

**INFORME DE PRÁCTICAS
PROYECTO DE INTERVENCIÓN
CARACTERIZACIÓN DE REDES DE APOYO SOCIO-FAMILIARES DEL
PACIENTE TRASPLANTADO RENAL EN LA IPS UNIVERSITARIA SEDE
CLÍNICA LEÓN XIII, PARA EL AÑO 2017-2018**

**PROYECTO DE INTERVENCIÓN SOCIAL, IPS UNIVERSITARIA SEDE
CLÍNICA LEÓN XIII**

REALIZADO POR

**MARIA FERNANDA RUA GUERRA
ESTUDIANTE DE TRABAJO SOCIAL
PRÁCTICA PROFESIONAL II Y III**

**ASESORA ACADÉMICA
LUZ EDILMA AGUIRRE OSORIO**

TRABAJADORA SOCIAL - DOCENTE INVESTIGADORA

**ASESORA INSTITUCIONAL
MARILYN ANDREA GARCÍA GALLEGO
MARIA CRISTINA VILLAMIZAR RESTREPO
TRABAJADORAS SOCIALES IPS UNIVERSITARIA – CLÍNICA LEÓN XIII**

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL
MEDELLÍN**

2019

TABLA DE CONTENIDO

1. UBICACIÓN DEL PROYECTO	7
2. CONTEXTO INSTITUCIONAL	7
2.1 HISTORIA Y EVOLUCIÓN	7
2.2 PLATAFORMA ESTRATÉGICA	8
3. OBJETO DE INTERVENCIÓN	11
4. PROYECTO DE INTERVENCIÓN	13
4.1 Antecedentes	13
4.2 Justificación	17
4.3 Marco legal	20
4.4 Referente Conceptual	25
4.5 Objetivos	31
4.5.1 Objetivo General:	31
4.5.2 Objetivos Específicos:	31
4.6 Metas e indicadores:	32
4.7 Diseño Metodológico	33
4.7.1 Momentos y Técnicas:	33
4.7.2 Enfoque	34
4.7.3 Beneficiarios:	35
4.7.4 Criterios éticos:	36
5. CARACTERIZACIÓN	37
6. ANÁLISIS CUALITATIVO	46
7. ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA INSTITUCIÓN	49
8. LOGROS	50
9. FORTALEZAS	51
10. DEBILIDADES	52
11. APORTES DE TRABAJO SOCIAL	53
12. IPS UNIVERSITARIA COMO AGENCIA DE PRÁCTICA	54
13. RECOMENDACIONES	55
14. REFERENCIAS	56
15. ANEXOS	59

INDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Cuenta de alto costo	14
Ilustración 2 Cuenta de alto costo.	14
Ilustración 3 Informe de Gestión IPS Universitaria.	16
Ilustración 4 (Tabla 1. Metas e Indicadores).....	32
Ilustración 5 (Tabla 2. Pacientes Trasplantados años 2017 - 2018)	37
Ilustración 6 (Gráfica 1. Sexo de los Pacientes Trasplantados).....	38
Ilustración 7 (Gráfica 2. Rango de edades Pacientes Trasplantados)	38
Ilustración 8 (Gráfica 3. Sustento Económico).....	39
Ilustración 9 (Gráfica 4. Tenencia o tipo de vivienda).....	40
Ilustración 10 (Tabla 2. Lugar de residencia)	41
Ilustración 11 (Gráfica 5. Red de Apoyo en la Ciudad de Medellín).....	42
Ilustración 12 (Gráfica 6. Tipología Familiar).....	42
Ilustración 13 (Gráfica 7. Parentesco de la red de apoyo socio familiar)	43
Ilustración 14 (Gráfica 8. Sexo del Cuidador).....	44
Ilustración 15 (Gráfica 9. Red de apoyo socio – familiar de los Pacientes).....	44

RESUMEN

El siguiente trabajo consiste en una caracterización de las redes de apoyo socio familiares de los pacientes trasplantados durante los años 2017 – 2018 en la IPS Universitaria sede Clínica León XII, el cual fue realizado en el marco de la práctica académica II y III durante la formación como profesional de Trabajo Social, este proyecto categoriza diferentes dimensiones del sujeto, analizando las percepciones de la experiencia a nivel individual y familiar frente al proceso de trasplante, basado en una fundamentación teórica y metodológica, además posibilita evidenciar algunas de las actividades realizadas en el proceso de práctica, dando cuenta de los logros, las fortalezas, debilidades, aportes desde Trabajo Social en el campo de la salud, la institución como agencia de prácticas y recomendaciones.

Palabras claves: IPS Universitaria – Clínica León XIII, Trabajo Social en el campo de la Salud, trasplante renal, red de apoyo socio familiar, paciente trasplantado.

ABSTRAC

The following work consists of a characterization of the socio-family support networks of the transplanted patients during the years 2017 - 2018 in the IPS University - headquarters León XIII, which was carried out in the framework of academic practice II and III during the training as a Social Work professional, this project categorizes different dimensions of the subject, analyzing the perceptions of the experience at the individual and family level in relation to the transplant process, based on a theoretical and methodological foundation. It also makes it possible to show some of the activities carried out in the practice process, giving an account of achievements, strengths, weaknesses, contributions from Social Work in the field of health, the institution as an agency of practices and recommendations.

Keywords: IPS University – Clinic León XIII, Social work in the field of health, kidney transplant, transplant patient, support network socio - family, impact of transplantation at the family level.

**CARACTERIZACIÓN DE REDES DE APOYO SOCIO-FAMILIARES DEL
PACIENTE TRASPLANTADO RENAL EN LA IPS UNIVERSITARIA SEDE
CLÍNICA LEÓN XIII, PARA EL AÑO 2017-2018**

PRESENTACIÓN DEL PROYECTO

El presente, corresponde al informe final del proceso de práctica profesional II y III, llevada a cabo en la IPS Universitaria, sede Clínica León XIII. Inicialmente se plantea la contextualización del campo, seguido del objeto de intervención, posteriormente se da cuenta de cada uno de los elementos contenidos en el proyecto de intervención ejecutado en el marco del proceso formativo, – antecedentes, justificación, marco normativo, referente teórico conceptual, objetivos, metas e indicadores, diseño metodológico, enfoque, beneficiarios y criterios éticos que guiaron el proceso –. Seguido, se da cuenta de los hallazgos recolectados en la caracterización y análisis correspondiente realizado en el proyecto de intervención.

Posteriormente, se da paso a dar cuenta de las actividades realizadas a modo general en la práctica académica, los logros, las fortalezas, debilidades, aportes desde Trabajo Social en el campo de la salud, la institución como agencia de prácticas y las recomendaciones.

1. UBICACIÓN DEL PROYECTO

La realización de este proyecto de intervención se plantea en la IPS Universitaria, sede Clínica León XIII de la Ciudad de Medellín, ubicada en la dirección Calle 69 N° 51c - 24 Barrio Sevilla, Comuna 4.

2. CONTEXTO INSTITUCIONAL

La IPS Universitaria es una Institución Prestadora de Servicios de Salud sin ánimo de lucro, de carácter mixto, conformada por la Universidad de Antioquia y la Fundación Universidad de Antioquia (IPS Universitaria. s.f). En Medellín tiene cuatro sedes, las cuales son: la sede universitaria, ubicada en las instalaciones de la Universidad de Antioquia para prestar servicios a la comunidad estudiantil y administrativa; la sede SIU (Sede de Investigación Universitaria), desde la cual la IPS aporta a la generación de conocimiento en áreas de la salud; la sede Prado, la cual cuenta con dos bloques para prestar diferentes servicios ambulatorios; y la sede Clínica León XIII, correspondiendo a su sede principal, siendo una de las más reconocidas en la ciudad en su prestación de servicios médicos y hospitalarios.

2.1 HISTORIA Y EVOLUCIÓN

La Universidad de Antioquia prestó servicios básicos en salud a sus empleados a través de la dirección de Bienestar Universitario hasta el año 1993, con la llegada de la Ley 100 se creó el Programa de Salud de la Universidad, con lo que se dio la oportunidad de conformar una IPS para la prestación de servicios a la población en general, es así cómo se conformó la IPS Universitaria, teniendo como objetivo prestar servicios de salud en todos los niveles de complejidad, iniciando sus labores el 4 de diciembre de 1998, como corporación mixta sin ánimo de lucro (IPS Universitaria. s.f).

En el año 2007 por decisión del Gobierno Nacional, le fue entregada a la IPS la Clínica León XIII para su operación logística, lo que permitió ampliar su portafolio de servicios de alta complejidad, trazando el proyecto de ser un hospital universitario. En el

año 2012 inicia operación en la Red Pública de prestación de Servicios en la ciudad de Barranquilla, y para el año 2013 en San Andrés y Providencia, y en el Hospital Antonio Roldán Betancur de Apartadó, lo cual actualmente dejó de operar y para el 2018 solo cuenta con sus sedes en la Ciudad de Medellín.

Para principios de septiembre de 2017, la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia certificó la habilitación para 77 servicios que se prestan actualmente en la Clínica León XIII, lo que acerca más a la institución a su proyecto de acreditación como hospital universitario de la Universidad de Antioquia. (IPS Universitaria. s.f).

