



Sistematización Práctica Intensiva

DIALY-SER.

Unidad Renal

Asesor:

JUAN CARLOS OCAMPO ORTIZ

Estudiante:

DAMARIS CARDONA VILLA

ID 000206544

PROGRAMA TRABAJO SOCIAL XI SEMESTRE

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES, HUMANAS Y DE LA SALUD

CORPORACIÓN UNIVERSITARIA MINUTO DE DIOS

SECCIONAL BELLO

2014

TABLA DE CONTENIDO

1. VER	3
1.1 Ubicación.....	3
1.2 Plataforma Estratégica	4
1.3 Narrativa.....	8
1.4 Eje.....	19
1.5 Categorías.....	19
1.6 Preguntas rectoras.....	19
1.7 Enunciado.....	21
1.8 Objetivos.....	21
1.9 Justificación.....	22
2. JUZGAR / HACER.....	26
2.1 M.T.R.C Marco teórico, Marco Referencial y Marco conceptual	26
2.1.1 La teoría antropológica a la base de praxeología.....	26
2.1.2 Marco Conceptual.....	31
2.1.3 Estado del Arte.....	34
2.1.4 Matriz ruta metodológica aplicada a Dially-Ser.....	54
3. DEVOLUCIÓN CREATIVA.....	60
3.1 Interpretación.....	60
Anexos.....	74
Bibliografía.....	81

1. VER.

1.1 Ubicación:

Dialy- Ser S.A, es una empresa privada del sector salud, cuyo objetivo es la atención de los pacientes de alto costo: con insuficiencia renal crónica terminal, ofreciéndole las terapias de hemodiálisis, diálisis peritoneal y proceso de trasplante de riñones, tiene dos sedes en Antioquia: en el Municipio de Bello, en el Barrio Niquia, ubicada en la dirección Avenida 38 Diagonal 59-50, de la Fundación Clínica del Norte, en el 1 piso esta ubicada la Unidad Renal, los teléfonos son 604 53 13, la atención administrativa es de Lunes a Viernes de 7 de la mañana a 5 de la tarde, y los días sábados de 7 de la mañana a 1 de la tarde.

La otra sede está ubicada en la Carrera 51 B No 69-13, del Municipio de Medellín, en el Barrio Sevilla, en el sótano de la Clínica León XIII, los teléfonos son 604 81 35, la atención administrativa es de Lunes a Sábado de 7 de la mañana a 5 y 30 de la tarde, la atención en la parte asistencial es de Lunes a Sábado de 7 de la mañana a 9 de la noche.

Dialy Ser S.A.S se une a la multinacional familiar alemana de servicios de hemodiálisis B. Braun, para seguir mejorando su asistencia médica a enfermos renales B. Braun Avitum AG, filial del Grupo alemán B. Braun, fabricante y suministrador desde hace 175 años de productos farmacéuticos y sanitarios así como de servicios de hemodiálisis, ha adquirido una participación mayoritaria en el mes de febrero de la empresa Dialy Ser S.A.S, de Colombia, especializada en el tratamiento y gerenciamiento de la Enfermedad Renal a nivel nacional. Con esta alianza B. Braun Avitum AG amplía su actual red de más

de 250 centros de diálisis ya existentes en Europa, Asia y África y extiende su prestación asistencial que hasta ahora cubría a unos 19.000 pacientes. Al formar parte de la compañía familiar de origen alemán, Dially Ser tendrá a su disposición toda la experiencia y conocimiento de la multinacional así como productos de alta calidad de fabricación propia que permitirán seguir mejorando la calidad de la asistencia médica ofrecida a los enfermos renales en el país. (Dially-Ser (Unidad renal), 2010)

1.2 Plataforma Estratégica: La plataforma de Dially-Ser, está basada en la elaboración, el desarrollo y el cumplimiento de los planes operativos, con la intención de alcanzar objetivos y las metas planteadas, de acuerdo a lo leído en la página web, el cumplimiento de ellos es a mediano plazo.

Dially-Ser. (2014). Inicio. Nosotros: Plataforma Estratégica. (Dially-Ser (Unidad renal), 2010)

Misión

Ser Reconocidos en el 2015, como un grupo eficiente a nivel nacional y transparente, apoyado en un equipo de alta tecnología y en un talento humano de calidad superior que genera valor agregado a los usuarios y asociados.

Visión

Mejorar la calidad de vida de los usuarios y su grupo familiar, desde el rol de cada miembro del equipo de trabajo de dialy-ser , para hacer de los tratamientos un proceso armonico en pro del beneficio del usuario

Objetivo de Dialy-Ser

Ser un socio estrategico para los aseguradores en el manejo integral de los usuarios que padecen enfermedad crònica , contando con el respaldo de B.BRAUN, empresa que opera en mas de 160 clinicas renales ubicadas en diferentes ciudadaes de europa

Valores

Los valores corporativos que inspiran y soportan la gestiòn de Dialy-Ser son:

Honestidad: Los colaboradores de la Empresa actuaran con pudor, decoro, y recato, en relaciòn con la calidad del trabajo, el compromiso con la empresa, y el desarrollo de sus funciones, dando ejemplo de rectitud ante los demàs, ante los usuarios, ante la comunidad en general y ante los entes de control y vigilancia

Tolerancia: En dialy – Ser se vive la tolerancia, por que se respeta y considera la manera de ser , obrar o pensar , que tienen los demas. Quienes hacen parte de la Empresa , tienen diferencias de gustos, de personalidad, de creencias y religiones , donde se respeta esas diferencias se construye todos los días la empresa que se quiere.

Colaboración: La colaboración le da sentido al trabajo en equipo y al quehacer organizacional. En Dially- Ser, se asume este valor como el impulso colectivo para resolver los conflictos, alcanzar las metas, mejorar los procesos y trabajar por la calidad de la atención a los usuarios.

Compañerismo: Se considera un valor institucional, por que permite fortalecer las habilidades comunicativas, proporciona mecanismos de entendimiento, permite estrechar lazos de cooperación , y ayuda a superar el estrés

Respeto: Se promueve ante todo la dignidad humana, por eso el respeto prevalece en todas las actuaciones para la adecuada atención, cuidado y consideración con los usuarios que son la razón de ser de la empresa

Responsabilidad: Es un valor fundamental para aportar lo mejor que cada uno tiene para sacar adelante la empresa. En Dially-ser, consideramos que por el respeto que merecen los usuarios, debemos cumplir con los compromisos adquiridos. La responsabilidad, entonces debe inspirarnos en el desempeño diario, para ejercer debidamente las funciones y también para asumir las consecuencias de las decisiones, actos u omisiones.

Compromiso: En Dially-ser, reflejamos con nuestro trabajo y desempeño, el compromiso con la empresa y la comunidad.

lealtad: Asumimos el compromiso de fidelidad, respeto, y rectitud, actuando siempre en beneficio de la empresa con sentido de pertenencia. La lealtad implica ser consecuentes con lo que pensamos, decimos, y hacemos por el bienestar de los clientes externos/ aseguradores, usuarios, de los colaboradores y de la empresa.

Trabajo en Equipo: El trabajo en equipo en Dially-ser, se constituye en el mecanismo que garantiza la objetividad, imparcialidad, y calidad de la labor desarrollada, generando un ambiente de confianza que permite mejorar el desarrollo profesional, personal y laboral.

Solidaridad: Vivimos en la empresa este valor, como el sentimiento que nos impulsa a prestarnos ayuda mutua, adoptando una forma de comportamiento que genere beneficios para la vida individual y laboral.

Honradez: Este valor ético, que rige la conducta personal en Dially-ser, se muestra de manera estable y recta al servicio de los demás para fortalecer la dignidad humana y la imagen empresarial.

Principios éticos: Se entiende por principio, la esencia, el origen y fundamento de nuestro que hacer en Dially-ser. Son las bases o normas morales que unidos a valores comunes y a la misión empresarial; se lograra el crecimiento y desarrollo laboral.

Calidad: La calidad tendrá que convertirse en una prioridad empresarial. En el proceso de calidad, cada colaborador es parte fundamental de su logro y por tanto deberá procurar ejercer acciones de mejoramiento continuo en todos los aspectos de su actividad laboral. Lograr la calidad en la administración, la prestación de servicios y otros aspectos claves garantiza el desarrollo exitoso de la empresa y hace que la atención en salud se preste de una forma humanizada, que dignifique al usuario objeto de la atención.

1.3 Narrativa:

La Corporación universitaria Minuto de Dios (Uniminuto), sus entes administrativos y jerarquía institucional, ha optado por un modelo educativo praxeológico centrado en la formación integral, entendida como la formación que pretende el desarrollo armónico de todas las dimensiones de la persona. El modelo se orienta a la conformación de una persona que integra el saber (theoria) con el actuar (praxis) y es diestra para articular en la sociedad el proyecto de vida y de trabajo que, en sí misma, ha realizado.

La "pedagogía praxeológica" quiere ser un marco conceptual integrador que se adhiere a valores humanistas fundamentales pero que invita, tanto a los profesores como a los estudiantes, a un proceso reflexivo y crítico sobre su propia práctica en el marco de una real flexibilidad curricular. Será el esfuerzo sostenido de estudiantes y maestros y el diálogo permanente de toda la comunidad universitaria, los que permitirán, a cada uno, una apropiación de sus responsabilidades personales y sociales y, a UNIMINUTO, evolucionar hacia una pedagogía verdaderamente praxeológica.

Esta búsqueda de un ser humano integral y socialmente comprometido, capaz de relacionar teoría y práctica, de valerse de los saberes adquiridos desde la experiencia, de cuestionarla teóricamente, de discutir de modo práctico la teoría y de encontrar motivación absoluta en la posibilidad de trascender con sus propias propuestas, se desarrolla en todos los currículos mediante tres campos de formación, como lo muestra el siguiente gráfico desarrollo humano, responsabilidad social y competencias profesionales específicas.

Con base en este modelo praxeológico de la Universidad, se optó por realizar en Diciembre de 2013 la comunicación entre la universidad Uniminuto y la Empresa Dially-Ser S.A.S, con el propósito de realizar las prácticas profesionales, desde el saber-ser y saber-hacer.

Cuando se dio respuesta de ambas partes se realizó la apertura de las prácticas en Dially-Ser S.A.S, con la asesora Rosangela Carmona, Trabajadora Social, Especialista en Familia, y el cooperante José Nelson Carvajal Quiroz, Internista - Nefrólogo, y el Administrador de la Unidad Renal (UR) de Bello, Jaime Alonso Bedoya Osorio. Desde esta apertura y convenio realizado, me surgieron interrogantes como: ¿ Qué aportes realizaré como estudiante de trabajo social y como empleada de Dially-Ser S.A.S?, ¿ Qué políticas públicas hay de la insuficiencia renal terminal en Medellín?, para contextualizar estas prácticas realizadas, se da a conocer este concepto de la Insuficiencia renal: (Guía de la atención en pacientes renales, 2009) “Es el daño a sus riñones con la posibilidad de que gradualmente pierdan la capacidad de realizar sus funciones. Las causas primordiales de la enfermedad renal en los adultos son la diabetes y la presión alta”

Al tener claro el concepto de la Insuficiencia renal terminal, y contextualizarlo en la unidad renal de Bello, me enfoque en el paso por cada uno de las áreas de la unidad desde la parte asistencial como la parte administrativa, encontrándome con una jerarquía horizontal en la Organización, desde el Administrador, quien era la persona encargada de mantener una comunicación directa y asertiva, continuando con los nefrólogos , quienes eran las personas idóneas en manejar el paciente con insuficiencia renal, apoyado de las coordinadoras de enfermería, quienes lideraban las dos terapias: la de hemodiálisis, que se

realizaba a los pacientes 4 horas interdiarias, y la peritoneal que se realizaba en la casa de los pacientes, todas las noches desplazándose una vez al mes al control a la Unidad renal, y enfermeras jefes , que brindaban tratamiento asistencial y que delegaban actividades asistenciales en los y las auxiliares de enfermería.

Cabe destacar en este aspecto el concepto de Salud desde el autor Alfredo Carballeda que nos dice: “Pensar lo social en términos de investigación implica la construcción de un punto de encuentro entre sujeto y cultura donde los aspectos contextuales dialogan, se entrecruzan y elaboran diferentes tipos de demanda ligadas a la cuestión social. El Trabajo Social está allí donde el padecimiento se expresa en esos encuentros singulares que van más allá del dato estadístico o la descripción de problemas vinculados con poblaciones determinadas o clasificadas. El trabajo Social desde una perspectiva histórica social, se construye a fines del siglo XIX como campo de conocimiento en un contexto de fragmentación de la sociedad, malestar y desigualdad. Surge, teniendo como mandato fundacional la transformación de los efectos de ésta a través de diferentes objetivos y metas.”, de acuerdo a este concepto que se manifiesta textualmente con lo que dice el autor Carballeda, me enfoqué en el paciente y su familia, donde realicé varias entrevistas a los pacientes entre los 20 y los 58 años, con el fin de conocer de ellos su nivel de educación, sus motivaciones, y percepciones sociales, económicas frente a la enfermedad renal, para esto me base en la aplicación de 3 técnicas, conceptualizando Técnicas: son los procedimientos e instrumentos que utilizamos para acceder al conocimiento o respuesta de un interrogante. Las técnicas utilizadas fueron tres: Observación participante y no participante y la Entrevista directa.

