normales, se han curado.

Yo confío en que voy a curar...

Yo llevaba una vida tan feliz no vivía acá, vivía con mi hijo y mi sobrino, de pronto un día cambio todo... todo se acabo por esta enfermedad, mi hijo acabo por otro lado y a mi me dejaron en un hospital. Todo se acabo... vivíamos bien, teníamos un hogar bien, el cogió por un lado y yo por el otro, todo se derrumbó, mi hijo se quedo por allá solo y él ya empezó a andar por la calle, ya no quería estudiar ni

---

<sup>81</sup> Apartir del relato de vida de una o varias personas, se rastrea acerca del mismo objeto de estudio. Esto aporta riqueza informativa, constratación de información, posibilidda de generalización, pg 389 de EL ANALISI DE LA REALIDDA EN LA INTERVENCIÓN SOCIAL, los documentos biograficos, PUJADAS 1992

hacer nada. Él se sentía muy mal, por eso digo que todo se acaba. Me toco entregar la casa y todo lo que tenía y venirme para acá para las terapias.

Aquí las terapias son muy difíciles, después de eso ya nada es igual. A mi hijo lo veo muy poco y permanezco sola. Cuando tengo con quien hablar no hablo de mi dolor, de lo que uno lleva por dentro, eso me hace sentir que soy igual a la persona que me habla y que todo va a estar bien.

Llevo ya ocho meses. Ocho difíciles meses.

Antes de esta enfermedad yo trabajaba en oficios varios, cuando me enferme ya me toco retirarme, a la señora no le servía que yo a toda hora enferma. Cuando la gente sabe que uno esta enfermo de esto no le dan trabajo y menos por el tiempo de la diálisis. A veces me sale unas horas de trabajo, pero cuando me siento mal no puedo ir, ya uno hasta de eso le toca depender...

Hasta de la comida debe uno tener cuidado: Que cuidado con el agua, con la sal, con los condimentos, que con las frutas, que mucha verdura... y cuando uno no tiene, ¿qué hace?

Lo más difícil que me ha tocado es no poder ver a mi familia. Antes yo viajaba cada año, ahora no he podido y los extraño mucho. Ya estuve averiguando y este tratamiento no lo hay en el pueblo, o sino yo me iba; aquí la vida es dura.

A veces estoy bien, pero se me bajan las defensas y es terrible; en esos momentos me siento angustiada... Ya uno no es lo mismo... Lo que uno mas hace es dormir... Hay días en que uno no quiere ni levantarse, se siente uno achicopelado, lo que antes le gustaba a uno ya no le gusta y al contrario, le da fastidio y como envidia de ya no poder ser como los demás.

Esta enfermedad le come a uno todo y le exige tener dinero para la dieta, pero yo no tengo y dependo de una hermana que me ayuda y con eso para el arriendo, para los servicios y lo que quede para comer, a veces paso hambre y me da mal genio cuando me dicen que necesito esto, que lo otro... Usted no sabe la necesidad que tengo de trabajar, de sentirme útil, de poder comprar al menos lo básico para mí.

Antes de ser diagnosticada con esto, yo pensaba irme para mi casa, con mi familia, quería que mi hijo terminara la carrera. Me toco sacarlo de estudiar por los gastos. Eso me duele mucho. Uno siempre desea lo mejor para sus hijos. A mi me habían hablado eso del transplante y hasta me había hecho la ilusión de que podía vivir mejor, pero cuando le pregunte al medico me dijo que eso era muy difícil y se demoraba mucho, así que ni para que vuelvo a preguntar.

A veces no quisiera volver, pero los síntomas son tan horribles que aquí estoy. Esto es horrible, pero es la única oportunidad de aliviar la enfermedad.

## HISTORIA DE VIDA TEMÁTICA<sup>82</sup>

### CASO 6

Ya llevo mas de 2 años de diálisis y toda vía no me acostumbro, al contrario yo no quiero vivir. Uno siente ganas de morirse, porque ya no hay vida. Yo soy ciego total; me dio una trombosis; ya no siento una mano, la otra medio la puedo mover. Igual sucede con las piernas, cada día me puedo mover menos. Siento mucho miedo, tengo miedo de quedarme solo; mi esposa es mayor que yo, y ya tiene sus achaques, si ella llega a morir que va hacer de mí: yo ni para tender la cama sirvo, ella hace todo por mi, porque no puedo hacer nada... Yo ya perdí la fe en

---

<sup>82</sup> Apartir del relato de vida de una o varias personas, se rastrea acerca del mismo objeto de estudio. Esto aporta riqueza informativa, constratación de información, posibilidda de generalización, pg 389 de EL ANALISI DE LA REALIDDA EN LA INTERVENCIÓN SOCIAL, los documentos biograficos, PUJADAS 1992

Dios, tanto pídale y pídale y estoy cada vez peor, siento uno como que ya no cree.

Cuando estaba bien o por lo menos veía, leía mucho, me gustaba bastante. Podía hacer muchas cosas. Ahora que estoy ciego que puedo hacer. Miro hacia atrás y extraño todo lo que hacía. Yo siento que no valgo nada... he perdido mucho, si no todo. Ya no puedo hacer nada. Yo podía construir muchas cosas y trabajé para empresas importantes. Ahora no. Ahora solo puedo soñar en lo que fue, por eso prefiero estar muerto.

Mi situación es negativa totalmente. Todo tiene que llevarme y cambiarme para un lado y para otro. He intentado caminar por la casa, pero me he caído varias veces y ha sido peor. Ahora tengo que permanecer en la cama o en la silla y de donde me dejen, no moverme. En una de esas voy y me caigo y quien me recoge. Mi señora ya no podría hacerlo, lo que antes me gustaba ahora me molesta. La música me gustaba mucho, pero ni eso puedo hacer ahora, solo cuando me hacen el favor de ponerla. No puedo manejar el equipo, ya para uno de viejo es difícil aprender. Yo estoy muerto en vida...

Ya tengo la lapida pegada al cuerpo...

Ya que cuento de aprender.

Antes yo era el que aportaba para todo en la casa, lo que se ofreciera. Ahora no apporto nada. Si yo pudiera volver a ver sería diferente, pero ahora estoy muy triste y permanezco sin ánimo y deprimido. Me molesta no poder moverme libremente, me molesta también tener que venir a diálisis, es una penuria, es un trabajo perdido, yo no me aliento, entonces para que... Yo a esto, no le veo cambio. No quiero seguir, prefiero no hablar.

## HISTORIA DE VIDA TEMÁTICA<sup>83</sup>

### CASO 2

Yo recuerdo que cuando me dijeron que tenía la insuficiencia de mis riñones, yo me sentía terrible, con borrachera, me daba mucha sequía, sueño, sentía el cuerpo pesado. En esos momentos recordaba a mis abuelos ellos sufrían de esto, yo pensé ¡huf!.... Me llegó la hora....

Cuando a uno le hablan los médicos en esos términos, uno no entiende de eso, solo quiere saber si está bien o está mal... Me hubiera gustado saber que era lo que pasaba... Uno se asusta mucho y más en el campo... todo el mundo decía es esto, es lo otro... pero uno sin saber. Lo único que entendí es que me tocaba venirme para Bogotá para dializarme... Yo no quería, imagínese uno viviendo toda la vida en el campo y ahora que me viniera para Bogotá porque o sino me moría, yo no sabía que era peor... Yo sentía mucho miedo, me sentía sola, me sentía como una criatura que empieza a caminar... Pensaba en mi esposo que tenía que dejarlo solo, pero yo pensaba que eso era de un momento y por tardar 1 semana estaría aquí... Llorando le pedía a Dios que intercediera...

Ya cuando llegué me pusieron en este tratamiento, era todo extraño y ya ahora me toca estar pegada a esta máquina...

Esta enfermedad me desespera, porque uno enfermo no puede andar como antes, como cuando uno está alentado... uno podía trabajar, hacia lo que a uno se le viniera en la cabeza, yo tenía toda la vida en el campo, allá vivieron mis papás allí vivían mis abuelos....mis hijos...

---

<sup>83</sup> Apartir del relato de vida de una o varias personas, se rastrea acerca del mismo objeto de estudio. Esto aporta riqueza informativa, constatación de información, posibilidad de generalización, pg 389 de EL ANALISI DE LA REALIDDA EN LA INTERVENCIÓN SOCIAL, los documentos biograficos, PUJADAS 1992

Yo halla tenia mis gallinitas, mis marranitos....

Vivía al borde de la carretera en un ranchito de pared en tierra.... Pero ¿sabe?... era mió y del viejo..... Ahora el esta solo.... Y por lo que me ha dicho todo se acabo.... Las gallinitas las cogió el animal por su cuenta y los marranos los acabo... Todo se acabo, lo que yo cuidaba se murió, ahora el viejo solo y con sus achaques desde que me vine, el ha venido 1 vez ya va hacer un año, no lo he vuelto a ver.....tengo que estar a que metida, pendiente de la diálisis, porque me malaqueo mucho.

Yo extraño tanto poder andar libremente. La vida del campo es eso libertad. Yo en el campo podía andar para arriba, para abajo, cundo yo quisiera.

Todo se acabo, uno falta en la casa y usted sabe como es eso....

Ahora barro, trapeo y cuando puedo hago de comer, le ayudo a mi hija... Pero eso no es lo mismo... Por lo de la diabetes ya casi no veo, me da tembladera por ratos y suelto lo que tengo en la mano, a ratos se me van los sentidos, todo me da vuelta y ya no puedo caminar como antes... Lo que si hago es dormir mucho, me da mucho sueño y mantengo con pereza y desanimada, a veces me voy a para y halla caigo... Eso me da miedo porque yo permanezco sola, mi hija trabaja todo el día y llega hasta en la noche.

Cuando me da el desespero quiero salir corriendo y me voy a caminar por ahí.....Hasta donde mis pies me lleven.

Yo extraño la vida del campo, porque era lo mío, yo me vine por esta enfermedad, mi esposo se quedo solo.. que mas podía hacer él, se quedo aburrido, quedo solito.

He tratado de sobrellevar la enfermedad, hasta que Dios lo quiera

Yo tuve 7 hijos pero todos ellos viven en el campo, cunado yo estaba halla nos podíamos ver, ellos iban de vez en cuando a verme... Desde ese entonces ya no los he vuelto a ver.

Esta forma de vida es de soledad, de no saber que va a pasar, yo no siento mejoría.

Yo le pido a Dios, yo creo que el me va a curar, los médicos no me dicen nada... pero yo presiento algo... Si ellos me dijeran que yo no voy a mejorar, prefiero no volver a las diálisis, con que ganas... con una razón de esas...  
¿Cierto que con esto yo me voy a curar?....

Cuando yo estaba en mi casa... Yo ayuda con los gastos, yo aportaba porque podía trabajar...yo desyerbaba cebolla, alimentaba trabajadores.....que no hacia...ya hasta de la comida hay que cuidarse, lo que antes podía comer, que se da uno gusto, hoy no puedo ni mirarlo.

Yo procuro pensar que no estoy enferma, prefiero no acordarme porque me ataca la tristeza y salgo a andar, me incomoda estar sola, todos los días estoy solítica, esa es mimador preocupación y el viejo que esta halla solo, el estar lejos de mi tierrita, necesito poder caminar y no estar sola, halla en la tierra uno tiene con quien hablar , con la comadre, con arte gente aquí uno es un desconocido, será lo único que me gusta cundo vengo a la diálisis con los compañeros nos hablamos, aunque a uno le da duro cuando no vuelve ha escuchar de alguno... piensa uno cunando me tocara.

Mi vida ha cambiado mucho, ya uno pierde las ilusiones de hacer algo, solo le queda a uno sobre llevar la vida, o lo que le toca a uno.

Esta enfermedad ha hecho que el final de mis días se acerque de una manera maluca sin poder decidir y sin poder estar activo como uno quiere y donde quiere; Aunque hace tiempo que perdí la vida, porque uno así enfermo para que sirve....

## HISTORIA DE VIDA TEMÁTICA<sup>84</sup>

### CASO 9

El día que me dijeron que tenía que dializarme, yo estaba en el campo de donde yo soy. Yo iba porque tenía que tratarme de otra enfermedad, pero resulta que tenía otra peor. De una vez me dijeron que tenía que ser trasladado a Bogotá para que me dializaran, no me explicaron que era, yo venía sin saber para que, pero uno jamás se imagina esto. Cuando me dijeron lo de la diálisis a mí no se me dio nada, yo sin saber que era, no sabía que pasaba.

Nunca imagine que el venir a Bogotá iba a hacer de por vida, le tocó a mi esposa y a mi mamá que se vinieran a acompañarme, la vida me ha cambiado tanto, no solo a mí sino a mi familia; aquí vivo con mi hijo de arrimado, a él es que le ha tocado enfrentar la situación llevar la carga. Yo extraño la vida que llevaba, yo trabajaba, podía desenvolverme en los quehaceres del campo (rozar el campo, el cultivar), en mis buenos tiempos yo cultivaba para comer, maíz, papa, arracacha. Yo antes era el que sostenía mi familia, ahora no hago nada y dependemos del sueldo de mi hijo, ellos me apoyan.

Yo prefiero no hablar de lo que siento con esta enfermedad, siempre he sido así. Solo sé que no sé que día por volver a tener mi salud, me dijeron que hasta que Dios quisiera yo iba a estar en diálisis. Pero espero en Dios. Yo les pregunto a ustedes ¿Habrán alguna posibilidad de que me curaran esta enfermedad? Porque esto no es vida, me cuesta mucho resignarme. Las cosas de la vida... tengo que venir a esto porque cuando lo hago me siento mejor, entonces ya uno vive para esto... Para depender...