2.2 PLATAFORMA ESTRATÉGICA

Dentro de la plataforma estratégica de la IPS Universitaria se encuentra que:

Su **misión**:

Somos el Hospital de la Universidad de Antioquia, centro de referencia para la prestación de servicios de salud de alta complejidad. Gestionamos el conocimiento mediante la docencia y la investigación para contribuir con criterios de excelencia al proceso de formación de sus estudiantes. Ofrecemos soluciones integrales en salud con enfoque de responsabilidad social. (IPS Universitaria. s.f. Párr. 1).

Por otro lado, como **visión** se traza: “Ser reconocidos por nuestros centros de excelencia para la atención en salud de alta complejidad, con perspectiva global” (IPS Universitaria. s.f. Párr. 2).

Cuenta con tres **valores** transversales para la Institución:

Responsabilidad: “cumplir las actividades encomendadas. Hacer lo que se tiene que hacer en el momento que se debe hacer.

Respeto: situarnos en el lugar del otro, ser receptivos con sus necesidades y hacer de la confianza la base fundamental de nuestras relaciones.

Transparencia: “Actuar con la verdad de los hechos.” (IPS Universitaria. s.f. Párr.3)

Tiene como **objetivos estratégicos** 6 los cuales consisten en:

1. “Lograr la conformación y consolidación de equipos de alto desempeño, a partir de un modelo de gestión del talento humano basado en competencias, la gestión de la tecnología y el desarrollo de la infraestructura física.
2. Garantizar condiciones de excelencia operativa en la prestación de los servicios de salud, mediante un modelo de atención innovador producto de la gestión del conocimiento.
3. Consolidar a la IPS Universitaria como un buen referente comercial para sus proveedores y aliados estratégicos.
4. Mejorar el posicionamiento estratégico de la IPS Universitaria, mediante la oferta de un modelo de prestación de servicios de salud diferencial, personalizado e integrado en red.
5. Lograr la solidez financiera institucional, mediante un sistema de gestión financiera sostenible.
6. Promover una gestión institucional, generadora de valor para la Universidad de Antioquia y que contribuya con soluciones en salud a un desarrollo sostenible durante los próximos diez años.” (IPS Universitaria. s.f. Párr.6)

Además, la IPS Universitaria tiene **9 políticas estratégicas**, que son:

***Humanización**: es la vivencia constante de los valores institucionales, siendo el atributo fundamental para el relacionamiento con sus grupos de interés.

***Desarrollo humano de los colaboradores**: desde talento humano se promueve el desarrollo integral de los colaboradores de la institución, quienes son reconocidos como el pilar para su funcionamiento.

***Modelo de atención en salud**: el cual es personalizado y se basa en un abordaje integral, con enfoque diferencial.

***Seguridad de la atención**: enfocada en la prevención de factores de riesgo para los usuarios y su familia, los colaboradores, estudiantes y docentes.

***Docencia – Servicio**: la institución contribuye a la formación profesional, mejora competencias humanas, técnicas y científicas; con la Universidad de Antioquia actualiza modelos de docencia – servicio y genera valor para la institución y la sociedad

***Investigación e innovación**: como elementos que contribuyen a la pertinencia y seguridad en la atención, por medio de la generación de conocimiento y la transformación de gestión de salud.

***Sostenibilidad**: la IPS es socialmente responsable, favoreciendo la “sostenibilidad económica, social, ambiental y el respeto a los derechos humanos” (IPS Universitaria. s/f. Párr. 7)

***Gobernanza institucional**: la relación con los grupos de interés se basa en información institucional transparente, precisa, completa y oportuna; los acuerdos contractuales promueven la competencia justa, en el marco de la legalidad y la anticorrupción.

***Gestión de riesgos**: la IPS gestiona los riesgos de manera integral con sus grupos de interés en el ámbito de su gestión empresarial

3. OBJETO DE INTERVENCIÓN

La IPS Universitaria cuenta con la Unidad de Atención al Usuario, presente en todas sus sedes, la cual tiene como objetivo garantizar y velar “el cumplimiento de los derechos y responsabilidades de los usuarios a través de acciones que facilitan la información, el trámite de opiniones y el acompañamiento de los pacientes y sus familias en los distintos momentos de la atención” (IPS Universitaria. s.f. Párr. 1)

La Sede Clínica León XIII dentro del área de Atención al Usuario, cuenta con un equipo de cinco profesionales en Trabajo Social, quienes tienen la responsabilidad de identificar las condiciones sociales y familiares de los usuarios atendidos, los cuales son interconsultados según sus características, perfil poblacional o escala de riesgo socio familiar, pues presentan una condición de vulnerabilidad (IPS Universitaria. 2016). Por medio del diagnóstico social y la gestión realizada, con la intervención de las profesionales se busca brindar herramientas y estrategias de fortalecimiento para el paciente y/o su familia durante la estancia hospitalaria y para un egreso seguro y oportuno de los usuarios, es así como “el grupo de profesionales del Trabajo Social realiza una intervención ágil y coherente para dinamizar procesos de relación de ayuda con el usuario y su familia. Esta intervención se efectúa con el paciente, acompañante, familiar o persona que asiste como acudiente” (IPS Universitaria. s.f. Párr.5).

Entre los programas que acompaña Trabajo Social en la IPS Universitaria se encuentran:

***Cirugía hepatobiliopancreática y rehabilitación intestinal**

***Red Interinstitucional**

***Salas de espera**

***Programa de actividades lúdicas y lectura saludable**

***Voluntariado – Damas de rosa**

***Fondo de Solidaridad**

***Programa de trasplantes**

Para este proyecto retomaremos el **Programa de trasplantes** en el cual el papel del Trabajo Social es brindar orientación y acompañamiento al paciente y su familia, durante las fases de pre-trasplante, trasplante y pos-trasplante, siguiendo el debido protocolo que se maneja dentro de la Institución procurando que el proceso sea exitoso; esto conlleva un abordaje integral que va desde la mirada médica, psicosocial y familiar del paciente.

En el programa de trasplantes Trabajo Social hace parte de un equipo interdisciplinario integrado por especialistas de nefrología, cirujanos, anestesiólogos, nutricionista, psicólogo, terapeuta respiratorio, terapeuta físico, enfermería, coordinador operativo, auxiliar de enfermería, asistente, auxiliares administrativos, coordinador, y auditor. Allí la disciplina desempeña un rol fundamental que da cuenta de un acompañamiento desde una mirada integral del paciente que va más allá de su condición de salud y que vincula lo socio-familiar que rodea a cada sujeto, logrando mediante su intervención profesional identificar características que hacen posible que el proceso de trasplante sea exitoso y que haya una mayor adherencia al tratamiento. (Procedimiento de intervención de Trabajo Social al paciente en protocolo pre y pos Trasplante de riñón, hígado y hematopoyético, IPS Universitaria. s.f)

Desde la Institución surge la necesidad de identificar a los pacientes trasplantados categorizando cada una de sus dimensiones social, familiar, económica y habitacional de lo cual se tiene información durante la entrevista inicial del protocolo de trasplante realizada por Trabajo Social, sin embargo no se cuenta con información organizada y caracterizada que vincule cada una de las dimensiones del sujeto y logre dar cuenta de las redes de apoyo socio familiares del paciente y cómo ellas influyen durante el proceso de trasplante, por ende la importancia de este proyecto y su finalidad ya que desde la profesión la entrevista con la familia es fundamental debido a que puede determinar la continuidad del proceso de trasplante, ya que “es necesario estar seguros de que la familia, como en la mayoría de los casos, es un factor de apoyo emocional para el paciente y no de desestabilización.” (Alarcón, A., 2004, pág. 143)

4. PROYECTO DE INTERVENCIÓN

El proyecto de intervención diseñado en el marco de la práctica profesional II y III de Trabajo Social en la IPS Universitaria, sede Clínica León XIII de la Ciudad de Medellín, modalidad intensiva, tiene como **objeto de intervención** caracterizar las redes de apoyo socio familiares de los pacientes trasplantados en los años 2017 - 2018 y su impacto en la adherencia al tratamiento.

4.1 Antecedentes

La Enfermedad Renal Crónica es un fenómeno de salud pública presente a nivel mundial; de acuerdo al Censo Nacional realizado en 2012 en Brasil el total de pacientes en fase terminal de la enfermedad está en torno de 97 mil, con incidencia anual creciente, los tratamientos para dicha enfermedad son la hemodiálisis, la diálisis peritoneal y el trasplante renal, los cuales no son considerados curativos. Comparado con las otras modalidades el trasplante es descrito como el tratamiento que proporciona mejor calidad de vida al paciente con ERC. (Sampaio, D., Moregola, A., Rossi, F., Lucchetti, G., Sanders, H., 2015)

En la investigación “*Trasplante Renal*” realizada por Martín P. y Errasti P. (2006) en España, se define el trasplante como una “[...] terapia de elección para la mayoría de las causas de insuficiencia renal crónica terminal porque mejora la calidad de vida” (párr. 1) enfatizando en que desde hace mucho tiempo atrás se ha convertido en una terapia exitosa que implica una serie de cuidados estrictos y proceso integral donde se vinculan actores directos e indirectos que se vinculan a dicho tratamiento.