Todo método necesita técnicas, es decir, de procedimientos específicos que hacen referencia al conocimiento/habilidad operativa que permite el control, registro, transformación o manipulación de una parte específica de la realidad. Las técnicas, como los métodos, son respuestas al “como hacer” para alcanzar un fin o resultado propuesto, pero se sitúan a nivel de procedimientos o de etapas prácticas, que permiten la aplicación del método en el cuadro propio de su ámbito o sector de intervención.

Teóricamente las técnicas tienen un carácter práctico y operativo, al mismo tiempo que se engloban dentro de un método y, a la inversa, un método comporta el uso de diferentes técnicas. Ezequiel Ander EGG (Ander-Egg, 1986)

Con base en este concepto, tuve una entrevista con la Psicóloga de la unidad Renal, y la nutricionista, quienes conforman el grupo de apoyo de la unidad renal, para basarme de acuerdo al análisis de las respuestas obtenidas en la entrevista a los pacientes, que el apoyo de la familia, y el cuidado en la alimentación es un factor relevante, para que el paciente tenga una buena adherencia a la terapia, en esta etapa de ideas e hipótesis en la practica el factor más importante que surgió para mi durante este proceso fue la familia: Autores como Elizabeth Jelin nos dice: (Jelin, 2014)“La familia es la institución social que regula, canaliza y confiere significado social y cultural a estas dos necesidades, ” “incluye también la convivencia cotidiana, expresada en la idea del hogar y del techo: una economía compartida, una domesticidad colectiva, el sustento cotidiano, que van unidos a la sexualidad “legítima” y la procreación” (Jelin: 1988), de este significado parte lo importante que es la familia para el paciente con insuficiencia renal terminal crónica, ya que son el apoyo principal para afrontar o manejar esta situación, por otro lado la OMS: fundamenta la La familia, según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, es el

elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado, donde este último es de carácter legal para respaldar al paciente y su familia con los medicamentos y autorizaciones para tener un tratamiento adecuado y completo, de esta categoría, arroja una función específica desde el área de trabajo social, y era informar a los pacientes y sus familiares de los derechos y deberes que tienen, otra de las categorías principales que surge cuando se indagó con los pacientes y sus familias, los factores laborales y económicos que afectó al paciente y familia con el padecimiento de la IRCT fue el desempleo: fue esta categoría sin lugar a dudas, uno de los mayores problemas económicos y sociales a los que debían enfrentarse las personas diagnosticadas con IRCT, debido a la asistencia interdiaria de la diálisis por 4 horas, implicaba el transporte 6 veces a la semana ida y regreso de la clínica al hogar y del hogar a la clínica, lo que genera un gasto extra para el paciente y su acompañante, otro punto relevante que se destacó, fue que la mayor parte de la población de la unidad renal, no labora, dependen económicamente de sus esposos, hijos o familiares.

El debate público sobre la falta de trabajo ha estado centrado fundamentalmente en el análisis de los factores económicos que lo provocan y en la discusión de las políticas económicas más adecuadas para hacerle frente a esta situación.

La conclusión general que pude extraer durante el tiempo de mi práctica, sobre la interacción que tuve con el paciente y su familia, fue el impacto psicosocial del desempleo, apoyada por la psicóloga de la Unidad, manifiesta: que este impacto tiene una alteración en la salud mental de las personas que lo experimentan. A pesar de que existen algunas contradicciones, la evidencia empírica disponible, tomada en su conjunto, nos ofrece una

visión inequívoca de las consecuencias negativas, que la falta de trabajo tiene para la salud mental, consecuencias que se resumieron , en un deterioro del bienestar psicológico general del paciente y su familia, un aumento del sentimiento depresivo, una disminución de la satisfacción con la vida y, una disminución de la autoestima, en pocas palabras un paciente con IRCT no tiene un sentido ni motivación para su vida.

Otro aspecto a considerar después de realizar las entrevistas a los 10 pacientes de la Unidad renal, arrojando la categoría del desempleo, como la forma en la que éste incidió en la motivación y las actitudes hacia el trabajo, a pesar del indudable interés que reviste esta cuestión, la investigación sobre las relaciones entre el desempleo y las actitudes hacia el trabajo ha sido relativamente escasa en comparación con la que se ha llevado a cabo sobre otras consecuencias derivadas de la falta de trabajo. La investigación realizada en la unidad renal dialy-ser, llevó a una respuesta clave y es la de buscar por medio de derechos de petición y tutelas una pensión por invalidez, pero en la que no tienen el apoyo para lograrlo, ya que el Estado maneja esto a largo plazo y con una complejidad para ellos, ya que como lo manifestaron es más fácil morir que lograr pensionarse. Cabe destacar los conceptos de derecho de petición, tutela, y pensión por invalidez, para tener manejo en el área de la salud, y la información que se le suministre al paciente.

El derecho de petición es un derecho que la Constitución nacional en su artículo 23 ha concedido a los ciudadanos para que estos puedan presentar peticiones a las autoridades, para que se les suministre información sobre situaciones de interés general y/o particular.

Tipos de peticiones que se pueden formular.

Mediante un derecho de petición se puedan hacer las siguientes peticiones:

- Quejas, cuando ponen en conocimiento de las autoridades conductas irregulares de empleados oficiales o particulares a quienes se ha atribuido o adjudicado la prestación de un servicio público.
- Reclamos, cuando se da a las autoridades noticia de la suspensión injustificada o de la prestación deficiente de un servicio público.
- Manifestaciones, cuando hacen llegar a las autoridades la opinión del peticionario sobre una materia sometida a actuación administrativa.
- Peticiones de información, cuando se formulan a las autoridades para que estas:
 - Den a conocer cómo han actuado en un caso concreto.
 - Permitan el acceso a los documentos públicos que tienen en su poder.
 - Expidan copia de documentos que reposan en una oficina pública.
- Consultas, cuando se presentan a las autoridades para que manifiesten su parecer sobre materias relacionadas con sus atribuciones.

TUTELA: La acción de tutela es la garantía que ofrece la Constitución de 1991 del derecho que tienen todas las personas a la protección judicial inmediata de sus derechos fundamentales. Esto está expresado en el Artículo 86 de la Constitución: "Toda persona tendrá acción de tutela para reclamar ante los jueces, en todo momento y lugar, mediante un procedimiento preferente y sumario, por sí misma o por quien actúe a su nombre, la

protección inmediata de sus derechos constitucionales fundamentales, cuando quiera que estos resulten vulnerados o amenazados por la acción o la omisión de cualquier autoridad publica ". (Constitucion politica de colombia 1991)

La acción de tutela se refiere a los derechos fundamentales de las personas; es decir, todos aquellos que son inherentes al individuo y que existen antes que el Estado y están por encima de cualquier norma o ley que los reconozca o no. Según la Corte Constitucional(Sentencia T-451 de julio 10 de 1992), el que un derecho sea fundamental no se puede determinar sino en cada caso en concreto, según la relación que dicho caso tenga con uno u otro derecho fundamental; es decir, la Constitución no determina de una manera clara cuáles son los derechos fundamentales, de tal manera que como tales no se puede considerar únicamente a los que la Constitución de 1991 enuncia en el Capitulo I del Titulo

II.La acción de tutela es:

- Subsidiaria: O sea que sólo es aplicable cuando no existe otro medio de defensa judicial.
- Inmediata: Su propósito es entregar una respuesta rápida a la protección que se solicita.
- Sencilla: No tiene ninguna dificultad para su aplicación.
- Especifica: Es única para la protección de los derechos fundamentales.
- Eficaz: Exige que el juez estudie a fondo el caso antes de dar un veredicto.

Según lo anterior, la acción de tutela puede aplicarse cuando se amenaza un derecho fundamental, bien sea por parte de una autoridad pública o por parte de particulares. Además, la acción de tutela puede utilizarse como un mecanismo transitorio para evitar un daño irremediable sobre las personas.

La acción de tutela es resuelta por el juez encargado del lugar donde ocurren u ocurrieron los hechos o acciones que pusieron en peligro o violaron el derecho fundamental. El Defensor del pueblo y las personas que por él fueron delegadas (defensores regionales, personeros) también pueden interponer acciones de tutela, ello debido a que las personas tienen derecho a solicitar acciones de tutela por medio de un representante.

¿Qué es la Pensión por Invalidez de Origen Común?

Es una prestación económica que consiste en el pago de una renta mensual denominada pensión a una persona que ha sido calificada como inválida y cuya enfermedad o patología es de origen común.

Tener en cuenta:

1. Se determina como inválida la persona que ha perdido el 50% o más de su capacidad laboral.
2. Las enfermedades de origen común son aquellas que no tienen su origen en un accidente de trabajo o una enfermedad profesional.

¿Qué debes cumplir para tener derecho a este tipo de pensión?

Debes haber cotizado 50 semanas dentro de los 3 años anteriores a la fecha en la que se dictaminó tu invalidez. Esta es la fecha de estructuración, la cual se encuentra en el dictamen que emite la Compañía de Seguros ALFA S.A. o la Junta Regional de Calificación de Invalidez

y por último se Analizó con el grupo interdisciplinario (Psicóloga, Trabajadora Social, Nutricionista Y nefrólogo), la tercera categoría arrojada durante el tiempo de practica que fue centrada en la técnica de la observación, durante los 7 meses atrás, de trabajo investigativo, y fue los cambios que ha causado los efectos físicos y emocionales del paciente con IRCT en Dially-Ser del municipio de Bello, sobresaliendo en este cuestionamiento la categoría de Salud, en esta etapa la actitud del equipo asistencial e interdisciplinario fue, predominantemente, para escuchar e indagar como la situación haafectado a la familia y cómo surge la idea de brindarle información acerca de la enfermedad por medio de talleres donde el paciente y la familia llega a un punto de recuperación, al cual estábamos atentos, y donde se produce una mayor asimilación del aprendizaje y manejo de la enfermedad, en estos cambios físicos logre observar el deterioro físico de los pacientes con respecto a que su piel se oscurece por los medicamentos, lo cual en esta etapa lo valido el regente de farmacia, la abundancia de pelo que les salía en la cara y parte de su cuerpo, y el deterioro emocional, de los pacientes que llevan de 2 a 1 año en la terapia y aun no tienen esa resiliencia, que se conoce como la capacidad de recuperarse frente a la adversidad para salir adelante, de los pacientes entrevistados durante el tiempo de prácticas y la observación no participante, deduje que los pacientes que más acompañamiento tienen en el momento de su terapia, son pacientes más alentados y con más ganas de sobrellevar esta enfermedad, mientras que los pacientes que asisten solos, son pacientes con más deterioro físico y mental.

De acuerdo a esta experiencia vivida desde el área de la salud y directamente con los pacientes diagnosticados medicamente con Insuficiencia renal Crónica, llegué a la importancia del rol del trabajador social en la Unidad renal, porque es un soporte asistencial

y administrativo para los pacientes , sus familias , y el proceso organizacional en la administración. El trabajador social de la Unidad Renal debe Contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios en terapia dialítica y su entorno, a través de la intervención en su realidad socio económico y cultural, Evaluar, Facilitar, Tramitar y apoyar al usuario en los procesos administrativos con los Aseguradores concernientes a trámites internos, verificación de derechos e información oportuna sobre cambios de los mismos, para garantizar el acceso a los servicios de salud en la Unidad renal, capacitación y fidelización de los pacientes.

El Objetivo de la Unidad Renal es Proveer servicios sociales en Nefrología al paciente y su familia cuyo objetivo es maximizar el ajuste del paciente a su enfermedad y la rehabilitación social de esta población. Fue gratificante esta intervención paciente – familia – Apoyo de trabajo desde el área social, porque permitió que conociera, indagara, y diera soluciones a casos puntuales, como la aplicación de la entrega del subsidio socioeconómico, al igual que la interacción con las diferentes áreas de la Unidad renal, en bien del paciente, realizar diagnósticos de las familias de los pacientes , de acuerdo a las visitas domiciliarias realizadas en acompañamiento de la coordinadora, programación de los talleres informativos a los pacientes y sus familias, coordinar los ingresos de los pacientes incidentes o prevalentes , conceptualizando estos dos términos:

Pacientes Incidentes: Son pacientes que están en terapia dialítica, inferior a tres meses

Pacientes Prevalentes: Son pacientes que están en terapia dialítica, superior a tres meses.

1.4 Eje

Las técnicas de Intervención desde Trabajo Social, aplicadas a los pacientes con IRCT y a sus familias, se constituyen en un vehículo de comunicación e información sobre los Derechos y deberes para el manejo de la enfermedad, según la resolución 13437 de 1991.