---

<sup>84</sup> Apartir del relato de vida de una o varias personas, se rastrea acerca del mismo objeto de estudio. Esto aporta riqueza informativa, constatación de información, posibilidad de generalización, pg 389 de EL ANÁLISIS DE LA REALIDAD EN LA INTERVENCIÓN SOCIAL, los documentos biográficos, PUJADAS 1992

Lo más difícil es no poder trabajar, esto me pone triste, ya uno no puede responder por lo que le toca y ahora no se de donde voy a sacar para aliviar los gastos que se vienen con esta enfermedad, pero pensar que a uno le toca seguir viviendo porque que más. Esta vida es tan diferente, parece como si fuera otra, le toca a uno aprender otras cosas y las cosas que antes le gustaban a uno ya no le gustan. A mi antes me gustaba la música ahora es muy poco lo que me gusta, empezando que ya uno deja las amistades que tenía uno desde toda la vida, acá todo es diferente, se siente uno raro y solo, esto es otro mundo.

## HISTORIA DE VIDA TEMÁTICA<sup>85</sup>

### CASO 11

Ya llevo un año con el tratamiento. Lo primero que le dije al médico cuando me dijo lo de la diálisis, fue que si yo iba a quedar en una cama o pierdo mis ojos prefiero que no me hagan diálisis, yo así no quiero vivir, no me interesa. En ese momento tuve que decidir entre morir o vivir, el médico me dijo que yo iba a continuar como llevaba mi vida si cumplía con la dieta, los medicamentos y las diálisis. Yo no entendía que era diálisis. Cuando supe, yo dije se me acabo la vida; hasta aquí llegue. Ahora puedo decir que trate de seguir igual, pero eso sería mentir, mi vida ha cambiado, ya no puedo trabajar igual. Antes yo trabajaba todos los días de mi vida, yo salía de la diálisis y me iba a trabajar ahora no, ese día no hago nada y los otros días me ha tocado depender de otros para hacer mi trabajo... Lo más importante en mi vida es trabajar... Yo he trabajado todos los santísimos días de mi vida. La visión la estoy perdiendo y eso si que no lo soportaría. Yo he sido independiente, se trabajar pero para mi trabajo necesito de mis ojos sin ellos yo no soy nada, yo pienso que soportaría muchas veces la diálisis, pero el perder mis ojos, ruego para que ese día no llegue, porque ese día soy capas de atentar contra mi persona, yo prefiero morir.

---

<sup>85</sup> Apartir del relato de vida de una o varias personas, se rastrea acerca del mismo objeto de estudio. Esto aporta riqueza informativa, constratación de información, posibilidda de generalización, pg 389 de EL ANALISI DE LA REALIDDA EN LA INTERVENCIÓN SOCIAL, los documentos biograficos, PUJADAS 1992

Yo soy diabético hace 29 años, yo nunca me cuide por eso será que he resistido mucho tiempo sin limitaciones, ahora es que veo que cada día estoy como más deteriorado.

La vida cambia hasta el punto que hasta las papas hay que dializarlas (dejarlas en agua la noche anterior), tengo que tener cuidado con el potasio, el yodo, con todo, dejar alimentos que antes me gustaban. El ser diabético y todas las consecuencias que esto significa es tan grande que uno se programa, programa su vida y yo desde que supe que era diabético y que se podía heredar decidí no tener hijos, yo no me puedo imaginar un niño viviendo lo que yo he vivido, a toda hora maluco... eso no es vida y toda vía lo que falta por vivir, no quiero heredar dolor. Esto ha hecho que no pueda tener una pareja para compartir, yo no pienso en tener familia... para que... ¿para sufrir...? Ya renuncie a ser papá, eso es ponerse uno a sortear con la vida de un niño, es una ruleta rusa.

Con esto no solo sufre uno, sino también la familia. Ellos a toda hora que uno sale se quedan preocupados porque no se sabe si uno va a volver o cuándo le de a uno un "patatús", eso hace que uno se sienta a toda hora controlado, que si ya almorzó, que a qué horas, qué comió, qué adonde, que si ya se tomo la droga. Esto es muy harto. Se que lo hacen porque se preocupan, pero eso me hace sentir dependiente y me recuerda que estoy enfermo, que por más que yo quiera mi cuerpo no es como el de los demás, que mi vida es diferente y que yo ya soy diferente al que un día fui. Ya se pierde hasta la libertad de ser uno y tener que depender sino de una máquina, de una dieta, de las personas....

Me dio muy duro, llore, pero lo más duro fue ver a mi mamá sufrir,.ver su expresión; me sentí tan indefenso, en manos no se de quien; me sentí disminuido... es indescriptible.

Lo mas difícil de seguir en el tratamiento es mi dieta. Yo trabajo en la calle y no puedo llegar a pedir un almuerzo con papas dializadas, arroz bajito de sal, la carne en porción de gramos, yo no puedo hacer dieta. La confianza en Dios es lo que me tiene toda vía bien... Es difícil ver que los compañeros de diálisis se van o que pierden una parte, o que cada vez están peor... Cada vez que uno viene se pregunta si se van a estar todos, o quien estará hospitalizado, o quien se descompensa y cuando me tocara. Uno no tiene nada cierto. Lo que me ha ayudado es no sentirme enfermo, el hacer de cuenta que no lo estoy, pero a veces me pregunto que va a pasar cuando la enfermedad sea mayor y ya no pueda disimularla.

Yo no quiero llegar a quedar ciego. El día que yo quede ciego...se me acaba la vida. La diálisis yo la puedo manejar, pero la vida mía radica en estar en movimiento, en mantenerme ocupado y que tal yo ciego, eso me da miedo y arto... Yo lo único que quiero es trabajar, el estar ciego me va a significar no poder hacer nada, no poder mandar sobre lo que yo sé, si yo quedo ciego se va para el suelo el trabajo y yo con él.

Con esto hasta mi ánimo ha cambiado, la gente cree que yo vivo feliz porque trato de reír mucho, pero cuando me llegan ciertas épocas me pongo iracundo y ni yo me soporto... Me da rabia depender hasta para pasar la calle, coger un bus... no sé que va a pasar, solo quiero que esto pare.

## HISTORIA DE VIDA TEMÁTICA<sup>86</sup>

### CASO 4

Esta enfermedad es muy limitante, uno ya no esta completo, ya ha perdido parte de sus órganos y pensar que ya no se pueden recuperar. Pero yo sigo esperando que el Divino Redentor me va a curar, yo se que él me tiene que cambiar lo mió, sé que no tengo riñones, pero confié en el redentor. Yo vivo confiado, solo quiero tener la esperanza de soñar, que es lo único que me queda: soñar... Yo estoy esperando en que el Divino Redentor me acompañe y me deje pasar esta dolencia. Ya llevo casi un año con esto, sé que Dios pronto me dará lo que le pido.

Por esta enfermedad me toco venirme de mi tierra de donde yo era reconocido y respetado, todo el mundo me conca por los dones que Dios me dio. Yo era reconocido y felicitado por el cuerpo médico de mi tierra .. Como extraño yo esto... Antes yo, como hombre de la casa, proveía. Los enfermos iban a buscarme por sus dolencias, lo que los médicos no podían curar yo lo curaba, yo era el médico del pueblo, poeta, músico, odontólogo, mecánico, era una persona productiva, me sentía querido y reconocido por mi gente, tenia muchos amigos, ahora solo puedo soñar y vivir del recuerdo de lo que fui. Aquí no soy nada, la gente es muy diferente, todos corren, viven de las prisas, en mi tierra se vive de otra forma, aquí no puedo hacer nada de lo que antes hacia. Todo se quedo halla, mi esposa vienen de vez en cuando, ella no puede demorarse porque el clima y la altura le sientan mal, por eso ella esta mal, nos hablamos por teléfono.

Después de esto uno queda todo congestionado, ya uno no puede hacer un análisis correcto como antes, antes era acertado. Ahora no puedo ni dormir,

---

<sup>86</sup> Apartir del relato de vida de una o varias personas, se rastrea acerca del mismo objeto de estudio. Esto aporta riqueza informativa, constratación de información, posibilidda de generalización, pg 389 de EL ANALISI DE LA REALIDDA EN LA INTERVENCIÓN SOCIAL, los documentos biograficos, PUJADAS 1992

aunque me gusta mucho... Yo procuro estar alegre, aunque sé que ya no soy el de antes y el estar lejos de micas, de mi gente, de mi tierra es lo más doloroso y tener que depender de mis hijos.

## HISTORIA DE VIDA TEMÁTICA<sup>87</sup>

### CASO 14

Hace 2 meses que estoy en el tratamiento, yo ya tenía idea de lo que era la diálisis, tengo una amiga que es dializada hace 4 años. Ella me contaba que era muy feo, que uno salía muy mal y débil, lo que yo no me imagine es que me fuera a tocar a mí. Ella tenía razón esto no degusta me deja muy débil, lo malo es que me toca, salgo muy desalentada.

Con el paso de los días la miro como la única posibilidad que me dio Dios para vivir unos días más. Pero ya uno con esto se le acaban los derechos que uno tienen, como hacer libre, a podrá ir a pasear lejos y por varios días, se acaba la tranquilidad vive uno pendiente de la diálisis. A hora para completar perdí la visión totalmente, hasta para ir al baño tuve que pedir ayuda.

A mi esposo le da mucho pesar verme así, yo le digo que el que piensa, que si no se siente abandonado, que si no esta aburrido conmigo, el me dice que no que ya llevamos muchos años juntos y que ahora no le queda más que ayudarla. A mis hijos les dio duro que yo tuviera que estar conectada a una maquina y no querían que yo siguiera en el tratamiento, pero cunado les dijeron que era de vida o muerte lo aceptaron.

Yo siento que esto no es vida, yo me siento inservible, ya para que vivo, pero tratare de vivir hasta que Dios lo diga. Yo estaba acostumbrada ha hacer mis oficios a cocinar a lavar a barrer, ahora no sirvo para nada, ya no puedo estar activa, lo poco con lo que yo ayudaba en la casa a hora lo hace otra persona, entonces yo soy como una carga, ya no veo, no puedo salir sola, me tropiezo con

---

<sup>87</sup> Apartir del relato de vida de una o varias personas, se rastrea acerca del mismo objeto de estudio. Esto aporta riqueza informativa, constratación de información, posibilidda de generalización, pg 389 de EL ANALISI DE LA REALIDDA EN LA INTERVENCIÓN SOCIAL, los documentos biograficos, PUJADAS 1992

todo en la caza, se perdió la luz de mi vida, "mis ojos"...Esto es vida?. Esto seria más fácil si pudiera volver a ver.

A veces me siento tan cansada, tan sola, ya uno se convierte como en un mueble inútil, permanezco sola, yo trato de no hablar de esto con nadie de mi familia, ellos se preocupan y no quiero ser más carga de lo que soy. No es fácil depender de una maquina y ni siquiera poder conocerla, cuando empecé me daba miedo, me sentía indefensa y ala vez en riesgo, yo no puedo ver lo que hacen conmigo y me toca confiar en lo que los médicos y enfermaras hagan.

Lo que más me duele es que por la perdida de mis ojos, por lo inútil que soy perdí a mi nieto, yo a el lo crié desde que tenia 3 años, ahora tiene 11, mi hija decidió que yo ya no podía tener otra responsabilidad, que yo ya no podía llevarlo al colegio, ni hacer la comida, ya no lo podía cuidar y se lo llevo a vivir con ella y con el papá, ellos no saben cuanto lo extraño, ya no lo escucho y no lo puedo consentir. Al comienzo me fui a vivir con ellos para que no me diera tan duro pero...eso no es como estar uno en su casa, haya me sentí peor que un mueble y me devolví, dejando un pedazo de mi. Mi hija no permitió que el siguiera conmigo, se que mi nieto me extraña, con la mamá sufre y me da quejas, yo le digo que tenga paciencia, el tiene que acostumbrarse a su nueva vida, porque yo no se por cuanto tiempo voy ha estar aquí, ya no se cuantos son mis días, sé que mi hija es muy dura con él, claro el ya venia acostumbrado a una forma de vida diferente y ahora le toca otra.

La vida le cambia a uno cuando se enferma, ya ni la opinión de uno cuenta, a veces ciento no solo se murieron mis riñones, sino yo también. Pero seria más fácil si tan solo pudiera ver.

Cuando uno llega a vieja ya solo vive para morir. Lo único bueno que veo ahora es que por lo menos cuando vengo a la dialisis, estoy con más gente y tengo con quien hablar, hay a mi lado gente que vive cosas iguales a las mías, aunque cada

uno vive su vida como le toca. Lo último que le puedo decir es que esto ya no es vida, estoy agradecida con Dios por la oportunidad de vivir unos días más pero a cambio de que... me siento una carga para mí como para mi familia. Ellos ya no son los mismos, cada uno tiene sus responsabilidades, menos yo.

## HISTORIA DE VIDA TEMÁTICA<sup>88</sup>

### CASO 10

El día que me dijeron que me iban a dializar, llegue muy mal. Me dijeron que hablara con mis hijos. Sentí mucho miedo; era una decisión de vida o de muerte. Llore tanto ese día. Supe que estaba grave. Sentí que la vida se me acababa, mi fortaleza es Dios, le pido que me sane.

Cuando uno tiene una enfermedad en la que cada día se esta peor, todo cambia, se siente uno solo, es como si le tocara vivir otra vida, pero sola, en la que no puedes decidir, ni soñar con algo diferente a lo que te esta pasando. Lo que se había luchado por años, se derrumba y se pierde lo que nunca se pensó que se perdería, ya se empieza a vivir la vida que la familia decide que uno viva. Ya uno no manda ni en lo que se quiere comer.