Definiendo lo anterior es importante resaltar que según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (s.f.) España viene siendo por años líder mundial en trasplantes; País en el cual para el año 2015 fueron realizados alrededor de 13 trasplante diarios, 2.905 trasplantes en total, evidenciando esto en la siguiente gráfica.

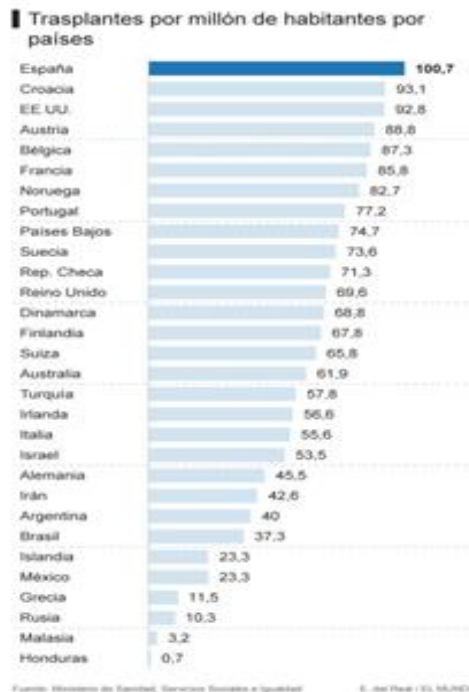


Ilustración 1 Cuenta de alto costo. (2015). Situación del trasplante renal en Colombia. Ilustración. Recuperado de: https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/Situacion_del_Trasplante_Renal_en_Colombia_2015.pdf

A medida que pasa el tiempo y se logran múltiples avances tecnológicos y médicos, la posibilidad de mejorar y realizar trasplantes aumenta; en el documento “Situación del trasplante renal en Colombia” (2015) refieren que para el 2014 se realizaron 79.768 *trasplantes* renales en el mundo, 30.849 en América y en Colombia 761, siendo este último a comparación de Países como Venezuela, Ecuador, Bolivia y Paraguay el número de TR por millón de habitantes es mayor en Colombia.

En Colombia se ha realizado alrededor de 6.023 trasplantes renales, los cuales fueron totalmente funcionales, en la siguiente imagen se muestra el número de trasplantes exitosos para el año 2015, el total de personas que siguen vivas al finalizar el periodo en el mes de Junio de dicho año y los que han fallecido en el transcurso del mismo.



Ilustración 2 Cuenta de alto costo. (2015). Situación del trasplante renal en Colombia. Ilustración. Recuperado de: https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/Situacion_del_Trasplante_Renal_en_Colombia_2015.pdf

García A. y Rodelo J. (2015) refieren que el donante y el receptor del trasplante debe ser asumido en todas sus dimensiones y aspectos por las entidades prestadoras de salud, para ello en Colombia se tienen

[...] protocolos plenamente definidos para la evaluación inicial y seguimiento. Además, la legislación colombiana cuenta con una entidad reguladora sobre trasplante y donación, la cual estableció unos parámetros de calidad a las diferentes IPS trasplantadoras en cuanto a recursos físicos, ayudas diagnósticas, recurso humano y profesional, con un estándar en la calidad de los resultados obtenidos al inicio y en el seguimiento del donante y del receptor (párr. 5)

En Colombia ya hace cuatro décadas se realizó el primer trasplante renal con donante vivo en el hoy conocido como el Hospital Universitario de San Vicente Fundación de la, realizado por 35 especialistas quienes pusieron a Colombia en el panorama de la medicina moderna, dicho proceso fue un éxito para el paciente y un gran avance la para la medicina en el País

[...] Colombia, especialmente el Hospital Universitario de San Vicente Fundación, ha alcanzado un excelente nivel en este tipo de intervenciones,...el verdadero problema no radica en la falta de órganos -aunque se debe seguir trabajando en campañas que incentiven la cultura de la donación- sino en la falta de colaboración por parte de las EPS, cuya explicación para negar los procedimientos muchas veces está en que han aprobado el número anual de intervenciones, las cuales a veces no superan ni las diez. (Hospital San Vicente Fundación, s.f. párr. 5)

En la Ciudad de Medellín existen tres hospitales capacitados para realizar trasplantes siendo estos el Hospital San Vicente Fundación, el Pablo Tobón Uribe y la IPS Universitaria sede Clínica León XII, según la gráfica anterior para el año 2017 el Hospital en realizar mayor cantidad de trasplantes renales es el San Vicente fundación sede Rionegro con un total de 125 trasplantes de riñón e hígado ambos de donante cadavérico, en la sede Medellín se realizaron 10 trasplantes todos de riñón, el Pablo Tobón tubo 96

trasplantes, 64 de riñón y 32 de hígado, de los cuales 3 de este último, fueron con donante vivo, y la IPS Universitaria realizaron 70 trasplantes, 61 de riñón, 2 de ellos con donante vivo y 9 de hígado.

Desde el año 2010 hasta la fecha en la IPS Universitaria se han realizado 461 trasplantes renales, el primero de ellos fue realizado el 10 de septiembre del año 2010. Entre el año 2017-2018 se llevaron a cabo 114 trasplantes de los cuales 5 se realizaron con donante vivo. La institución cuenta con un aval directivo organizacional, acogiendo al modelo de atención centrado en el paciente y su familia, con el fin de brindar una atención personalizada e integral, y con profesional experimentado para la realización de estos procedimientos.

La IPS cuenta con unos indicadores de evaluación los cuales son la **sobrevida del paciente** y la **sobrevida del injerto**, la IPS Universitaria se tiene un porcentaje positivo en la sobrevida y éxito del trasplante renal comparado con estándares internacionales, el éxito de un trasplante va desde el abordaje integral del usuario por el equipo interdisciplinario que vea al usuario no solamente desde el punto de vista renal, o de la técnica quirúrgica y de la anestesia sino también su entorno social, familiar, su salud mental y las expectativas y conocimientos del paciente y la familia sobre el trasplante brindada. En la siguiente imagen se muestran los porcentajes de los indicadores de sobrevida en la IPS.

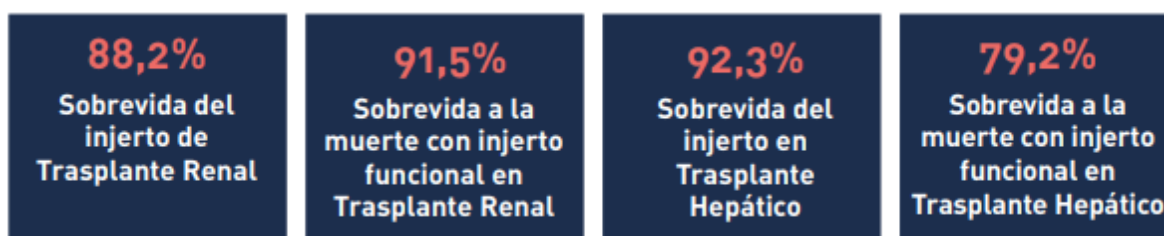


Ilustración 3 Informe de Gestión IPS Universitaria. (2017). Ilustración. Recuperado de: <http://www.ipsuniversitaria.com.co/images/ips/quienes-somos/plan-desarrollo/documentos/informe-ejecutivo-2017-ips-universitaria.pdf>

4.2 Justificación

La Enfermedad Renal Crónica es una problemática de salud que afecta de forma significativa a la persona que la padece, su familia, la sociedad y su entorno más cercano, pues implica estar permanentemente en riesgo de morir, y para que esto no suceda el paciente y su familia tiene que adaptarse a alternativas que implican cambios y modificación en los estilos de vida los cuales pueden ser radicales de acuerdo a los hábitos y costumbres de cada individuo

Hasta apenas hace unas décadas la enfermedad renal implicaba una muerte pronta para los pacientes. Ahora, gracias a los avances tecnológicos en nefrología, diálisis y trasplantes, estos pacientes sobreviven muchos años. Su sobrevida depende de la adaptación emocional que logren hacer a procedimientos terapéuticos crónicos muy particulares y únicos de esta población. (Alarcón, A., 2004, pág. 9)

Uno de los tratamiento para la ERC es el trasplante renal, el cual conlleva un complejo proceso donde son realizados una serie de exámenes que comprenden lo médico, lo mental, lo social, familiar, económico, habitacional y el grado de conocimiento que se tiene sobre dicho proceso, esto anterior con el fin de que desde una mirada integral y con la valoración de diferentes disciplinas se determine si la persona es apta o no para continuar en el proceso, en el cual después de tomar la decisión y dependiendo de esta; pasa a una lista de espera, donde el paciente estará a la expectativa y esperando ser llamado por la Clínica cuando está encuentre un posible donante apto para el receptor.

Existen dos posibilidades de ser trasplantado una de ellas es por medio de un donante vivo quien por voluntad propia, decide donar su órgano, y la otra es por donante cadavérico quien su muerte está condicionada para que su órgano sea apto para el trasplante, ambos sugieren un protocolo que conlleva tiempo, si bien el primero es más seguro y puede tener mayor compatibilidad con el receptor, también requiere de toda una valoración no solo para quien recibe el órgano sino también para el donante, la cual integra todos los aspectos y dimensiones que se evalúan en el paciente que será trasplantado, teniendo mayor rigurosidad en el aspecto mental y emocional de la persona.