1.5 Categorías

Familia – Paciente, apoyado en los autores referentes a Familia

Derechos del Usuario Según la Resolución de 1991

Deberes del Usuario Según la Resolución de 1991

1.6 Preguntas Rectoras

PREGUNTAS RECTORAS

¿QUIÉN HACE QUÉ?	Este ejercicio de sistematización lo realiza la estudiante de Trabajo Social en formación de IX semestre de la Corporación Universitaria Minuto de Dios
¿CON QUIÉN LO	Con el consentimiento del Coordinador de Nefrología, y el administrador de la unidad renal , los pacientes y acompañantes que

HACEN?	voluntariamente participaran en la muestra aleatoria , además del acompañamiento del docente asesor de la Universidad Minuto de Dios.
¿POR QUÉ LO HACE?	Se realiza la sistematización por ser una experiencia que vive la estudiante, en el lugar de sus prácticas, para darle un sentido epistemológico a la experiencias de la práctica además de ser un eje conductor para optar al título de Trabajadoras Sociales
¿PARA QUIÉN LO HACEN?	Para entregar estrategias desde el Trabajo Social de intervención interdisciplinaria en el campo de salud, dirigidas a los pacientes y sus familiares con Insuficiencia renal crónica terminal, desde la educación en pacientes.
¿CÓMO LO HACEN?	A partir de la recuperación de la experiencia vivida por la estudiante, se recopila, ordena y estructura información para darle una mirada crítica, coherente y así proceder a que los conocimientos sean comunicables que conlleven a una transformación de la realidad, apoyado por las diferentes aéreas desde el campo de la salud
¿DÓNDE Y CUÁNDO LO HACEN?	En la unidad renal Dialy-Ser, en el segundo semestre del año 2014.

Realizó: Damaris Cardona Villa

Preguntas Rectoras:

Desde el área de trabajo social de la unidad renal, ¿Cómo se evidencia el manejo de los derechos y deberes que tienen los pacientes con IRCT, durante el proceso de tratamiento?

Desde la profesión de trabajo social ¿Qué estrategias de formación se ejecutan desde el grupo de apoyo, en la Unidad Renal de Bello, para dar a conocer los derechos y deberes de los pacientes con IRCT y sus familias?

1.7 Enunciado: La importancia que tienen las técnicas desde trabajo social, aplicadas a los pacientes con IRCT y sus familias para generar información acerca de los derechos y deberes que tienen frente a la enfermedad, la cual es caracterizada por la OMS de Alto costo.

1.8 Objetivos

Objetivo General:

Potenciar en los pacientes con IRCT y sus familias los derechos y deberes que tienen en el proceso de tratamiento clínico de su enfermedad, desde las estrategias del trabajador social y su área de trabajo en la Unidad Renal de Bello.

Objetivo Específico:

Identificar la pertinencia del profesional en trabajo social como guía del paciente con IRCT y su familia en el manejo de los derechos y deberes de los pacientes en la Unidad Renal Dially-Ser, Bello

Conocer las estrategias de formación que se han implementado desde el área de trabajo social para los pacientes con IRCT y sus familias en el manejo de los derechos y deberes en la Unidad Renal, Dially-Ser, Bello

1.9 Justificación

Como trabajadora Social en formación, debo contribuir al buen manejo y desarrollo de la sociedad desde el contexto en el que me ubiqué durante las prácticas de Trabajo Social en el área de la Salud, en el primer semestre del año 2014, de la unidad renal Dially-Ser.

La Investigación de este trabajo en el área de trabajo social, enfocado en la comunicación al paciente con IRCT y su familia, de los derechos y deberes que tiene como paciente, en el área de la salud, se justifica en el plano de indagación y exploración en el término de salud que se genera tras la presencia de patologías biológicas o psíquicas en los individuos, las cuales en mayor o menor grado, afectan su calidad de vida produciendo un impacto individual, familiar y socio laboral que deberá ser investigado por la disciplina social de trabajo social, con el apoyo y la construcción de redes que finalmente permitan que las personas se encuentren más preparadas para asumir su realidad y que de una forma más autónoma y productiva logren así, una mejor adaptación a su contexto , en otras palabras,

resaltar o destacar la resiliencia en los pacientes y sus familias, por medio de una cartilla de formación, que se dejará a la empresa Dially-Ser, para información y conocimiento de los pacientes y sus familias.

El abordaje de trabajo social en la Unidad Renal de DIALY-SER Bello, guarda principalmente un enfoque investigativo, encaminado a los siguientes componentes desde el área de trabajo social como: acompañamiento para el paciente y familia, el cambio en su realidad desde el padecimiento de la enfermedad, el desajuste de roles y en la mayoría de casos, la desestructuración de sus proyectos, surgidos tras la presencia y curso de la enfermedad crónica. La investigación se enfoca a fomentar una mayor adherencia al tratamiento, por medio de la comunicación de los derechos y deberes, y desarrollar en ellos una mejor conciencia de la enfermedad, específicamente un replanteamiento del proyecto de vida en cada uno de los pacientes con IRCT, promoviendo una mayor independencia en ellos y en lo posible una mejor sensación de bienestar y acompañamiento de la familia en este largo y complejo proceso, de acuerdo a lo planteado anteriormente, surge la necesidad de formar al paciente con IRCT y su familia, en los Derechos y Deberes de ellos, con el fin de no permitir que vulneren sus derechos, desde el sistema de salud, de igual forma la importancia de sus deberes para cumplir como paciente diagnosticado con IRCT, y permitir un equilibrio desde el paciente, la familia y el profesional en trabajo social.

Vivir con una enfermedad de larga duración, denominada según la OMS: “Enfermedad de alto costo” (también denominada crónica) plantea nuevos retos para el paciente, donde debe pasar por diferentes etapas para lograr que ellos aprendan a afrontar estas dificultades, esta

enfermedad tiene un proceso complejo a largo plazo, no es algo que se adquiriera en un corto plazo, Pero lograr entender lo que ocurre con ellos es estar de tiempo completo con el paciente con IRCT y su familia con el fin de identificar las debilidades o vacíos que tienen como pacientes y acompañantes de ellos.

Descubrir esta enfermedad en un familiar involucra a toda la familia, en un proceso en el que tiene un comienzo pero no se sabe el fin, como familiares se debe adoptar roles y funciones para tener un papel activo en el tratamiento de este problema de salud crónico, ayudar a que el paciente, se sientan más fuerte y más preparado para enfrentar las dificultades y pruebas que depara la vida con este diagnóstico, ya que no se debe estar ajeno a esta problemática.

La existencia de todas las personas está marcada por el enfrentamiento a situaciones sociales, familiares y laborales, que provocan pensamientos, sentimientos y reacciones, que desequilibran la cotidianidad. La forma en que cada persona hace uso de los recursos individuales o redes significativas para enfrentarla, hará la diferencia en que esta situación se convierta en un proceso de evolución y crecimiento o de conflicto y deterioro.

Las situaciones de crisis, circunstanciales o de desarrollo, van a provocar que las personas que las experimentan, pierdan el control emocional para su manejo y por lo tanto la capacidad para plantear y generar soluciones, es aquí donde una oportuna y adecuada investigación por parte de personas capacitadas como el profesional del trabajo social, puede contribuir a la canalización de los recursos internos y externos de las personas hacia la búsqueda y ejecución de soluciones o transformaciones, propiciando gradualmente que las personas regresen a su funcionamiento habitual, es por esto que decido realizar la

investigación en DIALY-SER, unidad renal en la Fundación Clínica del Norte, teniendo como objetivo Potenciar en los pacientes con IRCT y sus familias los derechos y deberes que tienen en el proceso de tratamiento clínico de su enfermedad, desde las estrategias del trabajador social y su área de trabajo.

Este diagnóstico que se realizó con la muestra de los 9 pacientes y sus familias, permite Analizar cómo cada crisis es experimentada y enfrentada por cada persona, de forma única y diferente, no se puede generalizar acerca de la crisis que provoca la angustia o estrés, sin embargo, algunas de las situaciones de crisis más comunes según las respuestas dadas, son las relacionadas con la alteración en la salud física, vulnerabilidad, y desempleo, Estas crisis dependiendo de la gravedad de la enfermedad, va generando mayor estado de angustia e involucrando a mayor número de personas, por la amenaza explícita o implícita que representa para la vida y su familia.

Las enfermedades crónicas, entre ellas la insuficiencia renal, es una enfermedad que hace que la persona y su familia experimente constantemente situaciones de crisis, angustia, depresión, esto por el agudizamiento de las manifestaciones físicas que van provocando poco a poco la pérdida de las capacidades para el funcionamiento social, laboral y económico.

Con el evento y surgimiento de La ley 100 de 1993 florece los aspectos psico -sociales de los pacientes y que sean abordados por profesionales en estas áreas, del mismo modo la complejidad de los diagnósticos, los requerimientos de los pacientes, la seguridad social y los organismos de protección, solicitan una atención integral que incluye las acciones de

Trabajo Social, como un pilar en la atención tanto desde el carácter preventivo, promocional, terapéutico y asistencial, considerando al paciente como un ser integral, poniendo en consideración aquellos factores socio-familiares que condicionan la recuperación del paciente, teniendo en cuenta que la enfermedad renal crónica, contempla y demanda una intervención completa y expectativas que requirieren una atención sistémica.

2. JUZGAR/HACER

2.1 M.T.R.C MARCO TEÓRICO, REFERENCIAL, CONCEPTUAL

2.1.1 LA TEORÍA ANTROPOLÓGICA A LA BASE DE LA PRAXEOLOGÍA

“Partimos de un presupuesto antropológico fundamental: la persona humana es un ser praxeológico, es decir, un individuo que actúa (¿actante?), que reflexiona sobre su actuar, que busca mejorar sus acciones y, en últimas, ser feliz. Ser auténticamente humano consiste, entonces, en buscar incansablemente, una y otra vez, la fórmula de la vida humana. Por eso, por nuestra capacidad de acción, somos libres, o mejor, condenados a la libertad, obligados a elegir; porque actuar humanamente no es cumplir un programa predeterminado, al contrario, es contar siempre con lo imprevisto. Nuestra vida simplemente eterniza (si no nos oponemos a ello o la educación no nos atrofia dicha facultad) los rasgos que atribuimos, por lo general, solo a los niños y jóvenes, pero que son propios de todo ser humano: la maleabilidad, la educabilidad, el aprendizaje y la permanente indagación.

Ahora bien, nuestro actuar fundamental es sencillamente, inventarnos, darnos forma permanentemente, a la manera de un camaleón, ascendiendo a veces a lo más alto y descendiendo, la mayor de las veces, a los más bajo y despreciable. Todas nuestras opciones, de una u otra forma, terminan por configurar lo que hoy somos. Porque actuar no es otra cosa que elegir, y elegir es en lanzar apropiadamente el conocimiento de lo que nos es dado (aquello que no generamos nosotros, pero que recibimos como don), con la imaginación (las posibilidades de las que podemos disponer, si queremos) y la decisión (el acto de voluntad que escoge entre varias alternativas e intenta ejecutar una de ellas). Por eso, a las acciones radicalmente humanas las llamamos acciones voluntarias, aunque debamos asumir la parte de incertidumbre en que vamos a incurrir al ejecutarlas. Nuestra grandeza radica, entonces, en que somos co-creadores (junto con Dios) de nosotros mismos, completando y siempre formulando aquello que El proyecto para nosotros. Somos perfectibles y, por eso, educables.

Así, el ser humano, a diferencia de los demás seres del mundo, no solo hace parte de este, sino que tiene facultades y destrezas para crearlo y recrearlo. Igualmente, la persona sólo es tal en cuanto es libre y creadora; por ello, es imposible decir, de modo definitivo. Lo que si podemos es hacer la distinción, para cada persona concreta, entre una vida evidente para los sentidos (las actividades propias de su ciclo biológico) y otra intangible e impalpable. Esta otra parte de la vida, la realmente valiosa, se despliega en otra esfera: la de acción política. Las tres categorías de la vida activa. (Labor, trabajo y acción), tiene en común que se realizan con el cuerpo y en un ámbito perceptibles a los sentidos; de ellas solo la acción es política.

Por su parte, con las tres categorías de la vida del espíritu, o actividades mentales básicas (pensamiento, voluntad y juicio), se produce una retirada del mundo o suspensión de lo inmediato. Ellas, por sí mismas, no conducen a la acción, pero la desensorización que realizan de lo puramente aprehendido es vital para hacer cualquier cosa propia plenamente humana: el pensamiento lleva a la comprensión y posibilita que alteremos el orden natural de los sucesos. La voluntad es lo que permite que trascendamos nuestras propias limitaciones y dotemos al mundo de nuevos significados; por su parte, el juicio (las más políticas de nuestras facultades mentales), es la habilidad para pronunciarnos frente a las cosas. Entonces, la acción política atañe a la vida activa. No obstante, su origen está en la vida del espíritu, pues es aquí donde reside la libertad que permite crear el mundo, y no solo padecerlo. Además, es en la vida espiritual donde nuestra acción puede tener algún sentido. La vida del espíritu es el soporte de lo auténticamente humano de nuestro actuar.