De pronto una de las instancia que se ven más afectadas es la de la vida con su esposo; e l me dice con una cara de desesperanza mirándome “negra te acabaste”, siento que me tiene lastima, ya que mas puede uno aspirar, siento que el me reprocha muchas cosas, el me dice antes tu eras más activa, ya no eres la misma, has sobrellevado la enfermedad pero te has acabado mucho. yo anteriormente salía, trabajaba con costuras pero por lo de la diabetes se me acabo la vista, cada vez veo menos. Soy diabética desde hace 24 años y ahora me dializan hace 2 años, desde entones todo ha cambiado, yo me siento como si me tuvieran lastima, antes era una persona toda rellenita, llena de vida, esto me causa mucha tristeza.

---

<sup>88</sup> Apartir del relato de vida de una o varias personas, se rastrea acerca del mismo objeto de estudio. Esto aporta riqueza informativa, constratación de información, posibilidda de generalización, pg 389 de EL ANALISI DE LA REALIDDA EN LA INTERVENCIÓN SOCIAL, los documentos biograficos, PUJADAS 1992

A veces me siento una carga un estorbo y se los digo a ellos. Yo le doy gracias a Dios por este poquito de días que me ha dado, pero le digo yo, para que me da la vida sino es lo mismo, no se siente uno igual...Yo le pregunto a mi esposo si él se siente bien conmigo, él me dice que le da pesar y que siente miedo y piensa que me va afectar, por eso ya casi no hay contacto físico. Cuando me dice "negra tu ya no eres la misma" le digo "negro si ya no soy la misma procura irte búscate otra. Hasta hace muy poco yo lo sentía indiferente vivíamos en la misma casa pero distantes, yo sentía que no le importaba y él me lo demostraba, ahora o él ha cambiado o yo ya me acostumbre.

Yo veo la diálisis como una tortura, a veces pienso en no volver, pero los síntomas son insoportables. Me siento muy triste al verme tan disminuida. Con esta enfermedad todo es malo, si uno se come un helado malo, que si uno toma agua malo y con la sed que le da a uno; tiene uno que andar con la dieta exacta, si va uno a comer tiene uno que saber que va a comer, ya hasta de los amigos o fiestas se aleja uno, porque que tal uno llegar con la carta de lo que puede o no comer, vive en dieta hasta la familia, a veces se cansan y preparan lo que ellos pueden comer "mamá hoy vamos a prepara frijoles", a mi me encantan, los comí y ese día para el hospital, ni en la comida tiene uno libertad.

Yo sueño con irme para mi tierra natal a morir junto a mis padres y hermanos, lo que me ha detenido es la situación económica ya que ellos dirían y "esta mujer se viene y que será una carga, sin trabajar". Mis hijos me dicen mamá usted va a hacer una carga para ellos y yo lo se. Este plan yo lo tenía antes de enfermarme yo ya les había dicho que en menos de un año yo me iría a vivir con ellos; pero las cosas no son como uno las planea.

Se me hace tan difícil no poder trabajar, la pérdida de la visión me limita cada vez más y me hace depender por todo...para coger un bus, para pasar la avenida. Ya hasta prefiero no salir, me molesta escuchar de la gente el pobrecita, las amigas me tienen pesar y me recuerdan lo ágil, rápida, que yo era, era buena para las

relaciones comerciales dicen mis amigas; esto es tan deprimente que a veces no me gusta ni que me vean y mucho menos hablar, después de que yo era tan amigüera.

Uno nunca piensa que en estas enfermedades en el ahorrar para cuando uno sea viejo, yo trabaje duro pero nunca guarde nada, pensaba que la diabetes simplemente algún día pasaría o que no me afectaría de esta manera, ahora es cuando uno analiza pero ya es tarde. Siempre pensé que yo iba a seguir siendo la cabeza del hogar, ahora al quedar la cabeza sin hacer nada, entonces ya no soy importante, ya no soy tomada en cuenta, hay un cambio del cielo a la tierra, ya yo no mando, yo antes contribuía al hogar, lo sostenía, yo distribuía los gastos, ahora me toca estar pidiendo limosnas a mis hijos para el diario o regáleme para esto, éramos 3 personas aportando al hogar ahora solo aporta 1; yo antes regañaba y mandaba a callar ahora me regañan y me dice mamá usted no diga nada, no se me toma en cuenta para las decisiones importantes ni en la casa ni en nada. Se siente uno como un objeto pero inservible, ya uno no se puede antojar de nada porque con que lo compra y estar pidiendo es muy incomodo. Lo más difícil no es el venir a la diálisis, lo más difícil es perder tanto en tan poco tiempo, se pierde hasta uno mismo y su nacionalización se cae en el ser ignorado es como una muerte lenta en todos los aspectos. Lo único que me ayuda es la confianza en Dios.

## HISTORIA DE VIDA TEMÁTICA<sup>89</sup>

### CASO 7

---

<sup>89</sup> Apartir del relato de vida de una o varias personas, se rastrea acerca del mismo objeto de estudio. Esto aporta riqueza informativa, constratación de información, posibilidda de generalización, pg 389 de EL ANALISI DE LA REALIDDA EN LA INTERVENCIÓN SOCIAL, los documentos biograficos, PUJADAS 1992

Hace ya casi un año que estoy en la lucha. Esto es una lucha de todos los días. Yo trato de no pensar en el problema que tengo, ni en lo que significa; si lo hago hasta me puedo volver loco, se me corre la teja. Sinceramente sí; uno se acaba; ya uno sabe que cada día que pasa es uno menos y ya lo que se espera es la muerte.

Cuando me dijeron que tenía que dializarme y que por ser hipertenso se me habían dañado los riñones, yo ya tenía idea de lo que era, me afectó muchísimo. El médico subió al piso donde yo estaba hospitalizado y me dijo que ese día tenía que dializarme. Le dije que me dejara pensarlo, ese día yo no baje y no pensaba bajar, no quería saber nada. Al día siguiente el médico me ratificó que si yo no me dializaba moriría en cuestión de días. Yo no sabía que era más fuerte, el dolor físico o el psicológico, la tristeza, desesperanza y dolor eran inmensos. Tuve ayuda por medio de fármacos para la depresión, pero esto no era lo que yo necesitaba, no era lo que sentía que necesitaba. Yo creo que si me hubiera tomado todas esas pastas al tiempo mi dolor sería el mismo, no acostumbro a huirle a las cosas de la vida y mucho menos ha ser dependiente de unas pastas, no quería que me trataran como loco, yo solo quería ser escuchado, que alguien me entendiera y escuchara mi desesperación, mi soledad; quería saber porque..., que podría pasar después, qué podía esperar de esta enfermedad, "solo que me atendieran". Quizá esta enfermedad hizo que explotaran muchos dolores y rabias que yo tengo adentro.

Venía de la separación con mi esposa ya hacía 2 años, aunque fue lo mejor hay cosas que uno no olvida y además el contacto con mis hijos era mínimo. Cuando mis hijos supieron de mi enfermedad ellos se "abrieron", les dio miedo y me dejaron en el hospital; cuando yo más los necesitaba, duraron como 2 meses sin venir, del tiempo que he estado hospitalizado si vinieron 5 veces fue mucho, ellos no querían tener ninguna responsabilidad conmigo. Cuando me dieron la salida yo no tenía adonde ir, nadie me colaboró, a nadie le importe. Yo pensaba ahora que voy a hacer, como voy a trabajar. Yo pagaba una pieza, tenía mis cosas,

tenia trabajo pero con esto lo perdí todo, lo poco que tenia se lo robaron mientras estuve hospitalizado; gracias a la Trabajadora Social que me ayudo a conseguir a donde ir es que ahora vivo en este hogar. Salí del hospital directo para el hogar, ese día fue muy duro, si tenia a donde ir, pero nadie me esperaba, todo era desconocido, parecía una nueva vida, pero muy triste. Se que todavía no logro adaptarme. Lo más duro es el golpe psicológico del encuentro con la otra gente, eso no fue agradable, allí la gente es mucho mayor que yo, yo soy uno de los más jóvenes, y tienen grandes limitaciones físicas y psicológicas, pero yo no me siento así, yo venia de ser un trabajador independiente, de vivir con lo que yo trabajaba, de salir cuando y adonde yo quería y sobre todo era útil para mi mismo.

A veces pido permiso y salgo a caminar doy una vuelta y vuelvo. Son contadas las personas con las que yo puedo hablar, a uno le hace falta dialogar con personas que lo entiendan y en el hogar esa es una de mis tristezas; allá cada uno esta en su mundo cerrado. Uno allá se siente muy incomodo, olvidado, solo, el golpe ha sido muy duro, tengo muy poca comunicación, mi enfermedad y el estar en el hogar es muy difícil... Yo pienso que como esto es una enfermedad terminal, quizá por lastima mis hijos vienen a verme muy de vez en cuando, se que ellos están muy ocupados con sus cosas....Pero me toca seguir viviendo esto es muy duro..... Hasta mi ánimo ha cambiado, recuerdo que antes me gustaba ir a bailar y me gustaba la salsa, ahora la música me deprime y termino llorando...Me duele mucho recordar lo que fui, lo que tuve y ver lo que ahora soy y quien sabe con el tiempo lo que seré, si Dios no lo remedia.... ¿Que me queda?...

Me duele lo que he perdido, pero lo que más me duele y siento más fuerte es que he perdido mi autoestima, siento que no valgo nada. Me enseñaron ha estar activo, a ser útil, a no depender, a ser fuerte; el hombre de hoy es depresivo, débil y hay días que son invisibles y pienso que cada día que pasa es un día más cercano para el cementerio. En cualquier momento me descompenso y hasta hay llegue. Usted no sabe lo que es escuchar que uno de nosotros muere. Uno alcanza a tener cierto grado de amistad con los de la unidad, pero se piensa: "hoy

le toco a este y mañana a quien”, ha sido difícil también saber que mi compañero ya se fue. Uno con esta enfermedad lo único seguro que tiene es la muerte, cada día uno se siente más deteriorado y cansado. La única opción es el trasplante pero ya estuve averiguando y esto es muy difícil por lo de la compatibilidad y porque no hay gente que done órganos., eso es una lotería.

Con el paso de los días uno esta tan solo con su situación que no tienen con quien hablar, a quien comentarle lo que piensa ese día, del miedo o tan solo...” ¿hombre como esta?”...

## HISTORIA DE VIDA TEMÁTICA<sup>90</sup>

### CASO 3

Llevo dos años con la enfermedad. Ese día me hicieron exámenes y me dijeron que me iban a dejar hospitalizada. Yo dije que no porque mi hijo estaba solito. Pedí que ese día me dejaran ir a la casa con el compromiso de que al día siguiente me quedaría hospitalizada, igual al otro día me toco dejar a mi niño solito y pensaba, será que lo volveré a ver y llame a mi hermana. Ella dijo mas tarde yo voy por el niño, ella sabía que el estaba solito... mi pensamiento estaba con el niño. Me hicieron el favor de llamar muchas veces y nada que lo recogían. Yo les decía a los doctores que si no lo recogían yo me iba; como iba a dejar al niño solo. El medico me decía que era de vida o muerte que me dejara dializar. Por fin por la pura tarde mi hermana se acordó de mi hijo y fue a recogerlo. Hasta ese entonces tuve tiempo para pensar lo que me estaban diciendo, o mejor para analizarlo. Me dijeron que estaba muy mal de los riñones y me explicaron que era y que dependía de mí si quería vivir o morir y me dejaron un tiempo sola para que lo pensara. Yo me quede sola pensando. El mundo se me hacia grande y blanco,

---

<sup>90</sup> Apartir del relato de vida de una o varias personas, se rastrea acerca del mismo objeto de estudio. Esto aporta riqueza informativa, constratación de información, posibilidda de generalización, pg 389 de EL ANALISI DE LA REALIDDA EN LA INTERVENCIÓN SOCIAL, los documentos biograficos, PUJADAS 1992

yo me sentía muy pequeña y pensaba: yo que voy a hacer. Pregunte que pasaba si no me dejaba poner el catéter y me respondían que solo tendría días de vida, que esto solo era como para alargarlos un poco, que era cuestión de vida.

Casi enloquezco, solo recuerdo que corrieron mucho y me dializaron en la noche, estaba tan mal que yo pensaba que en ese momento me estaba muriendo. Recuerdo tener mucho sueño, pero no podía dormir, tenía unas pesadillas horribles; yo sentía que el demonio ya venía por mí. Yo me sentía volar, entonces ore mucho y le pedía a Dios que me dejara otro tiempo porque todavía mi hijo estaba muy pequeño. En la mañana llegó una enfermera y ella me ayudó a orar. Ella me explicó que debía dormir y descansar porque estaba muy débil. Tenía mucho miedo. Después de un tiempo pasó y me dejaron poner el catéter por mi hijo.

Unos días antes de la hospitalización yo no podía dormir, me sentía agitada y no podía caminar ni respirar. Mi niño tenía tres años, yo estaba trabajando y procuraba tenerlo conmigo las 24 horas del día. Cuando me enferme, duré unos días con mi hermana. Una vez le dieron permiso al niño para que me viera porque yo permanecía muy deprimida, triste y lloraba mucho por él, cuando lo vi, sentí mucha alegría, pero también tristeza porque me lo llevaron sucio y descuidado, él me miraba y me abrazaba. No saben cuánto me dolió.

Recuerdo sentirme muy pequeña, yo miraba por la ventana del hospital y veía todo tan grande, inmenso, que yo me sentía contra el piso. Todo se me cerraba, todo lo veía blanco, sentí que se me acababa la vida y lo peor de todo no tenía a quien contárselo, a quien decirle que me estaba muriendo, no tenía quien me consolara, quien me dijera algo, quien me dijera tranquila, o todo va a salir bien. No tenía a nadie. Estaba yo sola, completamente sola, tomando decisiones. Me explicaron que era una enfermedad terminal y bueno yo pensaba ya me voy a morir y al mismo tiempo me daba ánimos, pensaba quizás ya es la hora, ya he disfrutado la vida. Me tocó esto y bueno que le voy a hacer.