El trasplante renal es una terapia de reemplazo renal que posibilita tener una mejor calidad de vida para el paciente con ERC, este no es la solución definitiva a la enfermedad, y si bien a medida que pasa el tiempo y se dan avances en la medicina y la tecnología, aumentando su éxito, su alcance no llega siempre a ser 100% seguro ya que todos los organismos no asimilan de la misma manera la llegada de un órgano externo a nuestro cuerpo, y la adherencia al proceso y a los cuidados no es igual en todos los pacientes.

Si bien ya la ERC sugiere cambios en las diferentes dimensiones del sujeto, el trasplante es aún más estricto con dichos cambios, pues cada etapa de este procedimiento puede generar diferentes percepciones y formas de afrontar la situación, para el pre-trasplante pueden surgir sentimientos de temor, ansiedad, depresión y cambios de personalidad; en el trasplante si bien el paciente se encuentra en estado de dolor físico puede generarse en él sentimientos de alegría y gratitud, y por último en el pos-trasplante puede ser comprendido como el proceso de adaptación, de aprender a vivir con un órgano nuevo, esto es variable y dependerá de las complicaciones que se presenten en cada etapa. Por ende para este proceso se deben seguir una serie de recomendaciones que implica en muchas ocasiones una transformación en la vida del sujeto y una modificación drástica en sus hábitos de vida, estas alteraciones se dan en el ámbito biológico, psicológico y lo social.

- ✓ **Biológico:** Pérdida del funcionamiento corporal normal, deterioro físico, complicaciones causadas, estados de salud inestables.
- ✓ **Psicológico:** Rabia, dolor, ansiedad, depresión, deterioro de la auto-imagen, afrontamiento positivo, percepciones de la enfermedad.
- ✓ **Social:** Cambios en los roles familiares y sociales, percepciones de la enfermedad por parte de otros, pérdida de los sueños, aspiraciones y estilos de vida, pérdida de opciones, aislamiento social, cambios en las relaciones familiares y laborales, inversión de tiempo en el manejo del tratamiento. (Alarcón, A., 2004, pág. 20)

Como fenómeno social, en un trasplante se relacionan muchos actores y cada uno de ellos se involucra de manera distinta: la familia, los amigos, los compañeros de trabajo, el equipo de salud, esa vinculación es fundamental para el proceso y la adherencia del mismo, pues el sentir el soporte y los cuidados de otros hacen que el paciente se adapte y

se reaccione positivamente a su enfermedad y a lo que esta conlleva. Entiendo dichas redes de apoyo como

[...] formas de interacción social continuas, en la cual se produce un intercambio continuo de ideas, servicios y modos de hacer, en donde los seres humanos encuentran conexión con diversos actores, para obtener otra mirada de los problemas, refugio emocional y apoyo instrumental (Sluzki, C. 1996. Pág. 49; citado por: Gil, A. 2015. Pág. 184)

Mientras la red de apoyo socio-familiar se encuentra más fortalecida y vinculada en el tema del cuidado, y se adapte al proceso contribuye de manera positiva en cuanto a hábitos de vida saludables, ayuda en aspectos prácticos del tratamiento, mejor estado anímico, mejor calidad de vida, mayor satisfacción con la vida, mayor supervivencia, menor percepción de efectos negativos de la enfermedad, mayor adherencia.

El sujeto en proceso de trasplante debe ser reconocido en todas sus dimensiones abordando su contexto social, familiar, económico y habitacional se reconoce entonces el papel de Trabajo Social dentro de este, brindando la orientación y el acompañamiento tanto al paciente como a su familia o quien estará a cargo de su cuidado, logrando un concepto profesional de la posible adherencia que puede tener la persona en el proceso identificando características y evaluando coherentemente su red de apoyo socio-familiar, y las condiciones de vida que permitan que el trasplante se logre exitosamente, vinculando la red de apoyo, reconociendo su importancia en dicho tratamiento.

El trabajador social está en óptimas condiciones para abordar las problemáticas comunitarias sin agredir, ni intervenir autoritariamente, profundizando en el entramado social de esas representaciones, sin forzar a sus actores. El trabajador social está preparado para servir de mediador entre instituciones y comunidad, tanto para brindar información a la comunidad, respetando sus creencias y sus principios, y procurar el respeto a la intimidad y confidencialidad. (Zafra, A. 2016, pág. 23).

4.3 Marco legal

Para este proyecto es importante dar a conocer algunas leyes que rigen el Sistema de Salud y el trasplante renal en Colombia por lo cual se enfatiza en las siguientes leyes:

- **Ley 100 de 1993**, en la cual el Congreso de la República de Colombia crea el Sistema de seguridad social integral, entendiendo este como

El conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad. (Congreso de la República de Colombia. 1993. Pág. 1)

Teniendo como principios: la eficiencia, la universalidad, la solidaridad, la integralidad, la unidad y la participación, se contemplan los temas referentes al sistema general de pensiones, y el sistema general de seguridad social en salud. En este último, se plantea que “El Gobierno Nacional dirigirá, orientará, regulará, controlará y vigilará el servicio público esencial de salud que constituye el Sistema General de Seguridad Social en Salud” (Congreso de la República de Colombia. 1993), conformado por: Organismos de Dirección, Vigilancia y Control, Los Ministerios de Salud y Trabajo, El Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, La Superintendencia Nacional en Salud, y Los Organismos de administración y financiación.

Por otro lado, las Entidades Promotoras de Salud (EPS) serán las encargadas de la afiliación de los usuarios, quienes cuentan con un plan integral de protección de la salud, que corresponde al POS, el cual incluye la atención preventiva, médico – quirúrgica y medicamentos esenciales. Por cada persona afiliada, la EPS recibe una Unidad de Pago por Capacitación. Para la población considerada como la más pobre y vulnerable, se establece un régimen subsidiado, el cual es financiado “con aportes fiscales de la Nación,

de los departamentos, los distritos y los municipios, el Fondo de Solidaridad y Garantía y recursos de los afiliados en la medida de su capacidad” (Congreso de la República de Colombia. 1993).

- **Ley 919 de 2004** en dicha ley se encuentran cuatro artículos los cuales prohíbe la comercialización de componentes anatómicos humanos para trasplante y se tipifica como delito su tráfico. Con este contexto se hace necesario esquematizar las generalidades de los trasplantes bajo estudio, así como hacer referencia a la adherencia a los distintos tratamientos relacionados con estos procedimientos individualmente.
- **Decreto 2493 de 2004** reglamentado por el ministerio de protección social (Colombia) determinó que el responsable de la actividad de donación es el estado, estableció una estructura administrativa del mismo para que todos los actores integrados ejecuten actividades de promoción, donación, extracción, trasplante de órganos y tejidos y estableció un vocabulario que permitiera la comunicación asertiva entre las partes.
- **Ley 1122 de 2007**, mediante esta Ley, el Congreso de la República de Colombia hace modificaciones al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), con el fin de mejorar la prestación de servicios a los usuarios; por lo que se hacen cambios en cuanto a

Dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios en salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud. (Congreso de la República de Colombia. 2007. Pág. 1).

Así pues, se deja expresa la creación de la Comisión de Regulación en Salud, la cual tiene dentro de sus funciones: definir y modificar los POS, definir la unidad de pago por capacitación de cada régimen, presentar ante los entes competentes informes anuales

sobre el estado del SGSSS y recomendaciones para su mejoramiento, entre otras. Lo que respecta al fortalecimiento en los programas de salud pública, en la presente Ley se deja expreso que el Gobierno Nacional es el responsable de definir el Plan Nacional de Salud Pública, el cual tiene como fin “la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, fortaleciendo la capacidad de la comunidad y la de los diferentes niveles territoriales para actuar” (Congreso de la República de Colombia. 2007. Pág. 12).

Además, en su artículo 36, plantea la creación del Sistema de inspección, vigilancia y control del SGSSS, encabezado por la Superintendencia Nacional de Salud, comprendido por un conjunto de normas, agentes y procesos que garanticen la adecuada prestación del servicio en salud.

- **Resolución 2565 de 2007**, en la cual el Ministerio de Protección Social determina la Enfermedad Renal en estadio 5, como una enfermedad de alto costo, que requiere de protección específica y atención para efectos de que las EPS de ambos regímenes y las demás entidades obligadas a compensar (EOC) procedan a operar la denominada cuenta de alto costo

- **Ley 1751 de 2015**, la cual apunta a la garantía del derecho fundamental a la salud por medio de su regulación y establecimiento de mecanismos para su protección. En esta se establece que

El derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Comprende el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud. El Estado adoptará políticas para asegurar la igualdad de trato y oportunidades en el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. (El Congreso de Colombia. 2015. Párr. 3)

En cuanto a los determinantes sociales de la salud, entendidos como “aquellos factores que determinan la aparición de la enfermedad, tales como los sociales, económicos, culturales, nutricionales, ambientales, ocupacionales, habitacionales, de educación y de acceso a los servicios públicos” (El Congreso de Colombia. 2015. Párr. 44), es deber del Estado adoptar Políticas Públicas que contribuyan a reducir las desigualdades de los determinantes sociales que inciden en el derecho fundamental de la salud, la prevención de enfermedades y mejorar la calidad de vida, apuntando a la equidad en salud.