En síntesis, estos presupuestos antropológicos se fundamentan en la noción de acción, que se sirve de las siguientes consideraciones de Hannah Arendt sobre la vida activa: ella mantiene la novedad, favoreciendo la pluralidad, asumiendo la imprevisibilidad, velando por la fragilidad e introduciendo la narración en la vida cotidiana. Desde un enfoque práctico, esto implica promover que todos los integrantes de una comunidad logren una comprensión de sí mismos, dejando la idea de que el mundo o su lugar en él son realidades establecidas, determinadas o inalterables. Veamos esto en detalle, por las implicaciones que

tiene para construcción de la ciudadanía y para el quehacer educativo que supone la praxeología.

Primero, cultivar la pluralidad significa negarse a la homogeneización de los individuos. Desde la antropología que planteamos, no existe el ser humano (o mejor, la naturaleza humana), sino los seres humanos, con su inevitable variedad de posturas. Es claro que cuando reconocemos la presencia del otro, como otro, nos descubrimos como personas únicas e irrepetibles. Pero eso implica dejar que el otro se revele y se exprese en su unicidad. Así, la acción humana actualiza esa dimensión existencial que valora la diversidad de los discursos humanos. Las consecuencias, para el cultivo de una formación pluralista e inclusiva, son evidentes. Pero, igualmente, creemos que aparecen implicaciones cognitivas y didácticas valiosas, que deben llevarnos a reconocer y suscitar la diversidad de los procesos de aprendizaje, personales y culturales.

En segundo lugar, la aceptación de la pluralidad supone admitir la imprevisibilidad del otro como germen de crecimiento en la relación social y educativa, admitir al otro como imprevisible significa escuchar su palabra y su acción como una ocasión en la que se puede develar algo nuevo y diverso. Y esto facilita una actitud flexible y una apertura al riesgo en las diversas interacciones de la praxis social. Además, exige renunciar a la rígida clasificación del otro, originada por la búsqueda de falsas seguridades o por el deseo de lograr resultados acabados y medibles. Así, se abre el campo a lo inusitado, y la innovación

puede ocurrir en la vida social y educativa, más allá de las meras reformas, sin que las relaciones entre los actores sociales se vean amenazadas.

En tercer lugar, asumir el riesgo de lo novedoso, en relaciones humanas no instrumentales, hace notoria la fragilidad constitutiva de la acción y, por ende, de nuestra contingente condición humana. La acción humana nunca es solitaria; se realiza en una comunidad que interactúa siempre con nuestra capacidad de actuar, modificándola. " Debido a que el actor siempre se mueve entre y en relación con otros seres actuantes, nunca es simplemente un "agente", sino que siempre y al mismo tiempo es un paciente" (Arendt, H. 1993, PP 213). Similarmente, los hechos colectivos que brotan de la concertación son esencialmente frágiles, pues están expuestos a la contingencia del actuar humano. Es claro que la modernidad, con su cultura del trabajo y del consumo, se resiste a admitir la fragilidad de las acciones humanas.

Por último, hay que señalar que la acción política tiene que ver con un quien, no con un qué. Los participantes de una comunidad tienen vidas que se desarrollan en la cotidianidad presente y que requieren llenarse de sentido, construyendo un puente en su pasado y su futuro. Pero este sentido requiere de la presencia de los otros para manifestarse. Los demás son testigos de las acciones y palabras por las que se revela el quien de cada cual, pues este depende de los relatos de los otros que siguen a la auto revelación del actor. Por eso, las interacciones humanas siempre generan historias y el develamiento de sí mismos se hace a través de la narración. El actor no alcanza el sentido total de su acción, que sólo surge post-

factum, luego de ser narrada en el espacio público. Por su parte, el narrador, como historiador, está en mejor situación que el actor para entender el sentido de la acción, así como para captar su quien. Obvio, esta idea es discutible, pero podemos rescatar un elemento fundamental para el trabajo social y educativo: la identidad brota de la pluralidad y no es una construcción solipsista, ni mucho menos se trata de una competencia por llegar a ser el mejor. En este sentido, la comunidad socio-educativa tendría que ser el lugar privilegiado donde se recrea la propia identidad, contando con el testimonio de los otros y asumiendo la mutua dependencia constitutiva.

Entonces, si bien el quehacer social y educativo se plasma en obras, estas no pueden ser objetivo final; ellas son meras condiciones de posibilidad para algo más definitivo y humano como lo es la disposición y destreza para construir, conservar y revolucionar el mundo común.

2.1.2 Marco Conceptual:

Familia: Institución Social anclada en necesidades humanas universales de la base biológica: la sexualidad, la reproducción, y la subsistencia cotidiana. Sus miembros comparten un espacio social definido en términos de relaciones de parentesco, conyugalidad y pater/ maternalidad. Se trata de una organización social, un microcosmos de relaciones de producción, reproducción y distribución, con su propia estructura de poder y fuertes componentes ideológicos y afectivos, pero donde también hay bases estructurales de conflicto y lucha. Existen en ella tareas e intereses colectivos, pero sus miembros también

poseen intereses propios diferenciados, enraizados en su ubicación en los procesos de producción y reproducción”(Jelin 1998)

En tanto, Sonia Montaña (2007) afirma que el concepto funcionalista de familia la concibió como institución destinada a atender las necesidades básicas, materiales y emocionales y a perpetuar el orden social.

“La clásica representación social de la familia como la unidad entre un padre, una madre y uno o más hijos está sufriendo (deberíamos decir que también está gozando) de importantes transformaciones. La mayor aceptación social del divorcio, la homosexualidad, los procesos de liberación femenina y los cambios en el rol masculino, entre otros fenómenos sociales que han logrado mayor visibilidad en el escenario contemporáneo, han hecho posible abandonar la idea totalitaria de la familia tradicional y comenzar a caminar nuevas formas de ser familia. Ocurre que tras la prescripción de una única forma de ser familia, toda formación que se apartara de la norma pasaba a la categoría de “problema” y así debía ser pensada”. (Robles, 2004: 30)

Desde lo político: La familia es el núcleo fundamental de la sociedad. Se constituye por vínculos naturales o jurídicos, por la decisión libre de un hombre y una mujer de contraer matrimonio o por la voluntad responsable de conformarla (Artículo 42 Constitución Política Colombiana)

Paciente: persona que recibe atención sanitaria (OMS)

Derechos: El derecho a la salud significa que los gobiernos deben crear las condiciones que permitan a todas las personas vivir lo más saludablemente posible. Esas condiciones incluyen la disponibilidad garantizada de servicios de salud, condiciones de trabajo saludables y seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. El derecho a la salud no debe entenderse como el derecho a estar sano. (OMS)

Deberes: un referente claro para asumir las responsabilidades que las leyes y la constitución les establece, según la ley 100 de 1993. (OMS)

Trabajo Social: Profesión que promueve los principios de los derechos humanos y la justicia social, por medio de la utilización de teorías sobre el comportamiento humano y los sistemas sociales. Específicamente se interesa en la resolución de problemas sociales, relaciones humanas, el cambio social, y en la autonomía de las personas: todo ello en la interacción con su contexto en el ejercicio de sus derechos en su participación como persona sujeto del desarrollo y en la mejora de la sociedad respecto a la calidad de vida en el plano bio-psicosocial, cultural, político, económico y espiritual. (Ander-Egg, 1986)

Técnicas de intervención social: un método no basta por sí mismo, necesita de procedimientos y medios instrumentales que lo hagan operativo. En este terreno se sitúan

las técnicas sociales. Estas, como los métodos son respuestas al “cómo”, pero se sitúan al nivel de los hechos o de las etapas prácticas que a modos de dispositivos auxiliares, permiten la aplicación del método por medio de elementos prácticos concretos y adaptados a un objeto bien definido.

La praxis social presupone una serie de técnicas sociales: motivacionales, de concientización de organización de movilización, que se utilizan teniendo un marco referencial que les da su significación última.(Ander-Egg, 1986)

EPS: Empresas Promotoras de Salud (Minsalud)

EPS S: Son las entidades responsables de la afiliación y prestación del Plan obligatorio de salud del Régimen Subsidiado a los beneficiarios de éste.(Minsalud)

POS-S (Plan Obligatorio de Salud-subsidiado) :Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones, servicios, insumos y medicamentos al que tienen derecho los afiliados al Régimen Subsidiado.

2.1.3 Estado del Arte

Desde Trabajo Social es relevante destacar este concepto como: “ El origen de la expresión, muy probablemente, se debe aAristótelesen el libro primero deMetafísica, donde clasifica el conocimiento

en Ciencia, Experiencia y Arte. La ciencia busca el conocimiento por la mera curiosidad innata del ser humano. De hecho el libro primero de Metafísica de Aristóteles comienza con una frase: “Todos los hombres tienen por naturaleza el deseo de saber”.

(Elcho Pan, 1988:45). La ciencia no busca ninguna utilidad en la búsqueda del conocimiento, sino satisfacer la propia curiosidad innata del ser humano. Así pues son ciencias la filosofía, las matemáticas, la física, la biología, la química, entre otras. El arte a diferencia de la ciencia, busca una utilidad a la búsqueda del nuevo conocimiento, cómo hacer mejores puentes con un menor coste de materiales, Dentro del ambiente tecnológico industrial, se entiende como "estado del arte" o "estado de la técnica" todos aquellos desarrollos de última tecnología realizados a un producto, que han sido probados en la industria y han sido acogidos y aceptados por diferentes fabricantes.

<u>ESTADO DEL ARTE DE LAS CATEGORIAS</u>			
<u>CATEGORIAS</u>	<u>Autor, Título del Libro, artículo, revista, ficha.</u>	<u>Interpretación</u>	<u>AUTOR</u>
Salud	La Intervención del trabajo social en el campo de la salud mental. Algunos Interrogantes y perspectivas. Revista	Las enfermedades son narradas, contadas desde diferentes formas de relato . Las narrativas de la enfermedad, desde la intervención del Trabajo Social en Salud Mental, construyen la	Alfredo Juan Manuel Carballeda (Argentina)

	Dialnet	<p>escucha la mirada y el registro . Desde allí se vinculan con las diferentes formas de intervención . Estas cuestiones pueden ser sistematizadas desde la noción de “Modelos de Intervención en Salud”.</p> <p>Como vía de entrada, la noción de Modelo de Intervención, permite sistematizar y ordenar las prácticas desde diferentes aspectos. La idea de sujeto de intervención que se utiliza, el marco teórico que la sostiene, y la intervención típica que se produce como producto de la relación entre lo conceptual, la noción de sujeto y el contexto, da cuenta de una serie de posibilidades de análisis de la Intervención en lo social y también a sus peripecias de orientación y dirección</p>	
--	---------	---	--

Salud	http://concepto.de/salud-segun-la-oms/#ixzz3GomuBPAO oms.minsalud	<p>El concepto de salud según la Organización Mundial de la Salud tiene una definición concreta: es el estado completo de bienestar físico y social que tiene una persona. Esta definición es el resultado de una evolución conceptual, ya que surgió en reemplazo de una noción que se tuvo durante mucho tiempo, que presumía que la salud era, simplemente, la ausencia de enfermedades biológicas. A partir de la década de los cincuenta, la OMS revisó esa definición y finalmente la reemplazó por esta nueva, en la que la noción de bienestar humano trasciende lo meramente físico. La Organización Panamericana de la Salud aportó luego un dato más: la salud también tiene que ver con el medio ambiente que rodea a la</p>	
-------	---	---	--

		persona.	
Familia	Diccionario de Trabajo social. (Ander-egg.1986:109).	La familia es el resultado de un largo proceso histórico, cuya forma actual de carácter monogámico es la pareja conyugal. En su ascensión amplia, la palabra familia hace referencia al conjunto de ascendentes, descendentes, colaterales y fines con un tronco genético común. Analógicamente, se dice que constituye una familia un conjunto de individuos que tienen entre si relaciones de origen o semejanza, (Ander-egg.1986:109).	Ezequiel AnderEgg

Familia	Modelo Sistémico y trabajo social con familias.	El modelo sistémico llevado al trabajo social con familias, incluye para su tratamiento una óptica totalizadora de las relaciones, que permite a los profesionales enfrentarse, gracias a los supuestos teóricos del modelo, a una serie de contradicciones familiares que es	Villena Palomar M & Suarez Esperanza

		<p>preciso conocer para poder ayudar a la familia y que pasarían inadvertidas</p> <p>si no es a través de la metodología sistémica. Dichas contradicciones inciden profundamente en el núcleo familiar y están presentes durante todo el proceso de ayuda, condicionando en todo momento en la relación Trabajador Social/familia.</p> <p>La metodología sistémica incluye todos estos elementos en su explicación de la familia ayudando a los trabajadores sociales a descubrir la dinámica familiar y el juego interno de la familia que acude a pedir ayuda.</p> <p>Los supuestos teóricos que están a la base del modelo sistémico y que permiten mediante el uso de técnicas concretas, un</p>	
--	--	--	--