En un momento pensé que menos mal era yo y no mis hijos u otra persona de mi familia. Me toco a mí. Yo tenia idea de la enfermedad porque un prima hermana murió de eso, yo estaba muy niña, yo la veía a ella sufrir con esta enfermedad, con esta enfermedad día a día, así que se de que se trata.

Ahora pienso y estoy muy contenta de saber que tengo una esperanza, lo del trasplante. Yo no quiero nada mas, ni fístulas, ni chuzones, ni maquinas, ni peritoneal. No quiero maquinas, no quiero seguir así. El tiempo que me quede no lo quiero seguir viviendo así, a veces me pongo tan mal, me siento tan débil, con dolor de cabeza y saber que uno el tiempo que vaya a vivir tiene que estar pegado a la maquina, eso no es vida, yo tengo la ilusión de que me hagan el transplante y que quede bien, no solo por mi, sino por mi hijo, esta muy pequeño.

Yo se que hay riesgos, que uno se puede morir, pero yo prefiero eso, morir intentándolo y no resignarme a que voy a seguir así y en cualquier momento me muera; y que pasaría con mi hijo, a quien se lo voy a dejar. Yo pienso mucho es en el niño, yo no quiero dejarlo tan pequeño. Mi hijo mayor ya se defiende por si solo, además él no vive pendiente de mí, yo nunca le he importado, quizá por que se ha criado con la abuela.

El niño pequeño es muy especial, donde yo falte con quien lo dejo, con quien se queda él. Con el papá nunca lo dejaría. Él es un mal ejemplo para mi hijo, mantiene borracho a toda hora. Él no comparte tiempo con el niño, nunca e ha importado. Muchas veces nos ha visto aguantar física hambre y a él eso lo tiene sin cuidado.

Todos saben lo que me sucede, pero nadie en mi familia se preocupa por mí. Ni siquiera una llamada para saber como estoy, como me siento. Yo creo que yo me muero, me entierran y nadie sabe que paso conmigo.

Mi vida ha cambiado tanto. Lo que antes me gustaba ahora me disgusta. Poco salgo, no me gusta dejar mi niño solo, yo me disgusto cuando la gente se queja por nada y les digo yo cuanto daría por tener lo que ellos tienen, con todas las dificultades que tengan, no importa ello tienen vida para solucionarlos. Yo tengo lo que me da una maquina y jamás podré tener lo que las personas sanas tienen y lo queso significa. Yo preferiría que me faltara una parte de mi cuerpo, un brazo, una pierna y no esta enfermedad y lo que esto significa, la soledad.

Yo le digo a mi hijo mayor que ahora es cuando necesito de él. Ahorita, mi felicidad seria vivir con mis dos hijos o por lo menos saber que les preocupo.

Yo les digo por que esperar que yo este muerta, yo no podré verlos que van a verme, ni para que me van a llevar flores... para que, ahora, en vida es que yo quiero que me demuestren que me quieren, o que al menos se acordaron de mi o algo; yo no me acuerdo de haber recibido un cariño de mi mama o que me ayudara, jamás, a hacer las tareas, por eso yo procuro hacerlo con mismo niños, especialmente con el mas pequeño, todo el tiempo le digo que lo amo y le digo: "yo voy a luchar por ti" y le pido perdón, porque el dolor de esta enfermedad hizo que yo me volviera una mujer dura, amargada y en muchas ocasiones me desquite con el, le pegaba tan duro. Eso me duele...

Yo me pregunto por que mi mama no puede al menos regalarme una llamada, yo se de ellos porque yo soy la que llamo...

Esta bien ella no lo hace, pero porque nadie mas lo hace, nadie. A la única persona que le importo es a mi hijo. El es mi motorcito. Por el es que yo vivo. El se preocupa, me lleva la droga, el agua y me parte el alma cuando le reza a Dios para que yo me cure. Le dice: "Diosito, sana a mi mamita, si, si..." y se va corriendo a donde yo estoy y me dice: "Mami, Diosito me dijo que ya pronto te vas a sanar..."

Cuando el se porta así yo me tengo que sanar, yo me alivio.

Al comienzo yo no venía a las diálisis, me daba muy duro. Era peor venir a ellas, al punto que yo les pedía a las enfermeras que aplicaran una inyección para que muriera. Yo sufrí mucho... lo único que me hace soportar es mi hijo. Siempre pensaba que él estaba solo en la casa encerrado, por eso yo tenía que llegar, yo tengo que llegar. Muchas veces tenía que estar hospitalizada porque tenía que llegar. Con quien dejaba a mi hijo. Además él me estaba esperando.

Aquí le dicen a uno lo de la dieta, pero yo no puedo hacer una dieta, de lo que yo gano depende mi hijo, con eso pago arriendo y servicios y con lo que sobra, si es que sobra trato de hacer algo de para los alimentos, por eso es tan importante lo de mi trasplante. Se que también la alimentación, pero con que la compro. Tengo que pensar en el alimento de mi hijo y la mía porque es diferente. Pero yo gano muy poquito. Yo antes podía trabajar más. Ahora se me disminuyeron las horas de trabajo. Yo trabajaba de ocho a nueve de la noche y ahora solo trabajo de seis PM a nueve PM, que puedo ganar.

La gente debería entender que ya uno no puede trabajar igual, pero si saben que uno en cualquier momento se enferma y por eso lo rechazan, pero igual el rendimiento que uno da no es el mismo que cuando estaba sano.

Yo he buscado ayuda con la comunidad y con algunas entidades, pero no la he conseguido. Me miran y me dicen que yo estoy muy joven y que puedo trabajar. Ojala pudieran entender.

Mi enfermedad me han significado muchas cosas dolorosas, yo antes vivía mejor, ahora he perdido la tranquilidad, yo ahora todo el tiempo estoy pensando que me voy a morir, tengo la muerte presente las 24 horas del día. He aprendido con esto uno esta bien y en cualquier momento se muere. Yo he visto morir niños y jóvenes... yo no le tengo miedo a la muerte, le tengo miedo al dolor que es tan

fuerte y a dejar a mi niño solo y tan pequeño, de lo contrario yo a veces deseo morirme. Al principio de mi enfermedad pensaba en como quitarme la vida. En esos momentos los síntomas son peores y ahí si que no podía trabajar. Muchas veces no tenia que darle a mi niño. Yo llamaba al papa de mi niño y le decía y le mostraba la alacena, para mi no importaba, pero para el niño si. No hay nada mas difícil escuchar a su hijo decir tengo hambre y no tener que darle y un bien enfermo. Al comienzo de la enfermedad yo ya no veía y tenía que venir a la diálisis prendida de las paredes. Un día pase por donde la virgen y le dije: “virgencita tengo esta enfermedad, yo se que me voy a morir de esto, pero al menos devuélveme la vista, que pueda vivir por el niño, el tiempo que me quede, para poderlo bañar, para hacerle de comer...” yo llore mucho.

Recuerdo que yo parecía un monstruo, a mi me daba pena salir a la calle. Permanecía tapada, yo era un solo esqueleto y la cara era hinchada, no salía sino para la diálisis. Mi hijo estaba pálido y flaco de tanto estar encerrado y andaba furiosa con la vida, conmigo, con todo y lo castigaba mucho. Por los desordenes que hacia, pero cuando lo hacia me dolía mas a mi... yo pensaba no le doy nada y encima hasta le pego. Gracias a Dios reaccione y empecé a cambiar y a salir. Empecé de nuevo a buscar a mis amigas, pero todo se me complicaba, yo no tenia con que pagar el arriendo, la señora de la casa me decía vallase por favor. Yo le suplicaba que no me echara y menos con el niño. Entonces empeñe todo lo que tenia para poder sobrevivir. Dios me envió un ángel y hay una señora que me ayuda mucho. Ella le ha quitado el hambre a mi hijo es como una mama, pero lo que mas le agradezco es que esta pendiente de mi y me visita todos los días, usted no sabe lo importante que es eso para mi. Ahora se que cuando me enfermo mucho, cuanto con ella, lo que no hace mi familia. Ahora tengo mas amigas y me siento mas apoyada. Estas personas que han llegado a mi vida también me han ayudado a sobrellevar mi situación. Ojala mi familia supiera lo importante que son para mi y lo mucho que los necesito. Si mi mama supiera el consuelo y lo rico que siento con solo decirle “hola mama” y escucharla. Ya hace diez años que no la

veo. Se que con el trasplante voy a disfrutar mas la vida y podré estar con ella y con mis hijos.

## HISTORIA DE VIDA TEMÁTICA<sup>91</sup>

### CASO 13

Los primeros meses de la diálisis me sentía muy deprimida, me la pasaba llorando; yo entraba y a lo que me conectaban siempre lloraba. No aceptaba que nadie me hablara; vivía de muy mal genio, con rabia con todo el mundo. Solo quería llorar. Así transcurrieron como cuatro meses. Me dolió muchísimo.

Cuando a mi me digeron que tenia que dializarme, yo ya sabia que era eso. Yo conocía a una persona que tenia que hacerse el tratamiento y se cuanto ha sufrido. Yo en ese momento me quería morir. Recordaba al muchacho que le hacen eso y es terrible. El tiene los brazos muy feos con cicatrices por todos lados. Yo pensaba que para quedarse sufriendo mejor que Dios me llevara.

Lo que me dio valor de seguir fue mi hijo. Tenia tanto miedo y necesitaba tanto de mi esposo que lloraba a toda hora; quería conocer mas de lo que me estaba pasando, pero no me atrevía a preguntar por miedo, solo me detenía a pensar que pasara lo que pasara tenia que salir adelante por mi hijo,.

Para mi ha sido muy difícil, ya que para ese tiempo el que era mi esposo no trabajaba en Bogotá y yo permanecía sola. Me deprimía mucho. No me gustaba que nadie me hablara, ni mi familia. Me la pasaba durmiendo. Necesitaba tanto de él, pero él nunca estuvo. Mi enfermedad no solo me ha causado daño a mí, sino a mi familia. Para mi mama y mi papa ha sido duro, pero es curioso porque el apoyo que tengo de ellos es mínimo.

---

<sup>91</sup> Apartir del relato de vida de una o varias personas, se rastrea acerca del mismo objeto de estudio. Esto aporta riqueza informativa, constratación de información, posibilidda de generalización, pg 389 de EL ANALISI DE LA REALIDDA EN LA INTERVENCIÓN SOCIAL, los documentos biograficos, PUJADAS 1992

Quizás lo mas difícil que me ha tocado vivir es que yo se que mi esposo se canso de mi. Él es soldado profesional. Cada vez que el venia, cada tres meses, el llegaba y yo siempre me enfermaba y siempre estaba en el hospital, por eso se canso. El me dijo antes de separarse de mi que estaba cansado, que siempre que venia de permiso yo estaba enferma, que ya ni me veía porque yo estaba en le hospital y que había conseguido a otra persona mejor que yo y lo trataba mejor; por eso se iba...

Yo ya tenía a mi niño, él tenía tres años y medio. Ahora por ahí de vez en cuando llama. Eso si, me ayuda con el niño.

Lo que mas me dolió que él me hiciera es que me quitara el seguro. Él sabía que yo lo necesitaba, pero él lo hizo porque yo en medio de mi rabia le conté a la nueva compañera de él de mi existencia y de la existencia de mi niño, ella me dijo que no conocía nada de esto. Cuando él se entero de lo que había hecho me dio una muenda que casi me manda otra vez al hospital...

Así terminó todo.

Antes de que yo me enfermara estaba trabajando, podía ayudar para los gastos de la casa, para mi y para mi hijo, pero empecé a perder la visión y a hincharme y a estar incapacitada, hasta que el jefe me dijo que yo no podía continuar, que era mejor que me saliera y me cuidara y se terminó mi contrato. Después de eso me la pasaba hospitalizada y en diálisis.

Esta es la segunda vez que me sacan de diálisis. Espero no volver...

Cada vez que necesito la diálisis lo se porque pierdo la visión, se también que es por la tensión alta que me afecta los riñones. Ahora puedo decir que lo único bueno que me ha traído la enfermedad es mi compañero de ahora, porque es un muchacho que me trata bien y se preocupa por mí y por mi hijo.

Al comienzo, cuando empecé con él yo tenía miedo de decirle de mi enfermedad, pero me decidí y cuando lo supieron, él y su familia me apoyaron, mi hermana me ayudo, porque cuando el supo que estaba en el hospital y ella le contó. El se molesto porque yo no le había contado antes. Ahí me di cuenta que él era sincero conmigo. Él es una bendición, esta pendiente de mis medicamentos y me siento segura con él.

Ahora estoy muy contenta porque ya no me hacen diálisis. Ojala que no tenga que volver. Yo antes ya había salido de diálisis pero volví a recaer. Ojala no sea igual. Eso de ir tres días a la diálisis por tres o cuatro horas y fuera de eso el tiempo de viaje, es un tiempo que puedo dedicarle a mi hijo. Cuando estaba yendo, no estaba pendiente del niño en ninguno de los turnos y eso era lo que mas me molestaba, sentía que lo estaba abandonando, salía de mi casa y no sabia que iba a ser de el, con su almuerzo, con su desayuno, con sus tareas o con quien iba a estar, también me molestaban los chuzones y el tiempo que iba a estar allá.

Al comienzo la diálisis me hacia sentirme bien, pero a veces me sentía peor con ellas. A veces no iba pero eso si que era peor.

Mi compañero esta muy contento y me dice que ojala no tenga que ir por allá. A él le duele que yo tenga que estar tres días por allá. Esta enfermedad es de lo más limitante que puede haber.