Por otro lado, los siguientes grupos poblacionales son considerados como sujetos de especial protección: “niños, niñas y adolescentes, mujeres en estado de embarazo, desplazados, víctimas de violencia y del conflicto armado, la población adulta mayor, personas que sufren enfermedades huérfanas y personas en condición de discapacidad” (El Congreso de Colombia. 2015. Párr. 75), a quienes la atención en salud no tendrá ningún tipo de limitación administrativa ni económica, para lo que las instituciones del sector salud deben definir procesos que garanticen mejores condiciones en la atención.

Esta ley además elevó la salud al nivel de derecho fundamental autónomo y dio pautas para regularlo. Como la salud no fue definida por la Constitución como un derecho fundamental, su defensa mediante la acción de tutela requería la invocación de derechos que sí lo fueran, por ende ahora se habla de la salud como derecho autónomo ya que ahora no necesita hacer referencia de otro para su propia defensa. (El Tiempo, s.f.)

- **Ley 1805 del 04 de Agosto de 2016**, la cual tiene como objeto ampliar desde lo legal la donación de componentes anatómicos, con el fin de sensibilizar a los ciudadanos sobre los beneficios e incentivar para a la donación de forma voluntaria y autónoma.

El Gobierno Nacional a través del Ministerio de Salud y Protección Social, o quien haga sus veces, implementará estrategias de información a la población que sean claras, objetivas, idóneas y oportunas sobre la existencia de la presunción legal de donación; las implicaciones de la ablación de órganos o tejidos; el derecho de oposición a la presunción legal de donación y los mecanismos para manifestarlo.

De las actividades realizadas para lograr tal fin, se presentará un informe anual a las Comisiones Séptimas de Senado y Cámara con el objetivo de evaluar su eficacia.

Las instituciones médicas que realicen trasplantes y las entidades territoriales, coadyuvarán tanto en las campañas para difundir información y promover en los ciudadanos la voluntad de ser donante. (Congreso de la República de Colombia. 2016. Pág. 2)

4.4 Referente Conceptual

Salud: La Organización Mundial de la Salud (OMS), define que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.” (OMS, 2006, párr. 2). Cabe entonces resaltar que la salud no solo contempla la condición física del sujeto, sino que lo comprende en todas sus dimensiones ya que cuando uno de estos ámbitos se afecta todos los otros también ya sea directa o indirectamente permeando al sujeto en toda su realidad social - familiar y su entorno más cercano. Por ende las dimensiones que contemplan al sujeto en la relación con su enfermedad –tratamiento son:

***Dimensión social:** cada persona está inmersa en un contexto diferente, en el cual va tejiendo su identidad, dicho contexto permea sus creencias, sus costumbres y estilos de vida por ende para un paciente en proceso de trasplante esta dimensión actúa de diferentes maneras ya que de acuerdo a cómo el sujeto experimenta y desarrolla su vida con el entorno social deberá modificar conductas, estilos de vida y formas de relacionarse que le permitan adherirse a los requerimientos y cuidados del trasplante.

***Dimensión Familiar:** la familia entendida como un todo, en el cual los sujetos están en constante interacción, y cambio, es un factor fundamental en el proceso del trasplante ya que es quien se vincula como red de apoyo a los cuidados y acompañamiento de quien lo requiere, actuando como un actor protector, esto en los casos en que las familias son empoderadas de los procesos y situaciones que surgen en su interior, ya que “cuando la supervivencia del grupo familiar está amenazada, debe primarse el apoyo mutuo para hacer frente a las adversidades...” (Pereira, R. pág.2)

***Dimensión Económica:** la enfermedad renal crónica es entendida como una enfermedad de alto costo, que sugiere protección especial, pero esta no solo debe ser entendida por el alto costo que representa para las EPS, sino que al ser una enfermedad en donde el paciente debe pasar prolongadas estancias de hospitalización y sugiere unos cuidados especiales, su actividad laboral de alguna manera se ve afectada antes y durante el proceso, lo cual genera cambios en la economía familiar, y modifica las dinámicas de acuerdo al rol que el sujeto desempeña en su conformación familiar en específico cuando

el paciente es el principal proveedor económico, sin embargo cuando no lo es sigue significando una enfermedad que afecta de diferentes maneras la economía del hogar.

***Dimensión Habitacional:** el contar con una vivienda con adecuadas condiciones habitacionales, construida en material y que cuente con servicios públicos básicos habilitados es fundamental para el proceso de trasplante esto debido a los requerimientos de higiene y protección con los que se deben contar para garantizar los cuidados posteriores a dicho procedimiento, lo cual brinda mayor adherencia, este factor actúa como condicionante durante el protocolo de trasplante.

***Dimensión Cultural:** los significados que se crean y se tienen sobre la enfermedad y su tratamiento, más cuando esta supone un trasplante de un órgano, son diversas, y se van modificando de acuerdo a las situaciones y concepciones de cada sujeto, su cultura y el entorno en el que se desenvuelve viéndose permeado por las creencias en las que este está inmerso.

La cultura es una manera de codificar la realidad. La salud como producto físico y social responde también a códigos culturales. Lo que son conductas saludables, higiénicas en una cultura, no necesariamente son consideradas como tales en otras culturas. La salud y la enfermedad solo pueden ser entendidas en el contexto de la cultura. (Rodríguez, L., 2008)

Enfermedad Renal Crónica: La Enfermedad Renal crónica es una enfermedad que compromete el funcionamiento correcto de los riñones presentando pérdida gradual e irreversible de la función renal; además, trae consigo el deterioro de la calidad de vida de la persona, en donde “las opciones de tratamiento dependen definitivamente del origen de la patología la forma de enfrentar la enfermedad y el estilo de vida del paciente. La diálisis peritoneal y la hemodiálisis son dos terapias complementarias de la función renal” (pag.18).

Se define Enfermedad Renal (ER) a la pérdida de función de los riñones, independientemente de cuál sea la causa y se clasifica en aguda y crónica en función de la forma de aparición (días, semanas, meses o años) y, sobre todo, en la recuperación o no de la lesión. La Enfermedad Renal Crónica (ERC) presenta un curso progresivo hacia la

Enfermedad Renal Crónica Terminal (ERCT), es allí donde el trasplante renal surge como un tratamiento de reemplazo del riñón que puede brindar mejores condiciones de vida al paciente. Esta evolución varía en función de la enfermedad causante, y dentro de la misma enfermedad, de unos pacientes a otros.

Trasplante Renal: El trasplante renal consiste en la inserción quirúrgica de un riñón nuevo que puede proceder de un donante vivo o cadavérico, este nuevo órgano cumplirá con las funciones que los riñones del paciente solían ejecutar antes de ser afectados por la enfermedad renal crónica terminal. Si bien este tratamiento se presenta como la “opción que proporciona los mejores niveles de calidad de vida al eliminar la aplicación de diálisis luego del trasplante y permitir una dieta normal al paciente, no es una cura a la enfermedad” pues seguirá existiendo un constante riesgo de rechazo por el accionar del sistema inmunológico. Por esta razón, el paciente trasplantado debe tomar medicamentos inmunosupresores que combatan esa posibilidad de rechazo.

Para esta terapia de reemplazo renal existen dos tipos de posibilidades de donante las cuales son el **donante vivo o cadavérico**, el primero hace referencia a quien por voluntad propia decide autónomamente donar su órgano, y el segundo son aquellas personas que su causa de muerte la cual debe ser debido a un trauma craneano irreversible, accidentes cerebrovasculares o lesiones de anoxia cerebral y su órgano se debe encontrar en buenas condiciones, ambos casos son estudiados con el fin de definir compatibilidad entre el donante y el receptor. “El trasplante renal de donante vivo permite la colocación del implante con un tiempo de isquemia fría mucho más corto que el de donante cadáver” (Guirado, L., E. Vela, E., Cléries, M., Díaz, J., M., Facundo, C. y García, R. 2008, p.165) entendiendo la isquemia fría como el tiempo que pasa el órgano por fuera del cuerpo humano.

Familia:

Según Ángela María Quintero (2018) la familia

[...] es el grupo de convivencia basado en el parentesco, la filiación y la alianza; sus miembros están ligados por sangre o por afinidad, lo cual crea una serie de relaciones, obligaciones y emociones. Es el espacio para la socialización del individuo, el desarrollo del afecto y la satisfacción de

necesidades, sociales, emocionales y económicas, y el primer agente transmisor de normas, valores, símbolos, ideología e identidad, donde se focalizan las acciones de las demás instituciones (párr. 6)

Esta es vista como el primer escenario de socialización, desarrollo y construcción de identidad de cada uno de sus miembros; además es la que garantiza la continuidad de la cultura a la que responde, desempeñando diversas funciones que sirven a dos objetivos diferentes uno es intrafamiliar y persigue el desarrollo y protección psicosocial de sus miembros y el otro es extra familiar en cuanto pretende la acomodación a una cultura y la transmisión de la misma.