		<p>entendimiento</p> <p>más profundo de la dinámica de las interrelaciones familiares, se relacionan, de diversas formas, con los conceptos y esquemas operativos desarrollados por la Cibernética, la Teoría General de los Sistemas y la Teoría de la Comunicación.</p>	
Familia	<p>La Conciliación y la Tolerancia para prevenir y enfrentar el conflicto familiar. 1997</p>	<p>La premisa fundamental es la inter relación individuo, familia y sociedad, en procesos articulados y multicausales que tengan en cuenta todos los elementos internos y externos que influyen y a su vez son influidos mutuamente. Es decir ninguna persona, grupo, comunidad o sociedad funciona aisladamente, si no que tienen entre si relaciones permanentes, dinámicas y</p>	<p>Ángela María Quintero</p>

		<p>retroalimentadoras.</p> <p>La perspectiva científica apunta a la interdisciplinariedad y en esa medida debe ser congruente la propuesta de estudiar, analizar y abordar los procesos conciliatorios, donde las diferentes disciplinas aporten sus elementos metodológicos y conceptuales para atender la conciliación no como un hecho puntual donde se evacúe rápidamente un conflicto determinado, que puede volver a presentarse en mayor o menor proporción, sino que se le atienda en su toda su dimensión y prevenga la emergencia de fenómenos similares.</p> <p>La conciliación es una alternativa de diálogo y de acuerdo entre las</p>	
--	--	---	--

		<p>parejas,</p> <p>las familias o los particulares en controversia, sin necesidad de recurrir a la violencia o entablar demanda ante la justicia. Son las mismas partes las que enfrentan el conflicto con la ayuda de una tercera persona, lo más neutra e imparcial posible, denominada conciliador.</p>	
Familia	Técnicas de terapia familiar	<p>La derivación es un proceso que se inicia desde el motivo de consulta generado por el médico primario, es decir, el “médico de cabecera”.</p> <p>Los límites generacionales son difusos (Minuchin, 1974): no se sabe o no definen de dónde vienen las reglas, pero cuando se pone, Énfasis en esta disfuncionalidad, los adultos se encaran señalándose de forma acusatoria, acusatoria, lo que revela la hipótesis del modelo de crianza</p>	Salvador Minuchin

		ineficaz	
Familia	Trabajo desde casos	<p>En su filosofía sobre el trabajo social con casos existen dos formas significativas de enfrentarse a los problemas; la primera a través del sostén económico, emocional o moral de la persona, para mejorar su funcionamiento personal y, en segundo lugar, a través del desarrollo de la percepción propia, tratando de mejorar la dirección de su conducta mediante una mejor y más completa comprensión de sus maneras de reaccionar. Ambas formas establecen una relación entre el “yo”, y sus funciones que intentan dirigir la energía vital de la persona hacia la satisfacción de sus necesidades, el logro de sus metas, a conocerse</p>	<p>Florence Hollis (1907-1987)</p>

		<p>a sí misma en relación con los demás, y a defenderse o protegerse para mantener el equilibrio emocional que deberían determinar el progreso o el cambio para conseguir la adaptación a su medio ambiente.</p>	
Familia	Políticas hacia las familias, Protección e inclusión sociales	<p>La familia es una de las formas de organización social más compleja; es un grupo social heterogéneo, complejo y cambiante que reúne en el espacio géneros, generaciones, funciones diferentes y comunes, responsabilidades y dependencias.</p>	Ana Rico de Alonso

		<p>(La familia no se limita a la llamada “familia de residencia” u “hogar”, sino que configura redes extraespaciales de identidad y solidaridad. No obstante, la organización de la supervivencia en el espacio, tiene una significación primordial en el cuidado de las personas.</p> <p>Su composición, las necesidades y las responsabilidades de sus integrantes, varían a lo largo de la vida, sin que pueda establecerse una escala de complejidad que privilegie a una o a otra forma de organización. Aunque la familia se organiza en un espacio habitacional concreto, sus lazos, sus obligaciones, sus formas de</p>	
--	--	---	--

		control y de apoyo, trascienden el espacio y la supervivencia diaria.	
Derecho	Gabela de la Jurisprudencia del tribunal nacional de Ética Médica. Vol. 3. No 2 julio – Diciembre de 2001	Es el orden normativo e institucional de la conducta humana en sociedad, inspirado en postulados de justicia, cuya base son las relaciones sociales existentes que determinan su contenido y carácter	Saavedra Edgar.(Asesor Juridico)
Derecho	Para Amartya Sen, el concepto de derecho es más restringido que el de libertad. No basta tener derechos, es necesario contar con “las condiciones que configuran la libertad de agencia en la sociedad”.	El concepto de derecho es superado en esta perspectiva por el de libertad (denominada por Sen como libertad de agencia) . El derecho permite la legitimación de la distribución de las condiciones que la sociedad otorga a los individuos para su desempeño social.	

Derecho	Gaceta de jurisprudencia Vol.3 No 2. Julio – diciembre de 1999	El paciente de la misma manera que tiene derechos, tiene deberes consigo mismo, con el médico y con la sociedad. No se discute la conveniencia para la Sociedad actual del conocimiento y uso de sus derechos por parte de los enfermos, mas también es preciso recordar que tienen obligaciones consigo mismo, con el médico y con terceros, es decir con la sociedad.	
Deber	Gaceta de jurisprudencia Vol.3 No 2. Julio – diciembre de 1999	Todo a lo que nos obligan nuestros derechos , ya sea hacia los otros o hacia la sociedad en general	
Deberes y Derecho, Intervención desde la salud	Holgado, D. & Maya-Jariego, I. (2012). Participación social, preparación comunitaria e intervención en salud. Estudios de caso de Trabajo Social en Atención Primaria de salud en Andalucía. <i>Trabajo Social y Salud</i> , 71, 165-185.	Los objetivos del proyecto “Comunidad, Práctica y Resultados en la mejora de la implementación de programas de los trabajadores sociales en centros de atención primaria”	

		<p>(CPR) fueron la sistematización de la práctica y la potenciación del rol de los trabajadores sociales, así como la mejora de la implementación de programas comunitarios en centros de atención primaria. Los trabajadores sociales de atención primaria son profesionales que tienen que desarrollar una actividad orientada a la intervención social en salud, en un contexto que a menudo se centra en la prestación de un servicio asistencial. Es en este contexto en el que evaluamos la preparación comunitaria para el cambio, utilizando a los propios trabajadores sociales como informantes clave y estableciendo tipos de contextos de intervención en función de los resultados obtenidos en un conjunto de</p>	
--	--	---	--

		<p>dimensiones.</p> <p>Con este estudio evaluamos algunas de las dimensiones del Modelo de Preparación Comunitaria en centros de salud y en el contexto comunitario en el que se insertan, a través de la entrevista a los trabajadores sociales como informantes clave. A partir de los resultados, trataremos de identificar factores que permitan establecer tipologías de entornos comunitarios, en función del nivel de preparación comunitaria.</p> <p>Estas tipologías servirán para evaluar contextos, de modo que faciliten en el futuro la aplicación de estrategias de mejora de la efectividad.</p> <p>La actuación de la familia en todos los procesos crónicos del paciente es fundamental, ya que éste</p>	
--	--	---	--

<div data-bbox="224 237 431 512" style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> APOYO FAMILIAR AL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL </div>	<div data-bbox="501 254 742 459" style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> MÓNICA TOMÁS COMELLAS </div>	<p> presenta cambios, tanto en sus actividades de la vida diaria como en su estado anímico. También la percepción de la vida y de su entorno cambia y, por supuesto, se producen cambios físicos inherentes a la patología, en este caso IRC en tratamiento con Hemodiálisis (HD). El ingreso en HD del paciente con IRC produce inquietudes y expectativas sobre la evolución y mejora personal del tratamiento. Este aspecto crea ansiedad que repercute negativamente en el estado físico y psíquico del paciente. Inmiscuir a la familia en esta situación es muy positivo, ya que el enfermo sentirá el apoyo en una situación que afronta en soledad, que no sólo afectará a la hora del tratamiento, sino que en su domicilio continuará con la instauración de una dieta adecuada a la diálisis, </p>	
--	---	---	--

		<p>una toma de medicación correcta y una estabilidad emocional que será contenida por la familia, ya que el paciente presentará cambios de humor e incluso de carácter en algunos casos o inadecuación a la nueva situación en su vida. Por tanto, nos pareció interesante observar el sentimiento de apoyo que tiene el enfermo renal en nuestro centro por su familia, teniendo en cuenta el tiempo de tratamiento, la edad del paciente y sexo. El sentimiento de apoyo lo valoraremos según la implicación de la familia en cuestiones que abarquen el aspecto holístico de la persona, la toma de medicación, el saber estar familiar ante los cambios de humor, conducta, implicación en las visitas médicas y sus inquietudes en las sesiones de hemodiálisis.</p>	
--	--	---	--

Realizó: Damaris Cardona Villa, Apoyado por los autores mencionados.

2.1.4 MATRIZ RUTA METODOLÓGICA APLICADA EN DIALY-SER BELLO

PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON IRCT.

	Objetivos específicos	Subcategorías	Técnica	Instrumento	Para qué utilizar la técnica elegida	Muestra a la cual se aplica el instrumento
Familia	Identificar la pertinencia del profesional en trabajo social como guía del paciente con IRCT y su familia en el manejo de los derechos y deberes de	Acompañamiento	Entrevista	<p>1. Ha tenido usted como paciente, acompañamiento por parte de su familia, desde que le diagnosticaron la insuficiencia renal terminal?</p> <p>2. Ha tenido apoyo económico por parte de su familia, para la asistencia al</p>	Esta entrevista se realiza con el propósito de evidenciar si el paciente ha tenido acompañamiento, por parte de un familiar, desde que le diagnosticaron la IRCT, permitiendo conocer por medio de sus respuestas si el paciente y su familia tienen compromiso en la terapia.	9 personas con diagnóstico de Insuficiencia renal crónica terminal, entre ellos 6 de los pacientes estaban acompañadas (os) de un familiar.

	<p>los pacientes en la Unidad Renal Dialy-Ser, Bello</p>		<p>tratamiento?</p> <p>3. Se hace referencia al apoyo económico a los gastos que asume el paciente o familiar, para asistir a las terapias que son tres veces a la semana, para reclamar medicamentos no pos, o solicitar ordenes que no están contempladas dentro del paquete de la diálisis.</p> <p>4. Se evidencia medicamento que los pacientes con IRCT, disminuye la visión en ustedes, siendo afirmativa la respuesta, es usted un paciente que tiene apoyo y compromiso por parte de su familiar para el suministro de los medicamentos?</p>	<p>Es importante para el paciente que la familia le brinde ayuda económica, con el fin de mantener una adherencia en el paciente, esta entrevista que se realiza pretende identificar el apoyo económico que le brinda la familia al paciente, esto se refleja por medio de la asistencia a la terapia, los resultados de laboratorio, por medio de la alimentación, y la toma de medicamentos por medio del informe del químico farmacéutico</p> <p>Desde trabajo social es importante conocer estas respuestas, (en caso de ser afirmativas en los pacientes,) con el fin de evidenciar en los pacientes y sus familias el apoyo que tienen para la toma de sus medicamentos y compromiso en la adherencia a la terapia.</p>	<p>9 personas con diagnóstico de Insuficiencia renal crónica terminal, entre ellos 6 de los pacientes estaban acompañados de un familiar.</p>
--	--	--	--	--	---

					Medicamente se evidencia que un paciente que toma regularmente sus medicamentos, es un paciente más sano y comprometido, al igual que se evidencia desde lo psico social, un paciente dinámicamente más activo y comprometido	
Derecho	Conocer las estrategias de formación que se han implementado desde el área de trabajo social para los pacientes con IRCT y sus familias en el manejo de los	Conocimiento	Entrevista	<p>1. La información suministrada desde el área de trabajo social sobre los derechos y deberes que tiene como paciente fue:</p> <p>Bueno</p> <p>Regular</p> <p>Malo</p> <p>2. La información suministrada desde el</p>	Esta técnica desde este enfoque se realiza con el objetivo de visualizar las percepciones que tienen las personas con diagnóstico de IRCT, y su familia, en el tema de los derechos de los pacientes.	9 personas con diagnóstico de Insuficiencia renal crónica terminal, entre ellos 6 de los pacientes estaban acompañados de un familiar.

	derechos y deberes en la Unidad Renal, Dially-Ser, Bello			<p>área de trabajo social , sobre el complemento de atención desde el grupo interdisciplinario fue:</p> <p>Bueno</p> <p>Regular</p> <p>Malo</p> <p>3. Cuando ha solicitado un servicio desde el área de trabajo social la respuesta ha sido:</p> <p>Oportuna</p> <p>Regular</p> <p>Malo</p>		
--	--	--	--	---	--	--

Deber	Conocer las estrategias de formación que se han implementado desde el área de trabajo social para los pacientes con IRCT y sus familias en el manejo de los derechos y deberes en la Unidad Renal, Dially-Ser, Bello	Información		<p>1. Se considera usted una persona comprometida con la terapia de la diálisis?</p> <p>Siempre</p> <p>Regularmente</p> <p>Nunca</p> <p>2. La información suministrada desde el área de trabajo social sobre los deberes que tiene como paciente ha sido</p> <p>Bueno</p> <p>Regular</p> <p>Malo</p> <p>3. Desde el grupo interdisciplinario de Dially-Ser, ha percibido buena comunicación e</p>	Esta técnica desde este enfoque se realiza con el objetivo de visualizar las percepciones que tienen las personas con diagnóstico de IRCT, y su familia, en el tema de los deberes de los pacientes.	9 personas con diagnóstico de Insuficiencia renal crónica terminal, entre ellos 6 de los pacientes estaban acompañados de un familiar.
-------	--	-------------	--	---	--	--

				información con los insumos o requerimientos no pos? Siempre Casi Siempre Nunca		
--	--	--	--	--	--	--

Realizó: Damaris Cardona Villa, soportado por las respuestas de los pacientes y sus familiares, de la Unidad renal Dialy-ser.