Me preocupa el hecho de no poder volver a ser mamá, me asusta porque el de pronto se puede volver a conseguir otra. Ahora me gustaría tener otro hijo, pero no se si pueda. Yo pienso que no se puede, el doctor me dice que yo no puedo tener otro hijo, ya que el niño puede morir o yo. Mi esposo me dice que esa es cosa de mi Dios, que si el quiere que yo salga embarazada eso son cosas de Dios, le da miedo que me pase algo, pero... quiere tener un hijo como todo hombre. Pero

me da miedo y me preocupa mucho mi hijo. Es terrible pensar que ya ni eso pueda hacer...

Ahora me siento libre y alegre, antes yo no quería ir a la diálisis, eso me aburría muchísimo, tener que irme y tener que dejar al niño por ahí.

Cuando uno esta allá acostado se siente uno tan solo en el mundo. A veces uno esta más deprimido que otros días, tiene más miedos y más soledad. En esos momentos me hubiera gustado poder hablar con alguien, porque uno quiere alejarse de lo que uno siente cuando esta allá, pero ni eso se puede hacer en ese lugar porque todo el mundo esta poniendo cuidado de lo que uno dice y además el ruido es insoportable. Cuando uno llega allá lo único que desea es dormir y despertar cuando ya le toque irse.

Antes de eso me gustaba ir a bailar, ahora no, me siento mal hasta en las reuniones familiares. Yo veía a mi familia divertirse, ojala a personas de mi misma edad y me daba rabia, me sentía pequeñita. Yo ya me siento anormal y menos que los demás. Yo pensaba que quien podría sentir algo por mí después de que mi esposo me dejo, a sabiendas de que yo no era una persona sana.

Yo deseo poder trabajar, terminar mis estudios y terminar alguna carrera. No continué porque quede embarazada y ahora no puedo hacerlo por que no tengo el dinero, tal vez mas adelante, ahora lo mas importante que tengo es mi niño y mi esposo... él me valora y yo le importo, al otro no le importaba.

Hablar de esto me produce mucha tristeza y nostalgia... Es horrible estar allá... No quiero ni imaginarme que tenga que volver... No se que sería de mi...



ANEXO 25

(FORMATO HISTORIA DE DUELO)

HISTORIA SOCIAL DE DUELO PARA PACIENTES DE LA UNIDAD RENAL DEL HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR

Nombre

Edad:

Horario:

Fecha de ingreso a la unidad renal

Motivo por el cual acepta hacer parte del acompañamiento social en pérdida.

Porque hay ocasiones en que uno necesita hablar con alguien y desahogarse, uno procura no hacerlo en su casa ya que a veces se ponen bravos o no me entienden y se preocupan. Esta enfermedad es muy deprimente.

Cuales son las expectativas del paciente al ingresar al programa de acompañamiento social en duelo.

Poder desahogarme y hablar.

¿El paciente manifiesta que desea que este acompañamiento se realice a nivel familiar?

¿Cuál fue el sentir del paciente cuando le diagnosticaron la insuficiencia renal crónica?

DESCRIPCIÓN		OBSERVACIONES
Soledad		
Miedo	X	
Estrés		
Necesidad de cariño	X	
Oración	X	Gracias a Dios tengo la oportunidad de vivir unos días, aunque para que...
Llanto	X	
Enojo		
Necesidad de conocer mas de su enfermedad		
Ira		
Modificación de relaciones (+/-)		
Procuró nuevas relaciones		
Pensó en desarrollar nuevas habilidades		
Descubrió aspectos desconocidos de usted mismo		
Fortaleza		
Aumento su deseo de vivir	X	A veces deseo vivir más, pero no así siendo una carga para los demás.
otros		

¿Cual es la Percepción (significación) general del paciente frente a su situación médica renal (descripción), actual y futura?

La paciente refiere que le toca seguir viviendo por voluntad de Dios, pero lo que más le cuesta es tener que resignarse a cada vez ser más inservible e inútil. Por su nefropatía daiabetica la paciente perdió en la totalidad la visión. Menciona que la IRC, seria más llevadera si “tan solo mis ojos tuvieran luz”, “quien sabe ahora que me falta por perder”.

¿La insuficiencia renal crónica es percibida por el paciente como una perdida?

Clasificación de la pérdida:

Perdida real:<sup>92</sup> (observación, verificación historia clínica)

Perdida sentida<sup>93</sup>

Fuentes de perdidas (duelos anteriores)

- pérdida de partes del cuerpo, habilidades, capacidades
- perdida de una persona querida. (Tiempo)
- perdida de un ambiente conocido, familiar, de relación aportante de seguridad (Tiempo)

Perdidas a nivel de:

Divorcios	descripción	Recibió apoyo. De quien
Vivienda		
Problemas laborales		
Perdida de relaciones personales		
Otros		

<sup>92</sup> Perdida que puede ser verificada por las personas que lo rodean, Discapacidad y estimulación pg 161

<sup>93</sup> Es aquella que es experimentada por la propia persona, sin necesidad de ser verificada por las personas que lo rodean , Discapacidad y estimulación pg, 161,

¿Qué cambios positivos o negativos caracterizan el estilo de vida de los pacientes después de diagnosticada la insuficiencia renal en aspectos como:

	Descripción	Observación	¿Recibió apoyo? ¿De quien?	Val.
personal				
Familiar				
Social				
Sexual				
Religioso				
Laboral				
Otros				

#### DINÁMICA FAMILIAR

¿Qué rol desempeñaba el paciente antes de diagnosticada la patología?

¿Qué rol desempeña el paciente en la familia actualmente?

¿Qué adaptaciones (capacidad de resiliencia), ha tenido que hacer el paciente en relación a su familia?

¿Cómo cree usted que su familia o institución vivencia su diagnóstico?

¿Cual y como es el apoyo, actitudes y aptitudes frente al diagnóstico del paciente por parte de la familia?

#### ASPECTO EMOCIONAL

¿Cual es el estado de ánimo y sentimientos más frecuentes del paciente frente a su situación actual y futura son esporádicos o permanentes?

Que situaciones le causan gran incomodidad

¿El paciente percibe que ha tenido cambios de carácter después de diagnosticada la patología?

¿Cuales son las preocupaciones mas frecuentes del paciente y por que?

¿Cuales son las necesidades mas frecuentes que percibe el paciente?

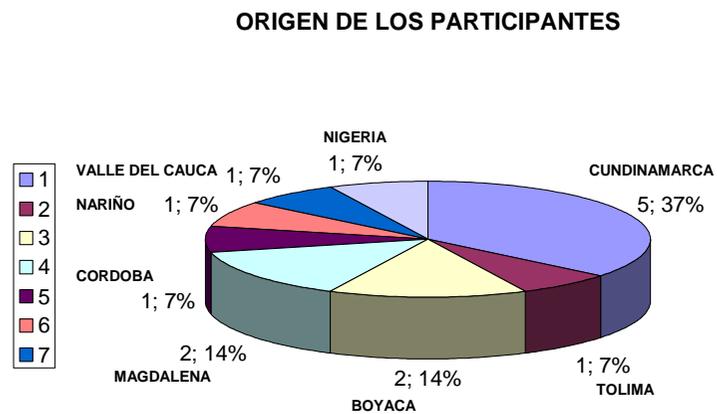
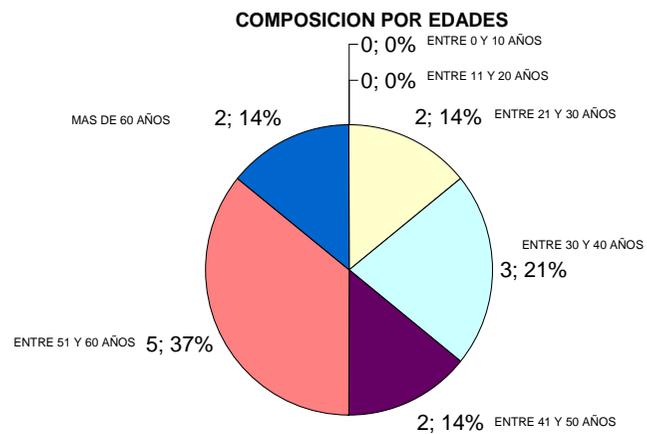
¿Existe alguna diferencia del proyecto de vida antes del diagnostico en comparación con el que esta construyendo ahora? Cuales?

¿Cual es el pensamiento o sensación mas sobresaliente o frecuente en el paciente ante el hecho de asistir tres veces por semana al tratamiento de hemodiálisis?

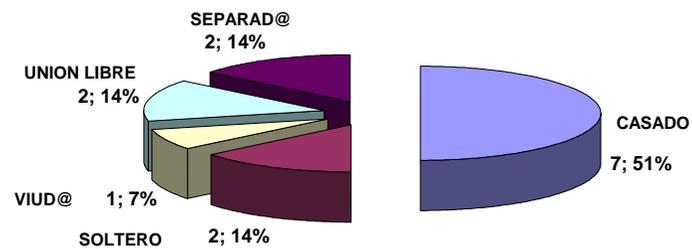
¿Cual es la opinión del paciente frente a la posibilidad de realizar actividades anexas y/o durante la hemodiálisis?, Cuales podrían ser?

¿Cual ha sido la perdida que manifiesta el paciente le ha representado mayor grado de dificultad? Porque?

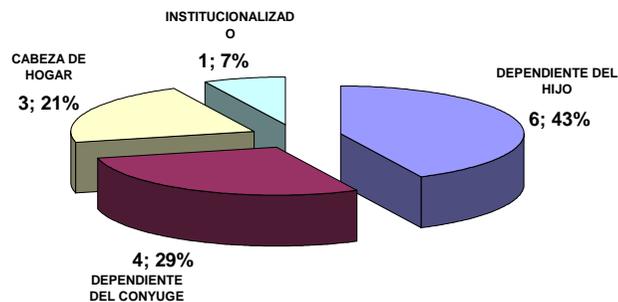
## ANEXO 26 ESTADÍSTICAS ANÁLISIS HISTORIA SOCIAL



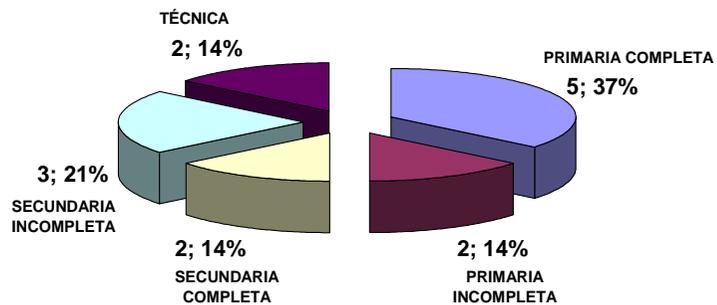
### ESTADO CIVIL



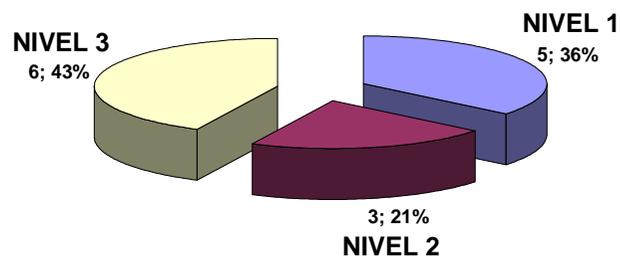
### ESTADO DE DEPENDENCIA



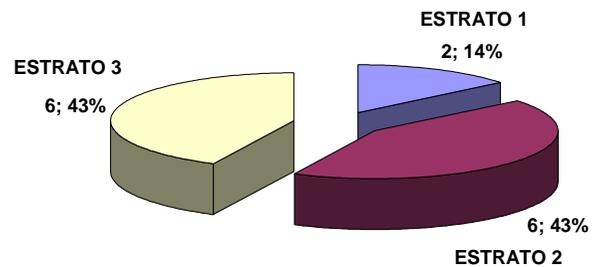
### ESCOLARIDAD



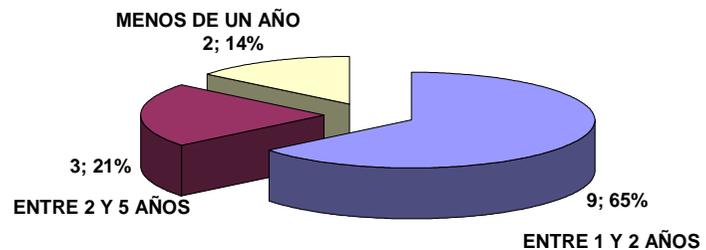
### NIVEL DEL SISBEN



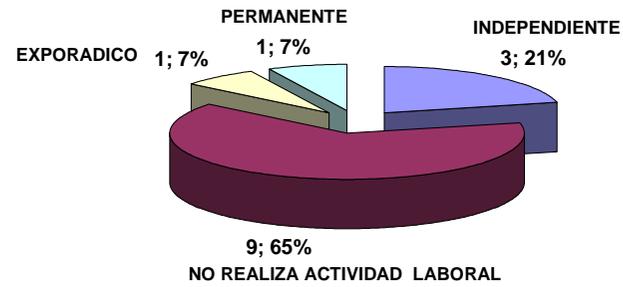
### ESTRATO SOCIOECONOMICO



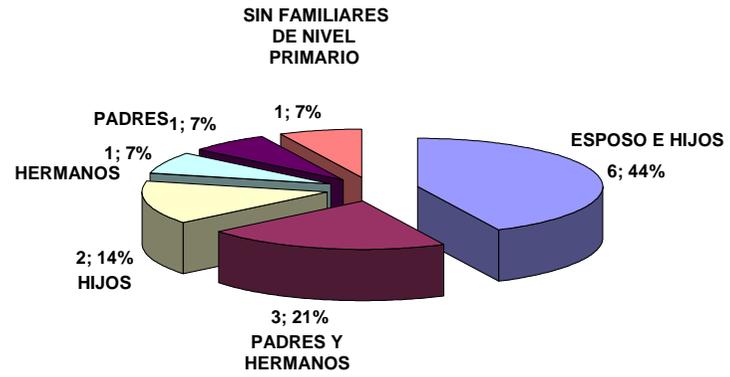
### TIEMPO DE PERMANENCIA EN EL TRATAMIENTO