La familia es un grupo social fundamental en la vida de cada ser humano, y “es considerada un recurso para el mantenimiento de la salud y la atención preventiva, ya que influye en el individuo a través de sus relaciones de intimidad, solidaridad y afecto”, entendiéndose que cuando uno de sus miembros se afecta, se ve implicado todo el grupo familiar ya sea de forma directa o indirecta.

Ante una condición de enfermedad de alguno de sus miembros esta puede reaccionar de diferentes maneras de acuerdo a la cultura, el desarrollo familiar y las creencias instauradas frente a ciertas enfermedades y su tratamiento, lo que de alguna u otra manera influye en las personas que tienen la condición de salud.

Cualquier condición de salud crónica que se sitúe en el sistema familiar de manera inesperada, conlleva una carga emocional por el hecho de tener un miembro de la familia que precisará de tratamiento de por vida, una enfermedad que no tiene solución curativa, y que además exige un cambio en los hábitos de vida y otras complicaciones que pueden surgir después del tratamiento, lo cual origina una sobrecarga de sentimientos en el sistema familiar.

La familia procesará todo esto según su conjunto de creencias acerca de la enfermedad y las experiencias previas que posea en el cuidado... posteriormente pondrá en marcha los recursos con los que cuenta, su cohesión, capacidad de adaptación y de apoyo y su

capacidad organizativa, buscando en caso de ser necesario apoyos extra familiares para conseguir una correcta homeostasis. (Cifuentes, J. y Yefi, N., 2005, pág. 4-5)

En un paciente con enfermedad crónica contar con una **red apoyo socio-familiar** que se vincule directamente a sus cuidados es fundamental para su proceso de tratamiento de la enfermedad,

ya que cuando se incorpora un familiar o cuidador en el control y tratamiento de un paciente... sumado a la colaboración y compromiso del grupo familiar y amigos... obtendremos mayor comprensión por parte del paciente y su familia en relación a la enfermedad, logrando su adhesividad al tratamiento.(Cifuentes, J. y Yefi, N., 2005, pág.2).

Siendo así la red de apoyo familiar un eje transversal en el manejo del proceso de trasplante pues es quien de manera directa se vincula a los cuidados y acompañamiento tanto desde el mismo inicio de la enfermedad como desde su manejo pre y pos tratamiento, brindando un soporte en diferentes dimensiones que hacen del trasplante una oportunidad de mejora en la calidad de vida de quien lo requiere y quien lo acompaña.

En cuanto al concepto de **calidad de vida** Guirado, L., E. Vela, E., Cléries, M., Díaz, J., M., Facundo, C. y García, R. (2008) refieren que es aquella “percepción individual del estatus de vida, en el contexto de un sistema de valores culturales, en los cuales su vida, sus metas y sus expectativas son cumplidas.” Siendo así el trasplante una alternativa terapéutica que pretende brindar mejores condiciones de vida al paciente, posibilitando el desarrollo de las diferentes actividades cotidianas.

Existen dos tipos de **sistemas de apoyo** entre ellos se encuentran:

Los naturales: donde está la Familia, los compañeros de trabajo, estudio, de creencias o cultos, amigos, vecinos, etc.

Y los organizados: donde se encuentran los servicios sociales institucionales, las asociaciones de autoayuda, las organizaciones no gubernamentales y la ayuda profesional.

Todos esos tipos de sistemas de apoyo convergen en el proceso de trasplante, pero quienes desempeñan un papel principal son los que pertenecen a la red de apoyo natural,

ya que son los que se encargan de brindar soporte emocional, relaciones de ayuda, de pertenencia, de empoderamiento en el tratamiento, de confianza, de cuidados y de tener disponible a alguien que aporta lo requerido en el proceso.

Para tener una debida **adherencia** al proceso de trasplante es importante poner a converger diferentes dimensiones que transcurren alrededor de este, la familia, la comunidad, los profesionales, y en especial el sujeto quien tiene la condición de salud, deben ser quienes desde su rol se vinculen adecuadamente al tratamiento y se fortalezcan, ya que cada uno es permeado por el otro, y cuando todos conversan entre sí y se logra adquirir la responsabilidad que tiene el hecho de requerir un trasplante cumpliendo con cada una de las recomendaciones médicas, del equipo psicosocial, de contar con una red de apoyo vinculada y activa y de tener hábitos de vida saludable se puede obtener un mayor porcentaje en cuanto a la adherencia y el éxito en el trasplante.

4.5 Objetivos

4.5.1 Objetivo General:

Caracterizar las redes de apoyo socio – familiares del paciente trasplantado renal en la IPS Universitaria sede Clínica León XIII en los años 2017 – 2018 y su impacto en la adherencia al tratamiento.

4.5.2 Objetivos Específicos:

- Identificar las redes de apoyo socio familiares de los pacientes trasplantados renales en los años 2017 - 2018

- Categorizar las dimensiones social, familiar, económica y habitacional de los pacientes trasplantados en la Clínica León XIII, durante los años 2017 y 2018.

- Analizar el impacto familiar del trasplante renal en la vida cotidiana del paciente trasplantado que durante el primer año de hospitalización tuvo más de 5 reingresos, en la Clínica León XIII durante los periodos 2017 y 2018.

4.6 Metas e indicadores:

OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	METAS	INDICADORES
Caracterizar las redes de apoyo socio – familiares del paciente trasplantado renal en la IPS Universitaria sede Clínica León XIII en los años 2017 – 2018 y su impacto en la adherencia al tratamiento.	Identificar las redes de apoyo socio familiares de los paciente trasplantados renales en los años 2017 - 2018	<p>*A enero de 2019 por medio de la revisión de Historias Clínicas se tendrán identificadas el 80% de las redes de apoyo socio familiares de los pacientes trasplantados</p> <p>*Al 20 de febrero de 2019 se abran realizado 30 llamadas telefónicas para verificar cuidados y acompañamiento durante el proceso de trasplante de la red de apoyo socio familiar del paciente.</p>	Se identificaron los nombres, parentesco, teléfonos y tipo de compromiso en la vinculación de los cuidados del paciente trasplantado entre los años 2017 – 2018
	Categorizar en las dimensiones social, familiar, económica y habitacional a los pacientes trasplantados en la Clínica León XIII, durante los años 2017 y 2018.	<p>*Al 30 de enero de 2019 se abran revisado 107 Historias Clínicas de los pacientes trasplantados entre 2017 – 2018.</p> <p>*Al 30 de enero de 2019 se tendrá sistematizado el 90% de la caracterización socio familiar de los pacientes trasplantados en temas de información personal, familiar, habitacional y económica.</p> <p>*Al 10 de febrero de 2019 se abran realizado 15 llamadas telefónica para ampliar información sobre las dimensiones social, familiar, habitacional y económica faltante en la Historia Clínica.</p>	<p>* $\frac{\text{N}^\circ \text{ HC revisadas y sistematizadas}}{107 \text{ HC}} \times 100$</p> <p>*Nº Familias caracterizadas en aspectos personal, social, familiar, habitacional y económico. $\frac{X}{107 \text{ familias}} \times 100$</p> <p>*$\frac{\text{N}^\circ \text{ llamadas realizadas}}{\text{Posibles llamadas}} \times 100$</p>
	Analizar el impacto familiar del trasplante renal en la vida cotidiana del paciente trasplantado que durante el primer año de hospitalización tuvo más de 5 reingresos, en la Clínica León XIII durante los periodos 2017 y 2018.	<p>*Al 20 de febrero de 2019 se abran realizado 25 llamadas telefónicas preguntando por el impacto y experiencia del trasplante a nivel familiar y la adherencia a las recomendaciones médicas.</p> <p>*Para el 25 de febrero de 2019 se abra sistematizado la información recolectada en las llamadas telefónicas.</p>	<p>*$\frac{\text{N}^\circ \text{ llamadas realizadas}}{\text{Posibles llamadas}} \times 100$</p> <p>*Sistematización de la información generada en las llamas telefónicas.</p>

Ilustración 4. (Tabla 1. Metas e Indicadores. Elaboración propia: María Fernanda Rúa, Practicante de Trabajo Social.)

4.7 Diseño Metodológico

4.7.1 Momentos y Técnicas:

Los momentos y técnicas tomadas como herramientas para la construcción y puesta en marcha del proceso del proyecto de intervención fueron:

- 1. Diagnóstico:** como punto de partida, se retomó el estudio institucional de la IPS Universitaria, realizado por medio de un *rastreo bibliográfico* con el fin de contextualizar el proceso; además, se tuvo en cuenta la *observación* del accionar cotidiano en la Clínica en el tiempo de la inducción con cada una de las profesionales de Trabajo Social y lo corrido del proceso de prácticas para identificar la población y los problemas en los cuales se podría intervenir.
- 2. Planeación:** de manera conjunta con las Trabajadoras Sociales de la IPS Universitaria y con la asesora académica se definió el objeto de intervención y población a trabajar. Luego, se dio paso a la formulación y planeación del proyecto por parte de la practicante, para lo cual se partió de un rastreo bibliográfico que permitió plantear toda la parte teórica que lo sustenta y diseñar el componente metodológico, esto con el apoyo por parte de las asesoras tanto académica como institucional.
- 3. Ejecución:** para dar cumplimiento a los objetivos específicos del proyecto de intervención se planteó como técnica para generar la información la revisión de Historias Clínica de todos los pacientes trasplantados en 2017 - 2018 y llamadas telefónicas a los pacientes con más de 5 reingresos durante el año de trasplante y con quienes se debía ampliar información socio familiar faltante en la revisión documental, además en estas llamadas se indago por preguntas que ampliaran información sobre el rol de la familia en el trasplante, experiencias e impacto a nivel familiar.