3. Devolución Creativa

3.1 Interpretación

El paradigma interpretativo se toma como soporte de análisis de los datos obtenidos, con este ejercicio de interpretación se da continuidad a la matriz metodológica del sistema de categorías, en la cual se da cuenta de las preguntas realizadas a los pacientes diagnosticados con insuficiencia renal crónica terminal y a sus familias, que aluden a esta investigación y por consiguiente de la coyuntura de los hallazgos en un dialogo desde los referentes teóricos, las percepciones de los pacientes entrevistados con sus familias y la postura desde la profesión de Trabajo Social, en calidad de profesional en formación.

Es así como se inicia haciendo referencia a la primera categoría que corresponde a Derecho de los pacientes, y de la cual se realizaron tres preguntas para cada uno de ellos y sus familias. Comenzando por interpretar la primera pregunta, la cual da cuenta de la información suministrada desde el área de trabajo social del Unidad renal Dially-Ser sobre los derechos que ellos tienen como pacientes en el área de intervención en salud; se evidencia de la cantidad de pacientes entrevistados que 5 de ellos manifiestan que la información suministrada por los profesionales del área de trabajo social no es óptima y la consideran como una información que necesita fortalecerse más en relación a la efectividad de la misma; entre tanto, los demás pacientes manifiestan sentirse satisfechos con el tipo de información que les han suministrado al respecto.

Por lo anterior lo que lleva analizar esta categoría desde el área de trabajo social y reforzar la información suministrada acerca de los derechos de salud que deben conocer y manejar los pacientes cuando están siendo intervenidos por una entidad idónea para ello, con el fin de que ellos puedan reclamarlos después de tener un mayor conocimiento de los mismos.

Teóricamente se sustenta estas respuestas desde la Gaceta de jurisprudencia Vol.3 No 2. Julio – diciembre de 1999, particularmente cuando se plantea “El paciente de la misma manera que tiene derechos, tiene deberes consigo mismo, con el médico y con la sociedad” (Edgar S: 2001).

No se discute la conveniencia para la Sociedad actual del conocimiento y uso de sus derechos por parte de los enfermos, mas también es preciso recordar que tienen obligaciones consigo mismo, con el médico y con terceros, es decir con la sociedad.” Según la OMS, manifiesta que los pacientes de alto costo, catalogados como pacientes crónicos terminales, en este caso haciendo referencia a la Insuficiencia renal crónica terminal, se entiende como derecho en los pacientes en el área de la salud la forma de exigir que se cumplan.

Siguiendo con el análisis de las respuesta a la primer categoría se tiene que la información suministrada desde el área de trabajo social, en el complemento de atención desde el grupo interdisciplinario, entendiéndose este grupo al profesional de nutrición y psicología, la respuesta de las 9 personas entrevistadas, arroja un resultado favorable, debido a que de

ellos manifiestan estar satisfechos y haber recibido por parte de este grupo interdisciplinario acompañamiento e información oportuna, lo que lleva analizar que los siete pacientes y los dos familiares, se sienten satisfechos con la atención del grupo interdisciplinario de Dialy-Ser.

Desde el área de trabajo social es relevante destacar este grupo interdisciplinario, debido a que son ellos los que guían, informan y asesoran al paciente y su familia, según el área que se está abordando al paciente, y se da cumplimiento a dos de los derechos como lo son recibir información, y solicitud de explicaciones y respuestas que hace el paciente.

Teóricamente se sustenta estas respuestas desde la OMS, sustentando desde el derecho a la salud, lo que significa que los gobiernos deben crear las condiciones que permitan a todas las personas vivir lo más saludablemente posible. Esas condiciones incluyen la disponibilidad garantizada de servicios de salud, condiciones de trabajo saludable y segura, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. El derecho a la salud no debe entenderse como el derecho a estar sano. (OMS), por lo anterior tanto las personas que estén afiliadas a régimen contributivo o subsidiado deben tener sus mismos derechos y desde el área de trabajo social, es el comienzo para que el paciente y su familia conozca sus derechos, para que los haga cumplir, o por el contrario deban recurrir a los mecanismos de protección como: - Presentar derecho de petición en los términos de la Ley 1437 de 2011, o la norma que la sustituya, tanto a la EPS como a la IPS y a las demás entidades del sector salud, para solicitar información, examinar y requerir copias, formular consultas, quejas, denuncias y reclamos y deberá ser resuelto de manera oportuna y de fondo.

- El derecho a la atención prioritaria de las peticiones que formule cuando se trate de evitar un perjuicio irremediable de acuerdo con

lo previsto en el artículo 20 de la Ley 1437 de 2011 o la norma que la sustituya.

- La solicitud de cesación provisional ante la Superintendencia Nacional de Salud cuando un vigilado por acción u omisión ponga en

riesgo la vida o la integridad física de la persona, de conformidad con el artículo 125 de la Ley 1438 de 2011.

- El recurso judicial ante la Superintendencia Nacional de Salud en los términos de los artículos 41 de la Ley 1122 de 2007 y 126 de la Ley 1438 de 2011 y la práctica de medidas cautelares.

Con la presentación de la ley 100 de 1993, del artículo 156, de la Constitución Política de Colombia, se evidencia el derecho a recibir un plan integral de protección de salud, con atención preventiva, médico – quirúrgica y medicamentos esenciales, que será denominado el plan obligatorio de Salud (POS).

Extendiendo este instrumento de los mecanismos de protección en caso de no tener respuesta desde el la área de trabajo social, hacemos referencia a la tercera respuesta de esta categoría de derecho, la cual cuestiona al paciente y su familia con respecto a lo planteado anteriormente, cuando ha solicitado un servicio desde el área de trabajo social la respuesta de ellos, indica reforzar mas en esta área la atención a los pacientes cuando soliciten un servicio, debido a que la mitad de ellos manifiesta estar insatisfechos con la respuesta de trabajo social, indicando para mi reforzar este tema desde el area social, con

apoyo de herramientas educativas y de información al paciente, ya que de lo que más se quejan es la inoportunidad de la asignación de las citas de interconsultas, debido a que las eps sea contributiva y subsidiada, la asignación de la cita es con superioridad a dos meses, lo que hace que el paciente no tenga mejoría a corto plazo.

Sustentando este análisis desde el área social, destaco del libro de Alfredo Juan Manuel Carballeda, de la pagina 19, “ No se trata de enfermedades simplemente, la problemática es aún mayor, se trata de la propia cohesión de la sociedad como cuerpo sano”, La Intervención es, desde esta perspectiva, un espacio de dialogo, entre conocimiento, política y un “otro”, que se va constituyendo en un escenario que paulatinamente fue montado los nuevos papeles y guiones de la vida social sana y educada.

Es pertinente hablar de los diversos autores que han profundizado la perspectiva del desarrollo humano como postura teórica para abordar el complejo mundo de lo social, lo político y lo económico entre ellos cobran fuerza Manfred Max-Neef, quien ha trabajado el desarrollo a escala humana desde la perspectiva de las necesidades; Amartya Sen, que se ha destacado por su trabajo desde la perspectiva de las capacidades y, por último, Jerome Bruner, cuyos aportes sobre el desarrollo humano constituyen una alternativa a las teorías actuales, debido a que en ella se explican los procesos humanos a partir de la evolución de los mismos y desde su carácter netamente social.

Conectando la categoría de derecho con la siguiente categoría que es deber de los pacientes se hace alusión a la primera pregunta a los pacientes y familiares si son comprometidos con

la terapia de diálisis, en las respuestas encontradas todas fueron positivas, ya que ellos manifiestan que es un deber primordial que cumplen, debido a que si no asisten a la terapia , ellos manifiestan textualmente: “ no nos aliviaremos y eso es lo que más queremos”, por lo que se puede notar que todos asumen tener compromiso en la asistencia a la terapia.

Desde al área de trabajo social, es importante seguir el indicador de asistencia a la terapia, con el fin de evaluar la oportunidad y compromiso de los pacientes y sus familias, ya que los entrevistados , todos tienen subsidio de transporte mensual, lo que lleva a que ellos tengan más compromiso, porque se les ha brindado un auxilio económico que logra cubrir parte del transporte que ellos gastan para la asistencia a la terapia.

Cabe destacar a Kisnerman en su afirmación de la promoción de la salud como el desarrollo humano implican la articulación entre lo individual y lo comunitario, en la medida en que la cualificación de las capacidades y potencialidades del ser requieren la interacción con los otros, la convivencia con otros seres sociales y con la sociedad en general. En este sentido, la capacidad de la persona de orientar y dirigir su propia existencia implica la posibilidad de influir en la orientación de su entorno y en los destinos de su comunidad.

Dando continuidad a la segunda categoría, y permitiendo entender la respuesta de los pacientes y sus familias en el cuestionamiento que se les hace sobre la oportunidad de información desde el área de trabajo social en los deberes que tienen, desde el área de

salud, se puede entender que ellos necesitan fortalecer mas sus deberes como pacientes, con el fin de que puedan asumirlos de manera inmediata, que sean entendidos y comprendidos por ellos, por medio de los talleres de educación y formación, ya que uno de ellos manifiesta textualmente; “ bueno a veces conocemos muy bien los derechos, pero la verdad a la hora de cumplir los deberes nos enredamos, y aun no los tenemos definidos”.

La respuesta anterior de uno de los pacientes nos permite destacar lo que plantea la Trabajadora Social Nora Eugenia Muñoz Franco, en su artículo de Promoción y desarrollo humano: Su relación actual con el trabajo social en salud, “ En este mismo sentido, la educación también aporta elementos al desarrollo humano, ya que ella permite que el sujeto se involucre en procesos para su propio desarrollo (capacidad de resiliencia, cuidado de sí y autocuidado), posibilitándole que sea consciente y asuma una actitud encaminada a la transformación personal y colectiva. En esta transformación es fundamental la participación de cada persona, para intervenir con poder decisivo en los asuntos que le competen a nivel individual (participación ciudadana) y en calidad de integrante de un determinado grupo social (participación comunitaria). La participación viabiliza la capacidad organizativa de las comunidades, en aras del logro de objetivos comunes al grupo”.

Otra de las preguntas realizadas a los pacientes y sus familias, desde la categoría de los deberes, fue enfocada en la percepción que ellos han evidenciado desde el grupo interdisciplinario con respecto a la comunicación e información de los insumos o requerimientos no pos, y las evidencias encontradas en las respuestas de los pacientes y sus

familias fue negativa, lo que permite hacer una lectura de que los pacientes y sus familias no tienen respuestas oportunas, ni sienten que haya una buena comunicación desde el grupo interdisciplinario, esto hace que los procesos para los insumos o servicios no pos, sea dispendioso y exhausto, lo que hace que el paciente se le alargue mas el proceso de diligenciamiento de órdenes, entre otros.

Destacando a los psicólogos Laura Gaeta González, Agris Galvanovskis Kasparane, plantean en el enfoque cognitivo, el comportamiento asertivo que consiste en expresar lo que se cree, se siente y se desea de forma directa y honesta, haciendo valer los propios derechos y respetando los derechos de los demás. Estos autores sostienen la necesidad de incorporar cuatro procedimientos básicos en el adiestramiento asertivo: enseñar la diferencia entre asertividad y agresividad, ayudar a identificar y aceptar los propios derechos y los derechos de los demás, reducir los obstáculos cognoscitivos y afectivos para actuar de manera asertiva, disminuyendo ideas irracionales, ansiedades y culpas, y desarrollar destrezas asertivas a través de la práctica de dichos métodos. Es así como la asertividad se fundamenta en la ausencia de ansiedad ante situaciones sociales, de manera que se hace viable manifestar sentimientos, pensamientos y acciones (Flores, 1994).