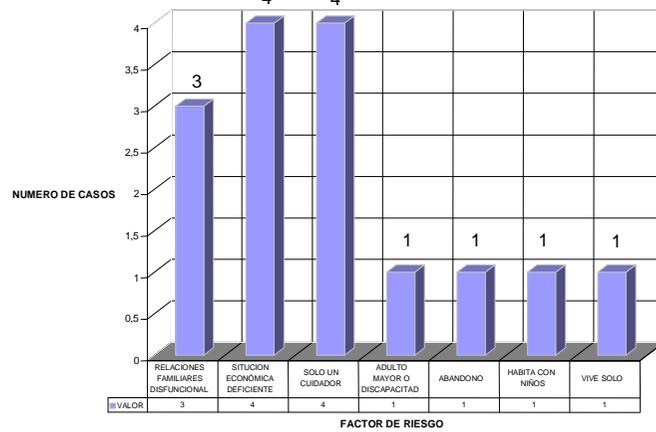
### TIPO DE TRABAJO DEL PACIENTE



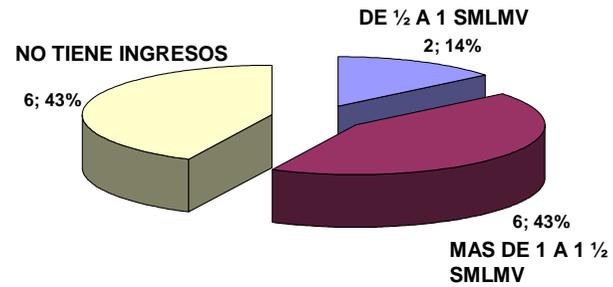
### CONFORMACIÓN DE LA RED DE APOYO (PRIMARIO)

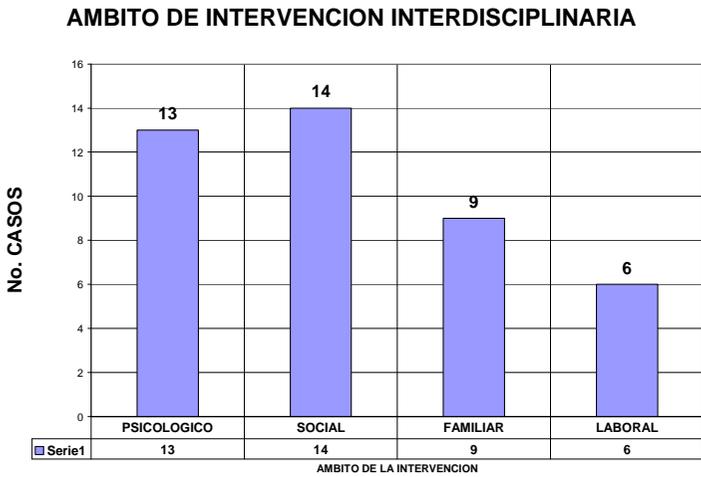
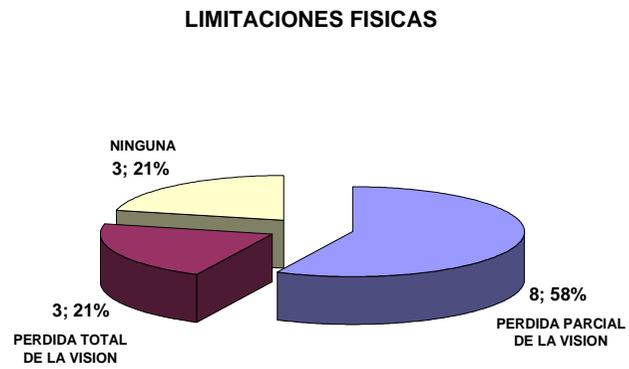
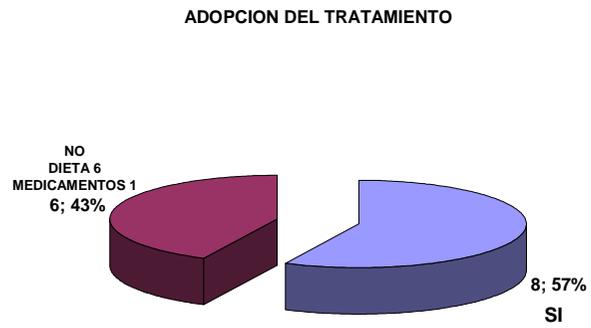
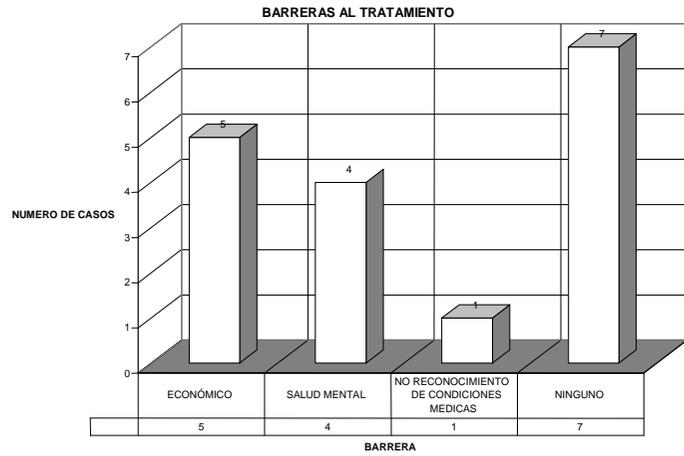


### FACTORES DE RIESGO



### INGRESOS PROMEDIO

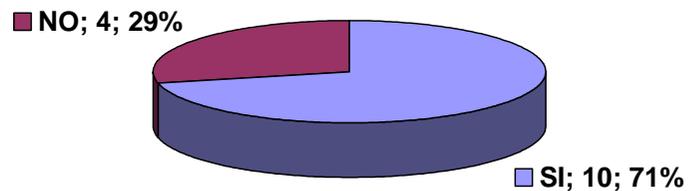




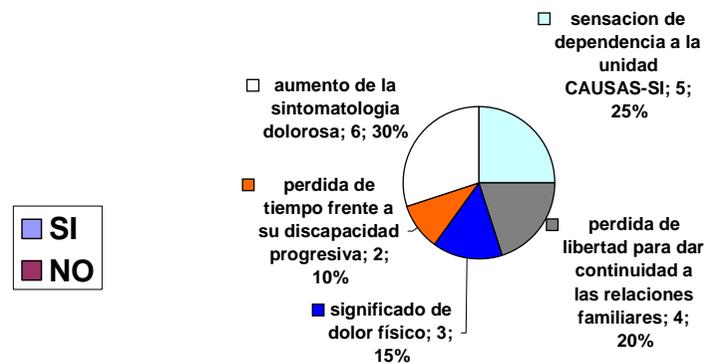
ANEXO 27

ESTADÍSTICAS FRENTE PROCESOS RELACIONADOS A SITUACIONES DE DUELO

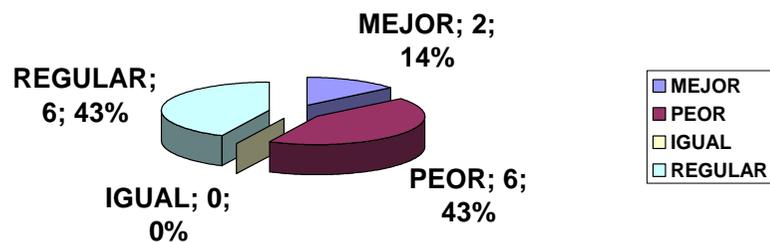
### ¿SE PERCIBE EL INGRESO A LA UNIDAD RENAL COMO UNA PERDIDA?



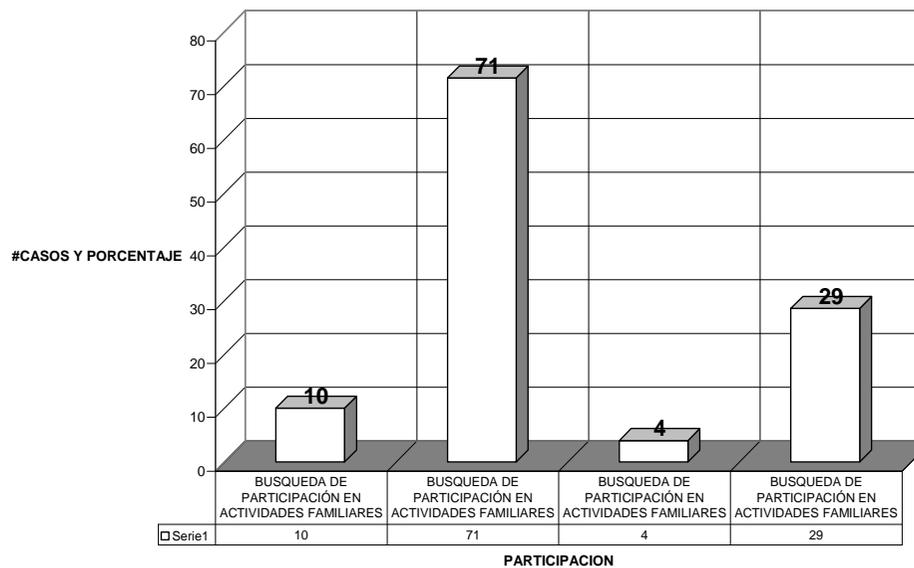
### PERCEPCION DEL PACIENTE FRENTE AL TRATAMIENTO RENAL



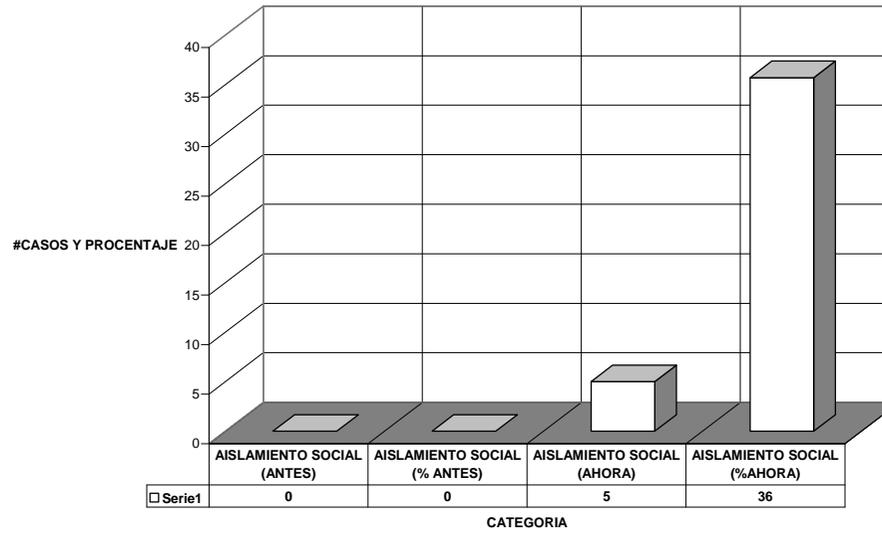
### SENSACION DE MALESTAR EN LA SALUD DESPUES DE INGRESO A LA UNIDAD



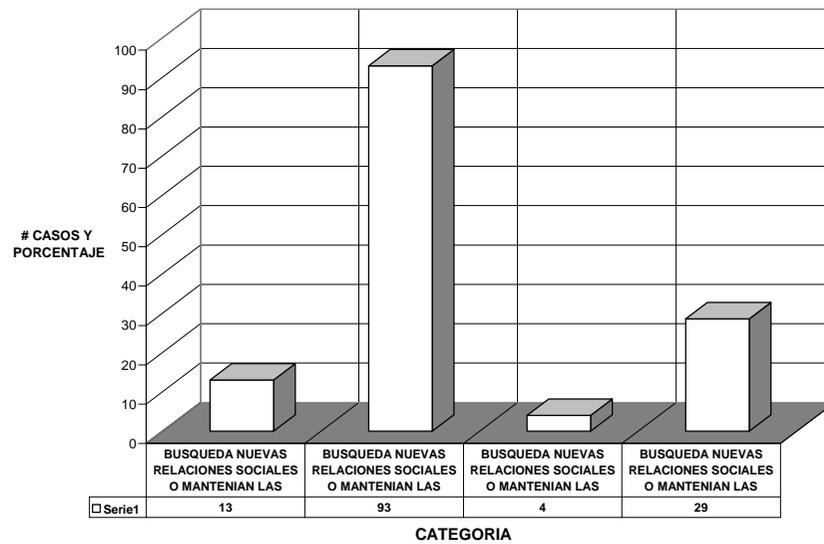
### PARTICIPACION EN ACTIVIDADES FAMILIARES (RELACION ANTES Y AHORA)