4.7.2 Enfoque

Para este proyecto fue fundamental reconocer un enfoque mixto que asumiera una postura tanto cuantitativa como cualitativa, ya que esto permite generar, recolectar y organizar información dándole un trasfondo en el análisis y posibilitando interactuar y dialogar con los sujetos haciéndolos participes de sus múltiples realidades y significando sus experiencias. “El elegir un enfoque mixto significa reconocer que el mundo es un hecho multideterminado y por lo cual es necesario no solo dar cuenta de su organización sino también del sentido que los actos humanos encierran.” (Aguirre, E. 2010, pág. 2)

Para ello la caracterización da cuenta de un proceso cuantitativo que genera y organiza nueva información, y desde lo cualitativo se genera un análisis que posibilita reconocer las percepciones del sujeto frente a su afrontamiento a nivel individual y familiar sobre la experiencia del trasplante.

4.7.3 Beneficiarios:

Mediante este proyecto se le aportará directamente a la Unidad de Trasplantes de la Clínica León XIII una caracterización de los datos de los pacientes trasplantados en los años 2017 - 2018 y un análisis de los resultados recolectados con la información generada, los cuales darán cuenta de las dimensiones social, familiar, habitacional y económica, una identificación de redes de apoyo socio familiares, su vinculación en dicho proceso e incidencia en la adherencia al tratamiento del paciente trasplantado lo cuales fueron seleccionados de acuerdo al número de estancias hospitalarias identificadas durante el año de trasplante el cual supera 5 o más reingresos.

4.7.4 Criterios éticos:

Retomando el Código de Ética profesional de Trabajo Social, para este proyecto de intervención en primera medida se aborda el principio del respeto hacia los sujetos que hacen parte del proyecto, es decir, pacientes trasplantados renal y personas que constituyen su red de apoyo social o familiar, reconociéndolos como sujetos de derechos, inmersos en diferentes contextos, culturas y postura frente la realidad. (Consejo Nacional de Trabajo Social. 2017. Pág. 31)

Otro principio fundamental durante el desarrollo de este proyecto es el de confidencialidad ya que se le otorga el carácter de secreto profesional a la información generada y recolectada a partir de las Historias Clínicas, base de datos y llamadas telefónicas, lo cual es esencial para respetar la privacidad de los sujetos. También se reconoce al sujeto y se comprende e interpreta su cultura y los diferentes contextos en los que se encuentra inmerso, siendo fundamental el compromiso que como Trabajadores Social tenemos de “presentar nuevos aportes... argumentados desde lo epistemológico, teórico y metodológico.” (Consejo Nacional de Trabajo Social. 2017. Pág. 35)

5. CARACTERIZACIÓN

Durante la fase de caracterización de los pacientes trasplantados en la Clínica León XIII en los años 2017 - 2018 se evidencian hallazgos que permiten lograr un análisis de las diferentes dimensiones del sujeto, las redes de apoyo socio - familiares y su vinculación en el proceso de trasplante.

A continuación se presentan dos tablas con información del número de pacientes trasplantados durante dicho periodo de tiempo

AÑO 2017	TOTAL
Trasplantes realizados en 2017	61
Pacientes con pérdida del injerto	5
Paciente fallecidos en el año 2017	5
Trasplante con donante vivo	2

AÑO 2018	TOTAL
Trasplantes realizados en 2018	53
Pacientes con pérdida del injerto	1
Paciente fallecidos en el año 2018	2
Trasplante con donante vivo	3

Ilustración 5 (Tabla 2. Pacientes Trasplantados años 2017 - 2018. Elaboración propia: María Fernanda Rúa, Practicante de Trabajo Social.)

*Entre los años 2017 y 2018 fueron trasplantados un total de 114 pacientes, de los cuales 7 fallecieron por diferentes complicaciones de salud posterior al trasplante y 6 de ellos perdieron el riñón; de los trasplantes que fueron realizados 6 se llevaron a cabo con donante vivo.

*Para la realización de la caracterización se tomaron todos los pacientes exceptuando aquellos que ya fallecieron, por lo cual quedan 107 pacientes con quienes se recolecto la información pertinente para el proyecto. Dichos pacientes se caracterizaron en las dimensiones: económica, habitacional, social y familiar lo cual es considerado importante en el proceso de trasplante y se encuentra establecido en el protocolo institucional. Para dar cuenta de esta caracterización es importante resaltar algunas características generales de estos pacientes.

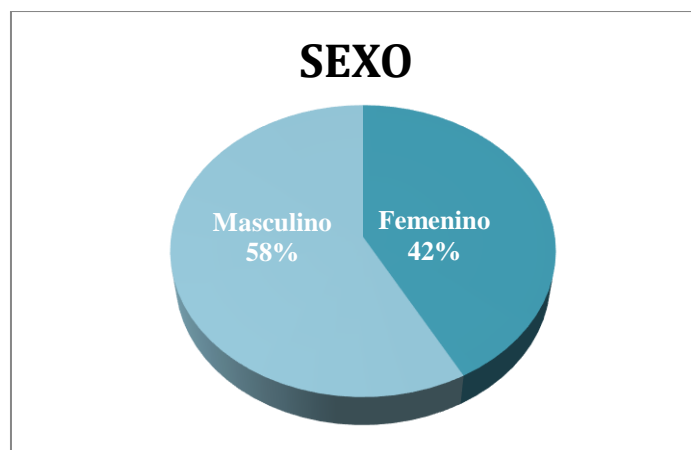


Ilustración 6 (Gráfica 1. Sexo de los Pacientes Trasplantados. Elaboración propia: María Fernanda Rúa, Practicante de Trabajo Social.)

*En la gráfica anterior se logra evidenciar que el 58% de los pacientes trasplantados son de sexo masculino y el 42% de sexo femenino lo cual constata una relación pareja en los trasplantes realizados entre los años 2017 – 2018.

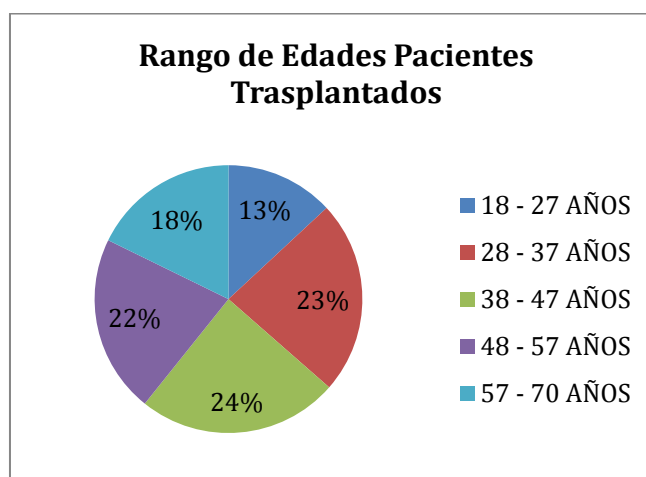


Ilustración 7 (Gráfica 2. Rango de edades Pacientes Trasplantados. Elaboración propia: María Fernanda Rúa, Practicante de Trabajo Social.)

*Las edades fueron caracterizadas por rangos ya que son variadas debido a que el proceso de trasplante no se limite a edades específicas, en la IPS Universitaria realizan trasplantes desde los 18 años de edad hasta la edad más avanzada en la cual se identifican pacientes de 70 años, en la gráfica anterior podemos identificar una distribución pareja entre los rangos seleccionados. El mayor porcentaje es para los pacientes que están entre los 38 a 47 años de edad, reconociendo este rango como las edades más productivas del ser humano lo cual supone una serie de cambios que modifican las dinámicas cotidianas

del sujeto, en específico cuando este ejerce actividades laborales ya que se alteran los tiempos que la persona antes destinaba para el ejercicio de sus labores, debido a la continuidad de citas médicas, largos periodos de hospitalización, estas modificaciones varían durante todo el proceso, en la etapa de enfermedad puede representar dificultades y alteraciones en la vida económica del paciente al igual que durante el proceso de trasplante, sin embargo esto puede cambiar de acuerdo a la evolución de cada paciente una vez ha pasado por un periodo de tiempo posterior al trasplante. Para ello también es importante relacionar según con la de edad la incidencia de la dimensión económica y el rol proveedor económico al interior del hogar.