Como se puede observar se ha realizado análisis de las respuestas de los pacientes y sus familias de las categorías de derechos y deberes de los pacientes, para comprender en un todo esta relación, se da continuidad a la categoría de Familia, la cual es relevante en esta sistematización de prácticas por que comprende una vía importante en el paciente, por ello destacamos la primera pregunta de esta categoría, la cual está enfocada en indagar al

paciente, y conocer cuál ha sido el acompañamiento por parte de su familia, desde que le diagnosticaron la insuficiencia renal terminal?, y las respuestas obtenidas desde el área de trabajo social y llevando a cabo esta sistematización es positiva, lo que lleva a entender y comprender que de los pacientes entrevistados han tenido acompañamiento por parte de su familia, lo que me permite hacer análisis de una buena adherencia al tratamiento , lo que hace en el paciente que haya mayor capacidad de manejo y superación.

El paciente con insuficiencia renal terminal y su familia, pasan por diversidad de circunstancias que afecta directamente la convivencia familiar, entendida la familia según: ¹Elizabeth Jelin quien afirma: “ la familia es la institución social que regula, canaliza, y confiere significado social y cultural a estas dos necesidades”, es acá donde la intervención de trabajo social según Ezequiel Ander egg: “ la forma de acción social, entendida como toda actividad consciente, organizada y dirigida, ya sea individual ó colectiva que de modo expreso tiene por finalidad actuar sobre el medio social para mantener una situación, mejorarla o transformarla.

De lo anterior se puede decir La calidad de vida relacionada con la salud se refiere a la percepción de bienestar que tiene el individuo acerca de su propia salud física, psicológica y social. Es la valoración que cada persona realiza a cerca de su vida y su entorno lo que puede diferir entre individuos, aunque se encuentren bajo las mismas circunstancias (Badia&Lizán, 2003). Esta forma de asumir su

condición es lo que se ha llamado afrontamiento, La diversidad de problemáticas que enfrentamos en nuestras vidas, es un aprendizaje que nos hace ser más fuertes afrontarlos,

Nada ayuda más a tener fortaleza y tenacidad que la capacidad de Resiliencia, destacando que la Familia es un sistema principal en el acompañamiento de esta enfermedad crónica terminal.

Conectando a la pregunta dos de la categoría mencionada anteriormente, se parte de si el paciente ha tenido apoyo económico por parte de su familia, para la asistencia al tratamiento los tres días de la semana?, Es pertinente resaltar en este punto que los pacientes entrevistados, son pacientes vulnerables, y de los cuales todos reciben por parte del área de trabajo social y administrativa un subsidio económico para que pueda asistir a su terapia, ya que la mayoría de ellos, pertenecen a régimen subsidiado, lo que indica que actualmente son personas que no se encuentran laborando, lo que indica que no hay ingresos económicos del paciente a la familia, por el contrario es su familia quien le suministra la ayuda económica, lo que da respuesta al cuestionamiento anteriormente realizado, donde ellos dan fe y aseguran el compromiso de su familia en este factor económico, para poder cubrir sus necesidades, entre ellas el transporte para la terapia, ya que el subsidio entregado solo cubre una parte de sus terapias, no las 14 diálisis del mes.

De lo anterior se puede sustentar El paciente con I.R.C.T, padece un déficit en su economía en uno de los momentos de su vida que más necesita el aporte económico, debido a que hay un aumento de los gastos extra generados por su propia patología como pueden ser: Dieta alimenticia, tratamiento de fármacos, desplazamientos a tratamiento y en ocasiones cambio de domicilio por aproximación al centro de tratamiento.

Hay una preocupación clara del paciente de carácter económico que le hace dudar en el poder adquisitivo de su futura pensión, debido a la falta de incremento de la misma en relación con el aumento del coste de la vida y los gastos que genera la propia enfermedad, ya que los días del tratamiento a la terapia son 3 veces por semana , cada uno de ellos por espacio de 4 horas.

Cuando surge la enfermedad se establece un cambio en la dinámica normal y funcionamiento de la familia, Todo esto consiste en un cambio de roles familiares y asumiendo responsabilidades por otros miembros de la familia, para poderle dar la estabilidad o “tranquilidad” al paciente, en este proceso de enfermedad la cual es indefinida.

La creciente especialización de los servicios de salud a la que estamos asistiendo requiere más que nunca de la investigación de profesionales como los trabajadores sociales. Estos pueden acometer el análisis y abordaje de las situaciones problemáticas originadas por el impacto social de los procesos de salud/enfermedad. Las condiciones de vida y trabajo, la incidencia de las desigualdades sociales y de salud, generan ese impacto y el desarrollo de los elementos que lo configuran.

Los trabajadores sociales, como activos defensores de los derechos humanos, no podemos olvidar nuestra tarea en este ámbito, del padecimiento que tiene el paciente con insuficiencia renal crónica terminal, ya que es la base de la investigación realizada, A lo largo de este trabajo se ha reflexionado sobre las diferentes perspectivas antropológicas frente a la realidad de la salud y la enfermedad. Ante todo, la reflexión antropológica parte de un análisis fundamentalmente cualitativo de la realidad, pero ésta no es inmutable. El

discurrir permanente del tiempo conlleva necesariamente cambios en la cultura de los grupos humanos, variaciones en sus percepciones y comportamientos, que debemos transformar de forma positiva para este tipo de pacientes y sus familias.

Para finalizar con las preguntas realizadas a los pacientes y sus familias de la tercer y última categoría de la Familia, se evidencia que 5 pacientes responden positivamente, de la pérdida de su visión , por lo que con ellos se trabaja para el análisis de la respuesta, donde manifiestan que el acompañamiento de su familia para la toma de medicamentos es oportuno, al igual que el tramite de citas con retinologo, oftamologo, y optómetra, Textualmente un paciente manifiesta: “ Soy casi ciego, pero mis manos, y ojos son mis hijos”, de acuerdo a esta afirmación se plantea teóricamente la atención a las familias ya que son ellas las que cuentan con las capacidades para la generación de cambios, según la Trabajadora Social, Mary Richmond, pionera del trabajo social, en su obra Social Diagnosis (1917) dedicó un capitulo al reconocimiento del grupo familiar como elemento fundamental tanto para el diagnóstico como para la posterior injerencia Importante de los representantes del modelo psicosocial del trabajo social, Hollis (1964); Perlman (1957); Strean (1978); Towle (1965); Turner (1996) identifican el trabajo social con familias como uno de los elementos principales a los que se dirige la acción profesional con objetivos de cambio personales. La comprensión de problemas sociales y la labor transformadora requiere de conocimientos diversos, debido a la complejidad y a la relación dialéctica que expresa la realidad social, para ello, la profesión ha ido incorporando diversos aportes teóricos y metodológicos construyendo sus propios modelos, métodos y técnicas El modelo sistémico que entiende la familia como una unidad bio-psico-social de interacciones e interrelaciones (Escartín, 1992: 59-187). C)

Para finalizar se deja evidencia con esta investigación – sistematización desde inicios del mes de (Febrero) del año en curso (2014), hasta mediados de este mes de Noviembre, y la cual continuará el proceso a largo plazo, de investigación e intervención social como futura trabajadora social, la importancia de la investigación teórico-disciplinar a partir de la indagación y el análisis crítico de los principales

Objetivos/conceptos/categorías/subcategorías/planteamientos/, que se fundamenta en el esquema conceptual del Trabajo Social, ya que el reconocimiento y valoración de nuestros saberes es indispensable tanto para un “diálogo” en igualdad de condiciones con las “otras disciplinas”, en este caso la salud, como para contribuir a la comprensión de la complejidad social, al mejoramiento de la sociedad y al cumplimiento de los objetivos emancipadores que dieron origen a nuestra hermosa profesión, cada profesional Trabajador/a Social puede construir su identidad libremente basada en su formación, valores, creencias e ideales, pero para ello no puede negar el ingrediente clave de lo “social” el cual marca esencialmente nuestro compromiso profesional con la sociedad, como lo afirma: En el libro “Humanismo y trabajo social” de Ezequiel Ander Egg, menciona las dificultades a las que se enfrentan los trabajadores sociales: “Toda tarea de acción social, como cualquiera de las actividades humanas, ha de encontrar una serie de dificultades y obstáculos: Desde un ritmo diferente al previsto en el desarrollo de actividades, hasta la falta de reconocimiento social, el rechazo o la apatía. Se necesita mucha fortaleza para enfrentarlos. Uno de los problemas más serios que afrontan todos aquellos que trabajan directamente con la gente (trabajadores sociales, educadores, enfermeros, entre otros.), es el agotamiento emocional y físico, acompañado de desencanto, angustia o depresión, conocido como “síndrome de burn out”, “Las tres potencias del ser humano que lo hacen más humano son: el amor, el conocimiento y la

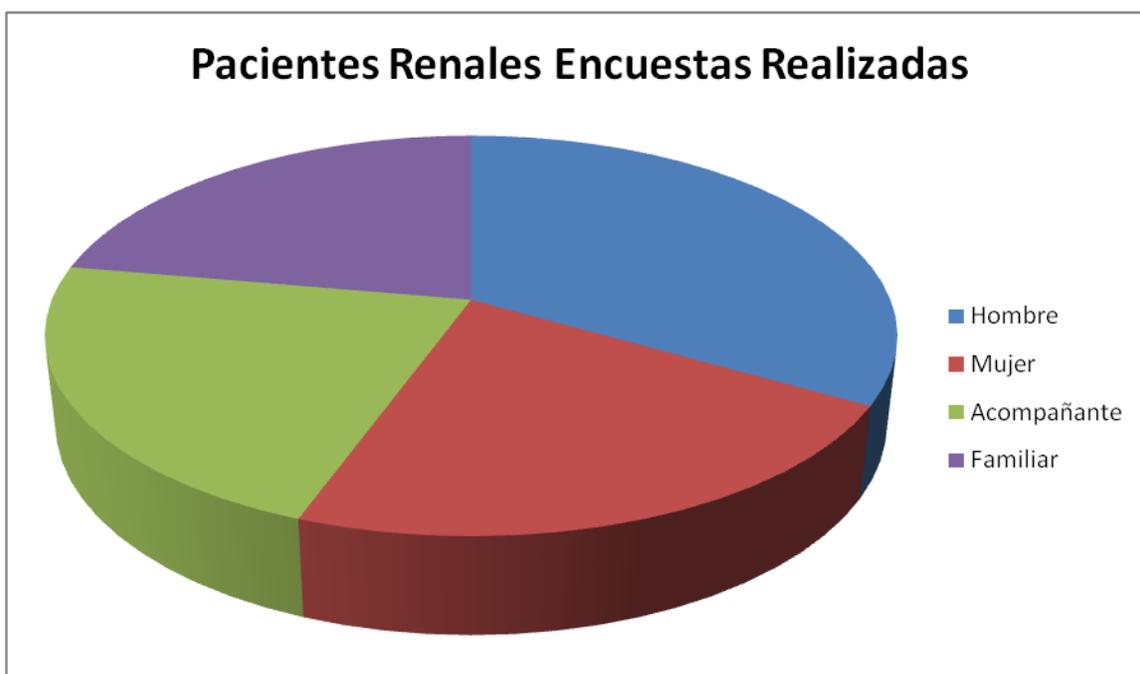
voluntad de acción. Dar testimonio de lo humano implica, principalmente, expresarlo en un estilo de vida, así como en el modo de ser y hacer profesional”.

Esta Sistematización, ligada al acompañamiento del asesor Juan Carlos Ocampo, realizada en la fundación clínica del norte del municipio de Bello, en la unidad renal Dially-Ser, como trabajadora social en formación me ayudo a producir conocimiento social y disciplinar para comprender, explicar, interpretar la realidad social y dinamizar el quehacer profesional en el área de la salud, desde los derechos y deberes de los pacientes diagnosticados con Insuficiencia renal crónica terminal, lo que me permitió Identificar la complejidad de las realidades sociales para la construcción de objetos de conocimiento disciplinares e interdisciplinares, diseñar proyectos de investigación social referidos a problemas de salud con pacientes con insuficiencia renal terminal, Fundamentar, sobre los pacientes y las familias con respecto al ciclo vital, relacionamientos humanos, liderazgos, derechos humanos, condiciones de calidad de vida, acciones públicas y colectivas y temas emergentes, todo esta información fue utilizada por medio de información cuantitativa y cualitativa para explicar y comprender la realidad social en el área de la salud.