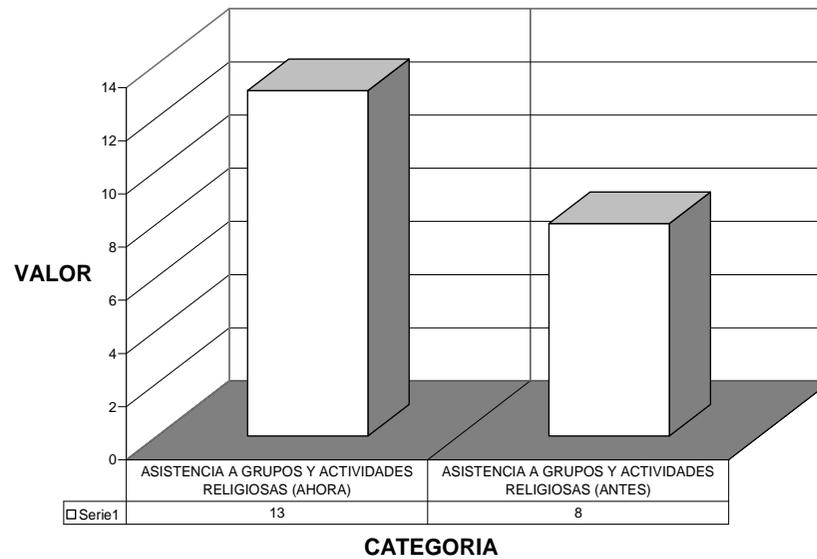
**CAMBIOS EN RELACION A LA SENSACION DE AISLAMIENTO SOCIAL**



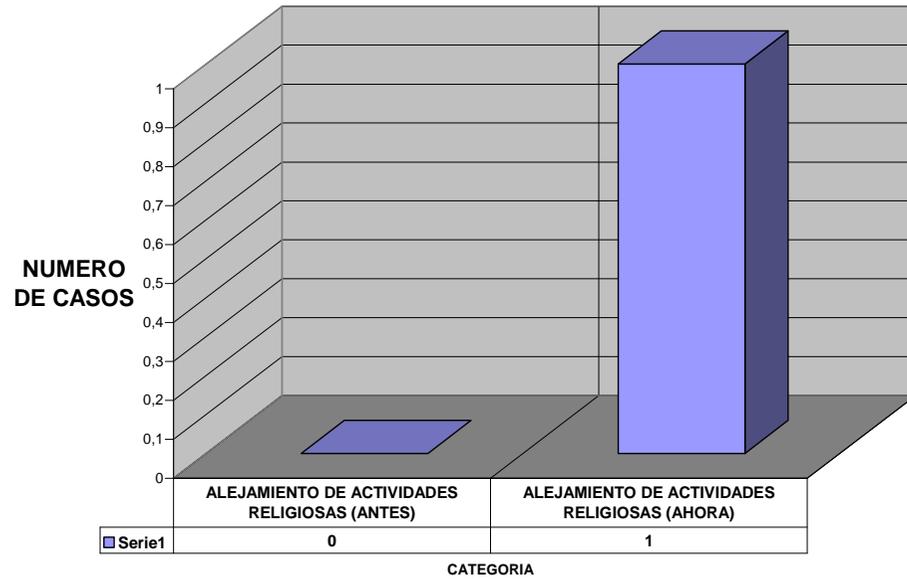
**BUSQUEDA O MANTENIMIENTO DE RELACIONES EXISTENTES**



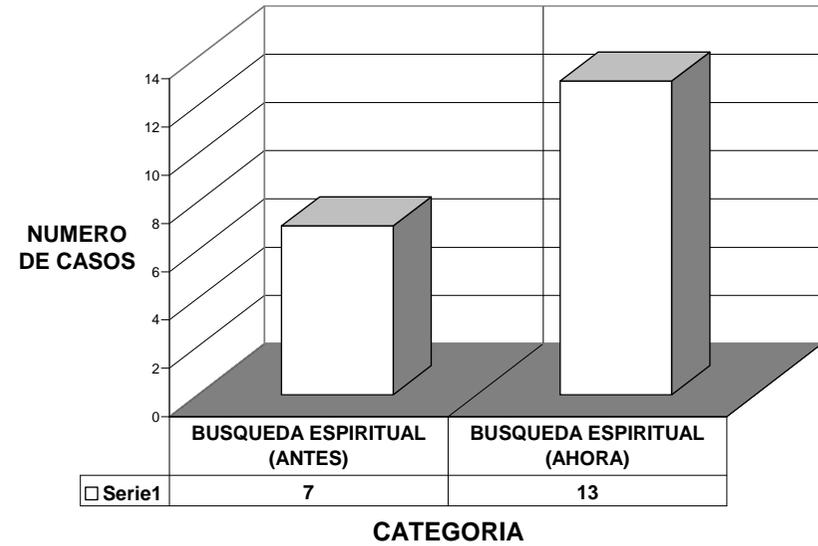
**ASISTENCIA A ACTIVIDADES RELIGIOSAS**



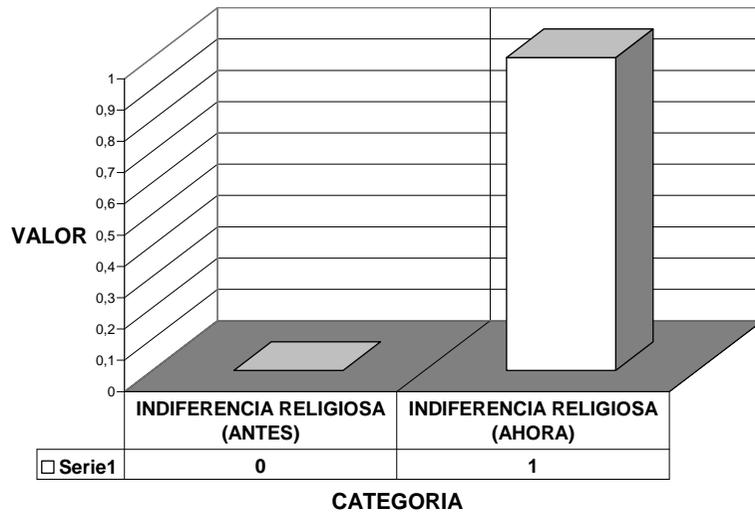
**ALEJAMIENTO ACTIVIDADES RELIGIOSAS**



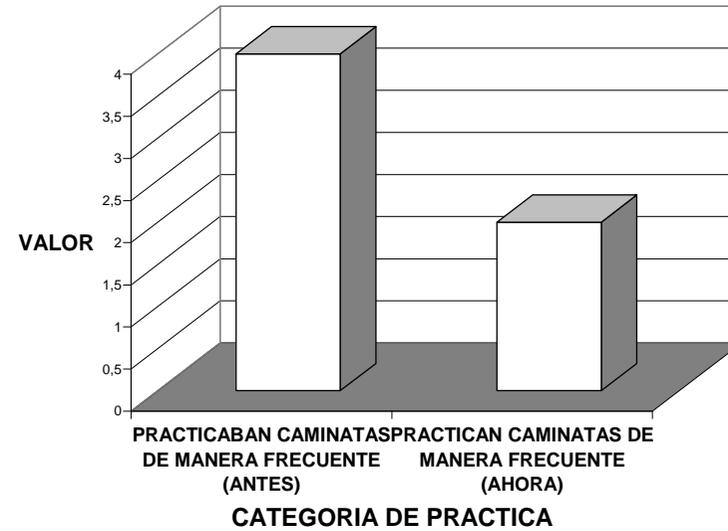
**BUSQUEDA ESPIRITUAL**



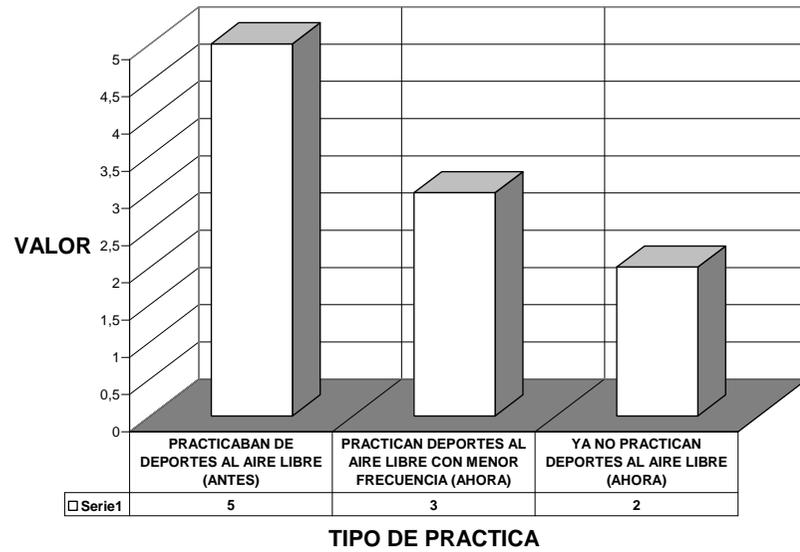
**MANIFESTACION DE INDIFERENCIA RELIGIOSA**