Es pertinente manifestar que desde el trabajo social, se logra identificar las necesidades y problemáticas sociales que afectan la salud de las personas en especial los cambios que ha generado su estado físico desde la salud apoyado del grupo interdisciplinario de la unidad renal, Así, en el trabajo social como profesión, enmarca el enfoque de derechos, se apropia de su dimensión y capacidad promoviendo acciones de participación social y comunitaria

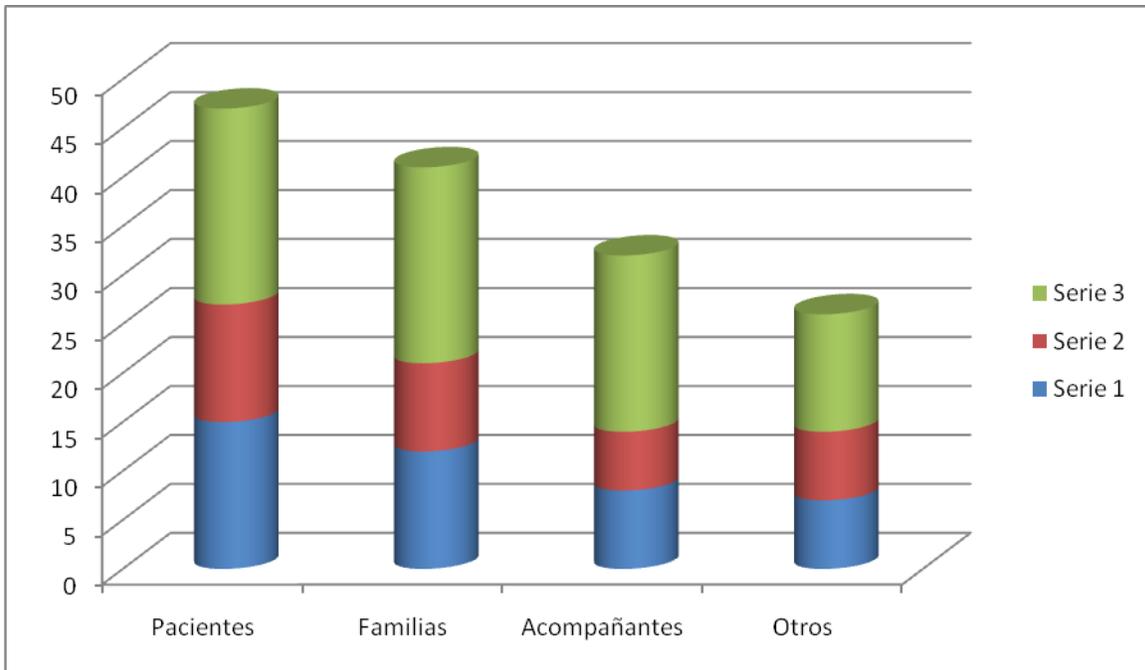
para el fomento de la salud, con el fin de hacer a la ciudadanía participe en la defensa y promoción de la salud y la dignidad de la vida como derecho humano fundamental, en este caso de los pacientes y sus familias.

Anexos



Elaboró: Damaris Cardona Villa

Se evidencia que las entrevistas realizadas fue realizada a los pacientes hombres, pacientes mujeres, sus acompañantes y familiares, de igual forma se deja evidencia que fue voluntaria las respuestas, al igual que no se manejan nombres de los pacientes, aplicando al derecho de la privacidad, ya que se manejo desde una experiencia vivida, mas no procedimiento ni investigación.



Elaboró: Damaris Cardona Villa

Se evidencia en el gráfico la importancia de educar a los pacientes y sus familias, en los derechos y deberes que tienen en el área de la salud.

El color verde representa que después de aplicar las encuestas, sobre si conocen los derechos y deberes que tienen los pacientes en la salud, se realizó educación a cada uno de ellos, al igual que se repartió los plegables o carta de derechos con el fin que ellos conozcan los diferentes mecanismos que tienen en el área de la salud para presentar quejas, sugerencias, felicitaciones, o simplemente para conocer y enterarse de manera lúdica sobre los derechos que los cubre según la resolución 13437 de 1991.

Soporte Legal de la resolución en Derechos y Deberes

RESOLUCION 13437 DE 1991

**Por la cual se constituyen los comités de Ética Hospitalaria y
se adoptan el Decálogo de los Derechos de los Pacientes.**

EL MINISTRO DE SALUD

En ejercicio de sus atribuciones legales, especialmente

las conferidas por los Artículos 6o. y 120 del

Decreto Ley No. 1471 de 1991, y

CONSIDERANDO:

Que corresponde a la dirección Nacional del Sistema de Salud, como ente rector, desarrollar las políticas, planes y proyectos y las normas técnico administrativas para el mejoramiento de la calidad del servicio de salud, que propendan por la humanización de la atención en salud, por ser un servicio público a cargo de la Nación.

Que corresponde al Estado intervenir y establecer las modalidades y formas de participación comunitaria para el mejoramiento en la prestación de los servicios.

Que el Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, señala que toda persona tiene derecho a la asistencia médica.

Que el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas, reconoce el derecho de toda persona del disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y del goce de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones.

Que la Asamblea Médica Mundial ha recomendado a los profesionales de la Salud dedicados a la investigación, seguir algunas normas que, a manera de guía deben

observarse cuando se trate de hacer estudios en humanos. Que realizado el Primer Simposio Nacional sobre los Derechos del Paciente, convocado por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia, y por la Consejería Presidencial para la Defensa, Promoción y Protección de los Derechos Humanos, se hizo relieve la necesidad de proteger y enaltecer estos Derechos, y recomendó la adopción de los Derechos de Paciente como el debería ser que el pueblo colombiano debe esforzarse en cumplir, de tal o cual manera que, tanto los ciudadanos como las instituciones prestadoras de servicios de salud, inspirándose en ellas, la promuevan mediante la educación a la comunidad y velen porque la respeten.

RESUELVE:

ARTICULO 1o. Adoptar como postulados básicos para propender por la humanización en la atención a los pacientes y garantizar el mejoramiento de la calidad en la prestación del servicio público de salud en las Instituciones Hospitalarias Públicas y Privadas, los Derechos de los pacientes que se establecen a continuación: Todo paciente debe ejercer sin restricciones por motivos de raza, sexo, edad, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen social, posición económica o condición social:

1o. Su derecho a elegir libremente al médico y en general a los profesionales de la salud, como también a las instituciones de salud que le presten la atención requerida, dentro de los recursos disponibles del país.

2. Su derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara con el médico, apropiadas a sus condiciones psicológicas y culturales, que le permitan obtener toda la información necesaria

respecto a la enfermedad que padece, así como a los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar y el pronóstico y riesgos que dicho tratamiento conlleve. También su derecho a que él, sus familiares o representantes, en caso de inconciencia o minoría de edad consientan o rechacen estos procedimientos, dejando expresa constancia ojalá escrita de su decisión.

3. Su derecho a recibir un trato digno respetando sus creencias y costumbres, así como las opiniones personales que tenga sobre la enfermedad que sufre.

4. su derecho a que todos los informes de la historia clínica sean tratados de manera confidencial y secreta y que, sólo con su autorización, puedan ser conocidos.

5. Su derecho a que se le preste durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible, pero respetando los deseos del paciente en el caso de enfermedad irreversible.

6. Su derecho a revisar y recibir explicaciones acerca de los costos por los servicios obtenidos, tanto por parte de los profesionales de la salud como por las instituciones sanitarias. Al igual que el derecho a que en casos de emergencia, los servicios que reciba no estén condicionados al pago anticipado de honorarios.

7. Su derecho a recibir o rehusar apoyo espiritual o moral cualquiera que sea el culto religioso que profesa.

8. Su derecho a que se le respete la voluntad de participar o no en investigaciones realizadas por personal científicamente calificado, siempre y cuando se haya enterado acerca de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que el proceso investigativo pueda implicar.

9. Su derecho a que se le respete la voluntad de aceptación a rehusar la donación de sus órganos para que estos sean transplantados a otros enfermos.

10. Su derecho a morir con dignidad y a que se le respete su voluntad de permitir que el proceso de la muerte siga su curso natural en la fase terminal de su enfermedad.

ARTICULO 2o. Conformar en cada una de las entidades prestadoras del servicio de salud del sector público y privado, un Comité de Ética Hospitalaria, el cual deberá estar integrado de la siguiente manera: 1. Un representante del equipo médico y un representante del personal de enfermería, elegidos por y entre el personal de la institucional. 2. Dos delegados elegidos por y entre los representantes de las organizaciones de la comunidad que formen parte de los Comités de participación Comunitaria del área de influencia del organismo prestador de salud.

PARAGRAFO. En las entidades de salud que dentro de su área de influencia, presten atención a las comunidades indígenas, se deberá integrar al Comité de Ética Hospitalaria, un representante de dicha comunidad.

ARTICULO 3o. Los Comités de que trata el artículo anterior tendrán las siguientes funciones:

1. Divulgar los Derechos de los Pacientes adoptados a través de esta resolución, para lo cual entre otras, deberán fijar en lugar visible de la institución hospitalaria dicho decálogo.
2. Educar a la comunidad colombiana y al personal de las instituciones que prestan servicios de salud, acerca de la importancia que representa el respeto a los derechos de los pacientes.
3. Velar porque se cumplan los derechos de los pacientes en forma estricta y oportuna.
4. Canalizar las quejas y denunciar ante las autoridades competentes, las irregularidades detectadas en la prestación del servicio de salud por violación de los derechos de los pacientes.

ARTICULO 4o. Los Comités de Etica Hospitalaria se reunirán como mínimo una vez al mes y extraordinariamente, cuando las circunstancias así lo requieran, para lo cual deberán ser convocados por dos de sus miembros.

PARAGRAFO. De cada una de las sesiones, se levantará un Acta, la cual deberá ser firmada por los miembros asistentes y remitidos bimensualmente a la Subdirección de Desarrollo Institucional del Sector de este Ministerio.

ARTICULO 5o. La presente Resolución rige a partir de la fecha de su publicación.

Dada en Santa de Bogotá, D.C. a los 1o. de noviembre de 1991.

(Constitucion Politica de Colombia de 1991)

CAMILO GONZALEZ POSSO

Ministro de Salud

SARA INES GAVIRIA

Secretaria General.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Ander-Egg, E. (1995). *Diccionario de Trabajo Social*. Buenos Aires: Lumen Argentina.

Ander-Egg, E, *Diagnostico social, conceptos y metodologia*: Buenos Aires – Mexico.Lumen

Sandoval ,Ávila A. (2001). *Propuesta Metodológica para sistematizar la práctica profesional del trabajo social*. Argentina

Corte Constitucional de Colombia. (1991). *Constitucion Politica de Colombai*. Bogota: Ministerio de Salud y Protección Social, Derechos y deberes. Recuperado 04 Septiembre de 2014 de <http://www.minsalud.gov.co/Paginas/default.aspx>

Carballeda, Alfredo: *La intervención en lo social*. Editorial Paidós. Buenos Aires.2002

Muñoz, Franco N.E. "Promoción y desarrollo humano: su relación actual con el trabajo social en salud." En: *Colombia Trabajo Social ISSN: 0123-4986 ed: Unibiblos Universidad Nacional De Colombia*

González, Luis, *Desarrollo humano y trabajo social*, 2ª. ed., Serie Cuadernos de Trabajo Social 4, Conets, Santiago de Cali, 1997, pp. 2-81.

KISNERMAN, Natalio, *Pensar el trabajo social, una introducción desde el construccionismo*, Ediciones Lumen Humanitas, Buenos Aires, 1998, pp. 119-128

Laura Gaeta González, Agris Galvanovskis Kasparane ASERTIVIDAD: UN ANÁLISIS TEÓRICO-EMPÍRICO. Enseñanza e Investigación en Psicología, vol. 14, núm. 2, julio-diciembre, 2009, pp. 403-425,

Elizabeth Jelin, investigado en el blog de psicología social y familia <http://www.blogsicologia.com/familia/> recuperado el 11 de Septiembre de 2014 Consejo Nacional para

la Enseñanza en Investigación en Psicología México

Vargas, C. G. (2011). El enfoque praxeológico. Bogota: Corporación Universitaria Minuto de Dios - UNIMINUTO.

Flórez Aguilera A.I (sf).Una estrategia poco utilizada en el cuidado de pacientes con Enfermedad renal crónica: La Educación en grupo y multidisciplinar de pacientes y sus familias

Antonia Vanessa Sossa & Laura Elisa luna. (2010). La Intervención profesional en los centros Infanto Juveniles de la provincia de Mendoza. Tesis para optar por el titulo de Trabajo social.

Rebolledo D.P.M (2012). Acompañamiento a familias de niños y niñas hospitalizados en la unidad de cuidado critico pediátrico de la clínica el rosario, sede el tesoro. Tesis para optar por el título profesional de trabajo social. Universidad Bolivariana.

López Yolanda. (2003). La familia como campo de saber en las ciencias sociales. Revista virtual de las ciencias sociales.

Gonzalez Gallegos. M.J (2007). La familia como sistema. Revista Pacea de Medicina Familiar.

Quintero.A.M (1997).La Conciliación y la tolerancia como alternativa para prevenir y enfrentar el conflicto familiar.

Escartin.M.J (1985). El sistema familiar y el trabajo social.

Villena Palomar M & Suarez Esperanza. (sf). El modelo sistémico en el trabajo social Familiar: Consideraciones teóricas y orientaciones prácticas.