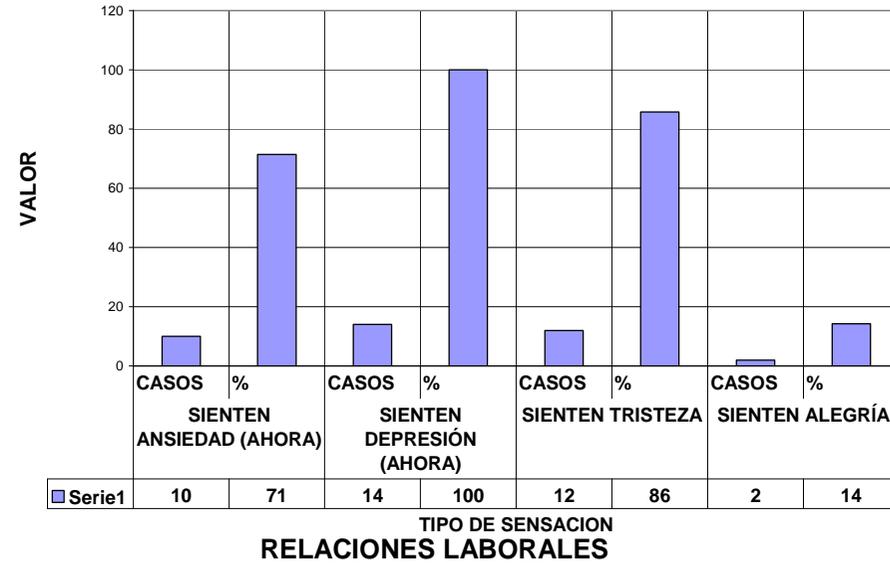
**ACTIVIDADES DE CAMINATA**



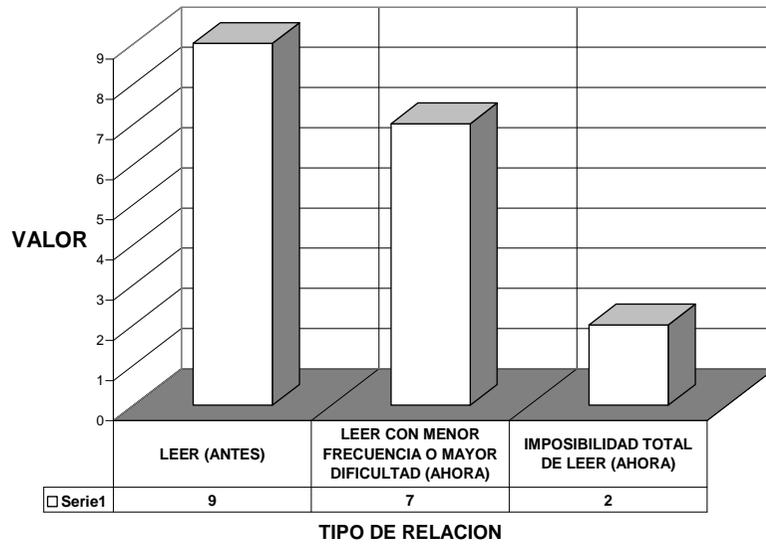
### PRACTICA DE DEPORTES AL AIRE LIBRE



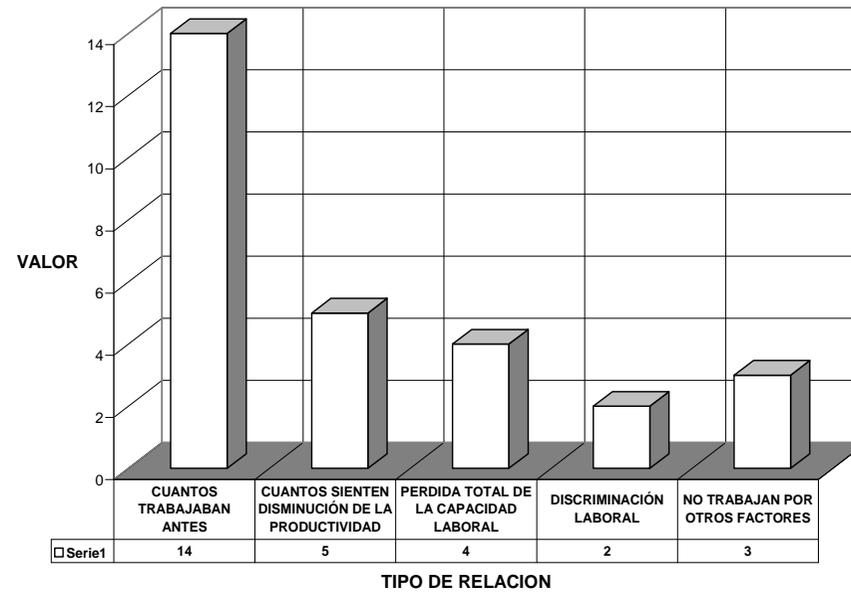
### SENSACIONES PSICOLOGICAS



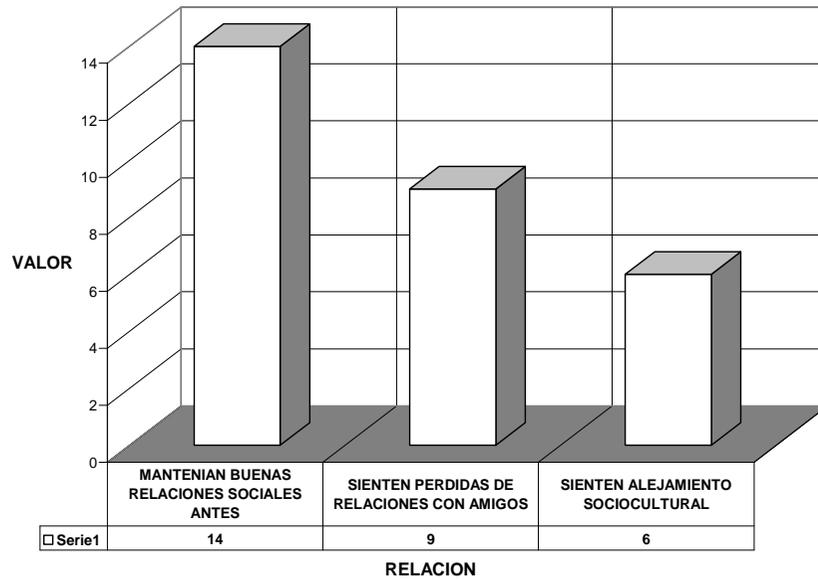
### RELACION CON LA LECTURA



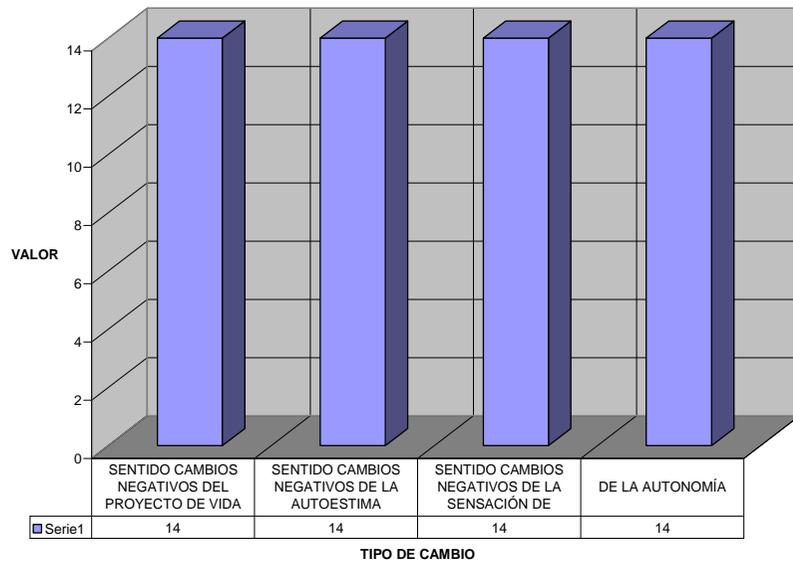
### RELACIONES LABORALES



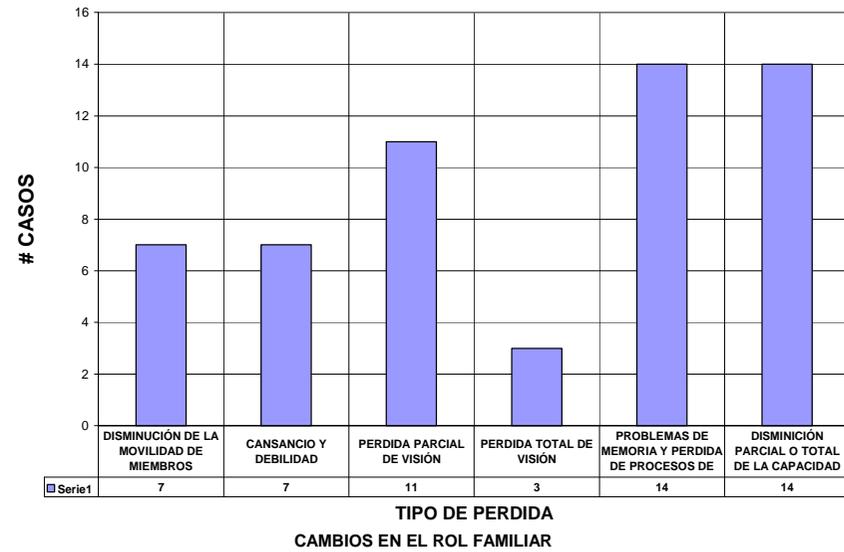
## PERDIDAS SOCIALES EN RELACION A LA ENFERMEDAD



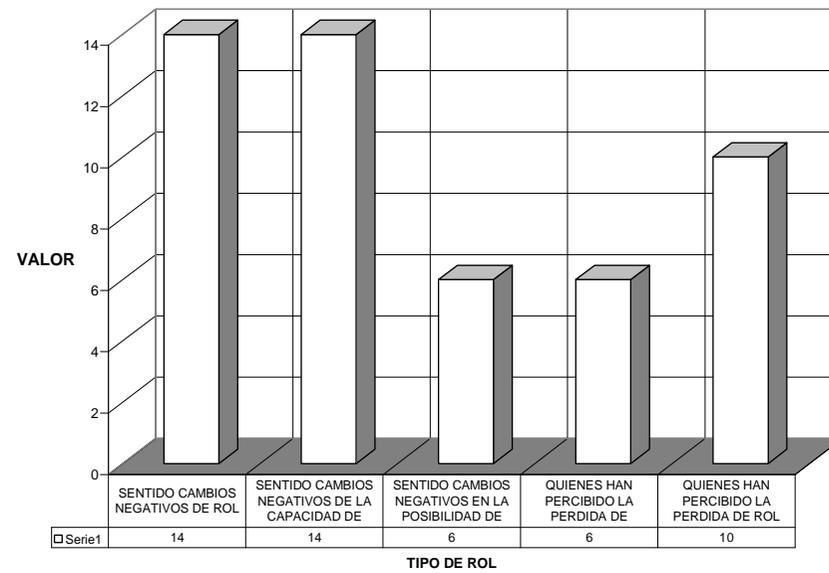
## PERDIDAS PSICOSOCIALES



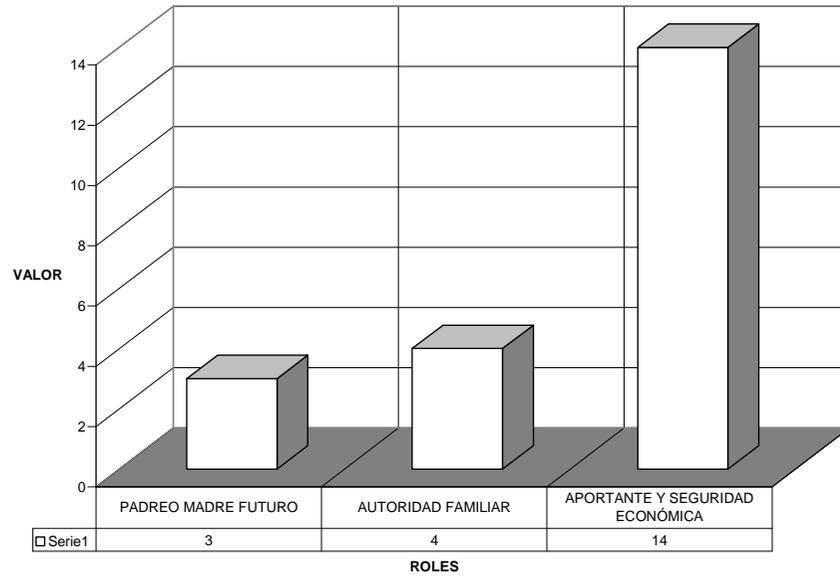
## PERDIDAS EN LA DIMENSION FISICA



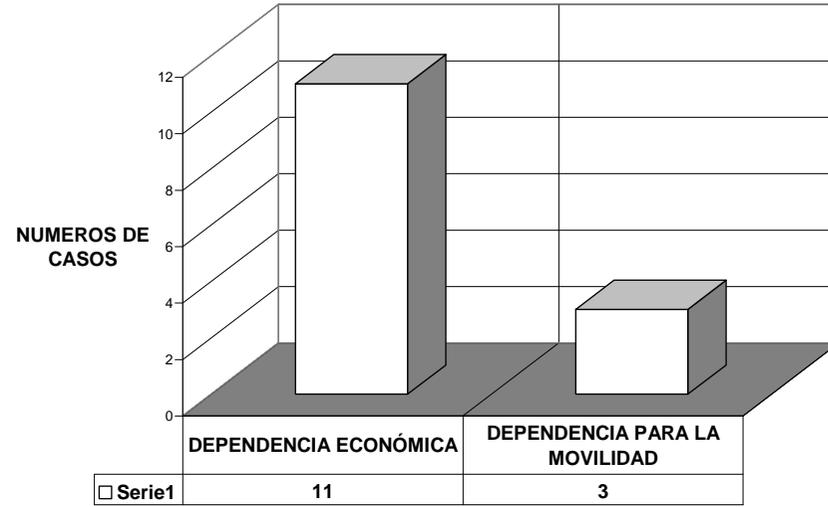
## CAMBIOS EN EL ROL FAMILIAR



**CAMBIOS EN EL ROL FAMILIAR**



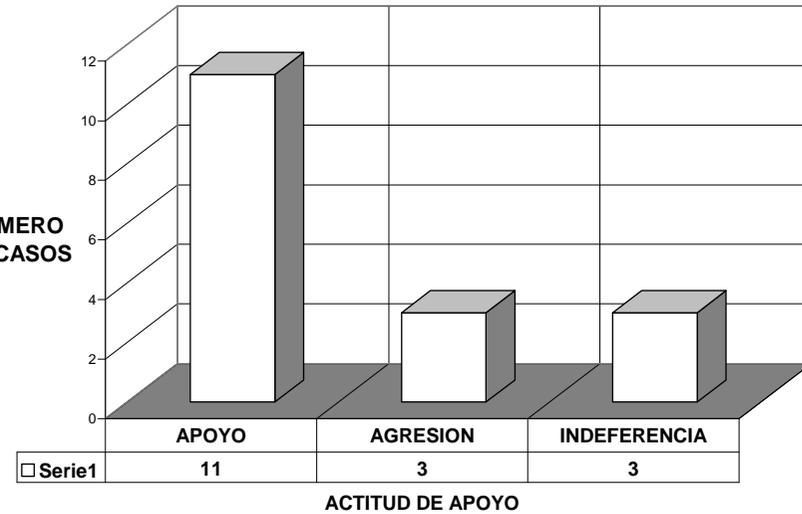
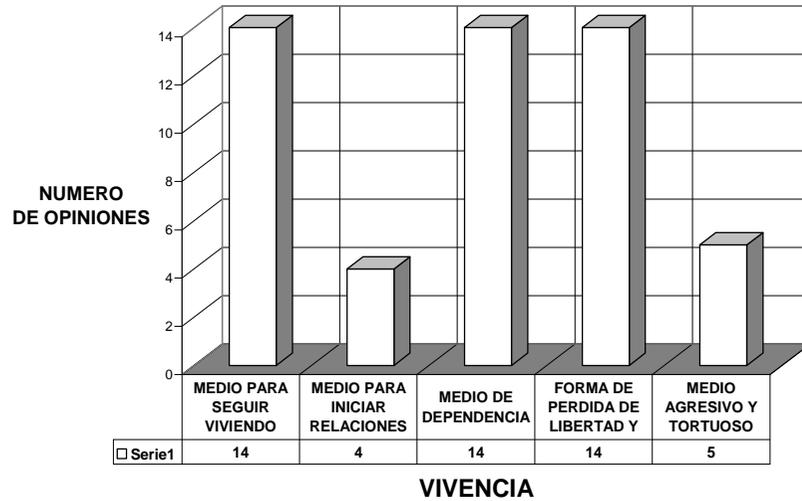
**NUEVOS ROLES FAMILIARES**



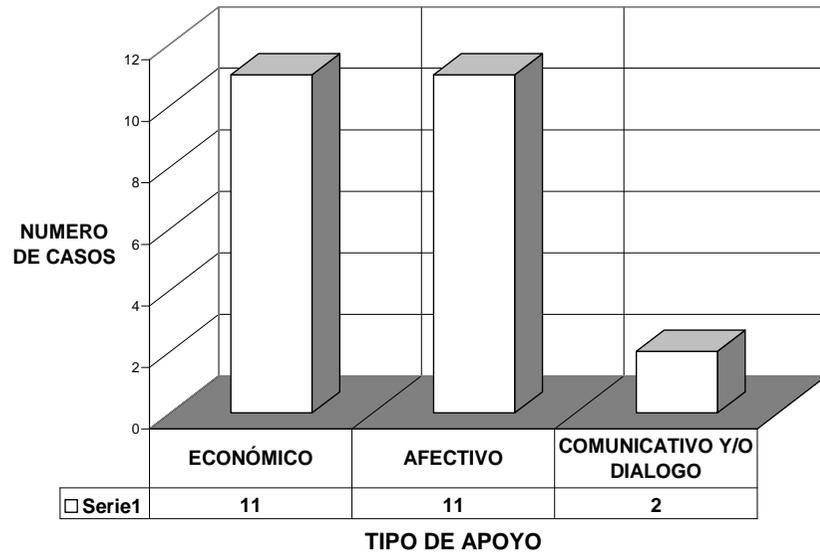
**ROLES**

**¿Cómo ES EL APOYO DE LA RED FAMILIAR PARA CON LOS PACIENTES?**

**TIPO DE VIVENCIA ANTE EL HECHO DE PERTENENCIA A LA UNIDAD RENAL**



**TIPO DE APOYO RECIBIDO**



**¿CUÁL ES LA SITUACION ECONÓMICA DE LOS PACIENTES DE LA UNIDAD RENAL?**