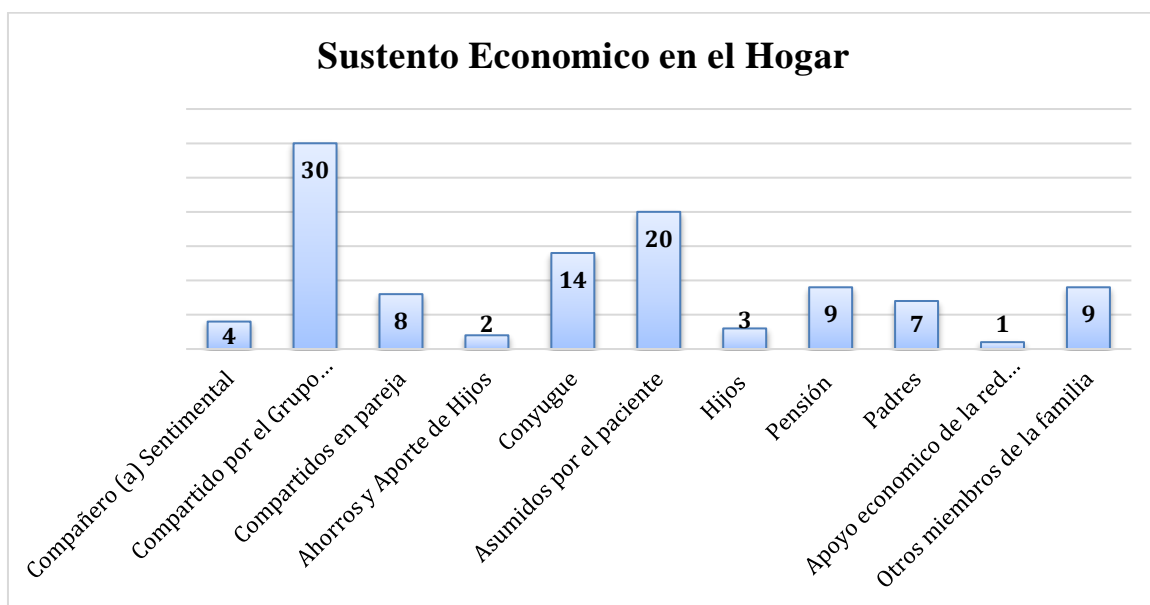


Ilustración 8 (Gráfica 3. Sustento Económico Elaboración propia: María Fernanda Rúa, Practicante de Trabajo Social.)

*Se puede identificar que en su mayoría el sustento económico es asumido de manera compartida por el grupo familiar, siendo esto un factor de menos riesgo, ya que así el paciente aporte económicamente o no en el hogar, las dinámicas podrían permanecer estables, sin embargo es de considerar que algunas familias requieren aportes de todo el grupo familiar para su sostenimiento básico, pero esto puede verse menos afectado cuando todos los miembros le aportan al sistema; sin embargo también se evidencia en una segunda posición que el rol es asumido únicamente por el paciente lo cual puede relacionarse con el rango de edad en el que se encuentra; generando alteraciones y cambios en la dinámica económica del hogar ya que se afecta en gran medida debido a las estancias hospitalarias prolongadas y demás situaciones que trae el trasplante,

identificando otros factores como influyentes, por ejemplo si el paciente es de residencia lejana, o su vivienda es arrendada pueden presentarse mayores dificultades; sin embargo como ya se mencionó esto varía en relación a la etapa del proceso en la que el paciente se encuentra.

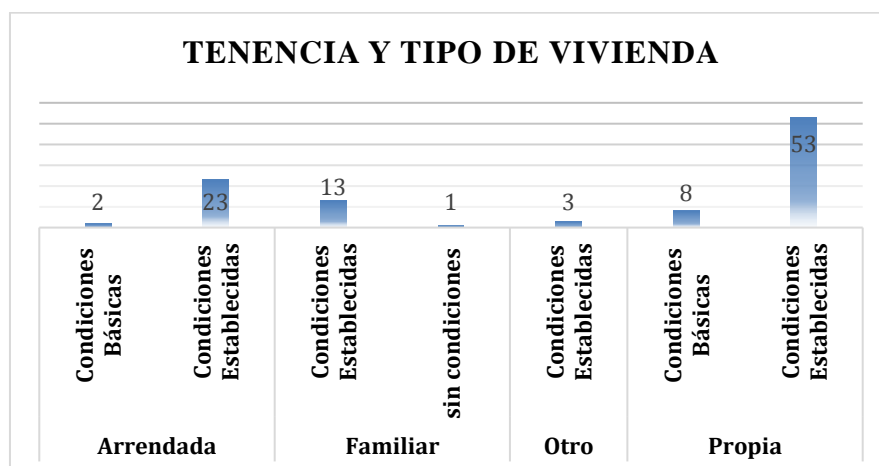


Ilustración 9 (Gráfica 4. Tenencia o tipo de vivienda. Elaboración propia: María Fernanda Rúa, Practicante de Trabajo Social.)

*Según la gráfica anterior se evidencia que 25 paciente residen en vivienda arrendada lo cual puede relacionarse directamente con la dimensión económica considerándose una dificultad en especial cuando el paciente es quien asume el rol principal de proveedor. Sin embargo se nota una mayoría de pacientes que residen en vivienda propia, siendo esto un riesgo menor para la economía del hogar.

En esta dimensión se identifica que hay 25 paciente que residen en vivienda *arrendada* de las cuales 2 tienen condiciones básicas esta es entendida por que es una vivienda que entre sus características su construcción no es del todo terminada, tiene piso de cemento, paredes sin revocar entre otros, de 14 pacientes que residen en vivienda *familiar* una de ellas no cuenta con condiciones ya que además de las características de la vivienda no tiene algunos servicios públicos básicos habilitados, 61 residen en vivienda *propia* de ellos 8 cuentan con condiciones básicas, en *otra* se identifican aquellos pacientes que son de residencia lejana, pero que desde hace mucho tiempo residen en la Ciudad de Medellín en hogares de paso donde tejen lazos y vínculos de afectividad con la red de apoyo social.

Esta dimisión se representa como uno de los factores que condicionan el trasplante en especial las condiciones habitacionales con la que cuenta el paciente ya que la vivienda debe tener ciertas características para el cuidado pos trasplante, debe contar con una habitación sola para el paciente donde pueda estar aislado, que mínimo la habitación esté terminada y pintada, al igual que el baño, y debe garantizarse medidas higiénicas. Por ello es evidente que la mayoría de los pacientes según la gráfica cuenten con adecuadas condiciones habitacionales independiente de la tenencia de esta.

Lugar de Residencia	
Área Metropolitana	42
Municipios de Antioquia	25
Otros Departamentos	17
Otros Departamentos de la Costa (Costa)	23
Total general	107

Ilustración 10 (Tabla 2. Lugar de residencia. Elaboración propia: María Fernanda Rúa, Practicante de Trabajo Social.)

*El lugar de residencia es una categoría fundamental para el análisis de esta caracterización ya que tiene cierta influencia en el proceso de trasplante debido a que el paciente debe permanecer en la Ciudad de Medellín o cerca de ella por un periodo de tiempo en el cual debe asistir a citas de control y revisiones, para esta categoría se realizó una distribución por zonas, como el Área Metropolitana, otros Municipios de Antioquia, otros Departamentos del interior y de la costa, residir fuera de la Ciudad puede dificultar el proceso por lo que representa el desplazamiento de un lugar a otro.

En la tabla anterior se puede evidenciar que 65 pacientes residen fuera del área metropolitana, para ellos el proceso de trasplante puede tener diferentes significados y suponer dificultades que van desde lo económico, lo social, lo cultural y lo familiar, ya que cada paciente llega cargado de creencias y costumbres que desarrolla en su entorno cotidiano lo que puede verse representado al llegar a otro lugar que para muchos de ellos puede ser desconocido. Por ello contar con red de apoyo socio familiar en la Ciudad de Medellín que pueda brindar acogida y soporte durante el tiempo de permanencia se considera fundamental en el proceso de trasplante.

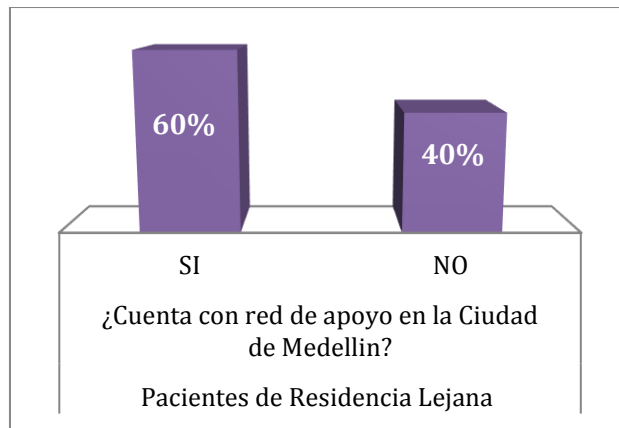


Ilustración 11 (Gráfica 5. Red de Apoyo en la Ciudad de Medellín. Elaboración propia: María Fernanda Rúa, Practicante de Trabajo Social.)

*De los 65 pacientes que residen fuera del Área Metropolitana el 60% manifiesta que cuenta con red de apoyo socio familiar que brinda acogida y soporte requerido, ya que tienen un familiar, amigo o conocido que se vincula en sus necesidades, lo cual puede representar para el paciente mejores condiciones durante su estancia en la Ciudad, sin embargo el 40% de los pacientes no cuenta con dicho apoyo para ellos puede significar dificultades y cambios inesperados, ya que en muchas ocasiones no están preparados, para trasladarse a otra Ciudad; en cambio otros pacientes ya cuentan con el apoyo de la EPS la cual lo ubica en hogares de paso.

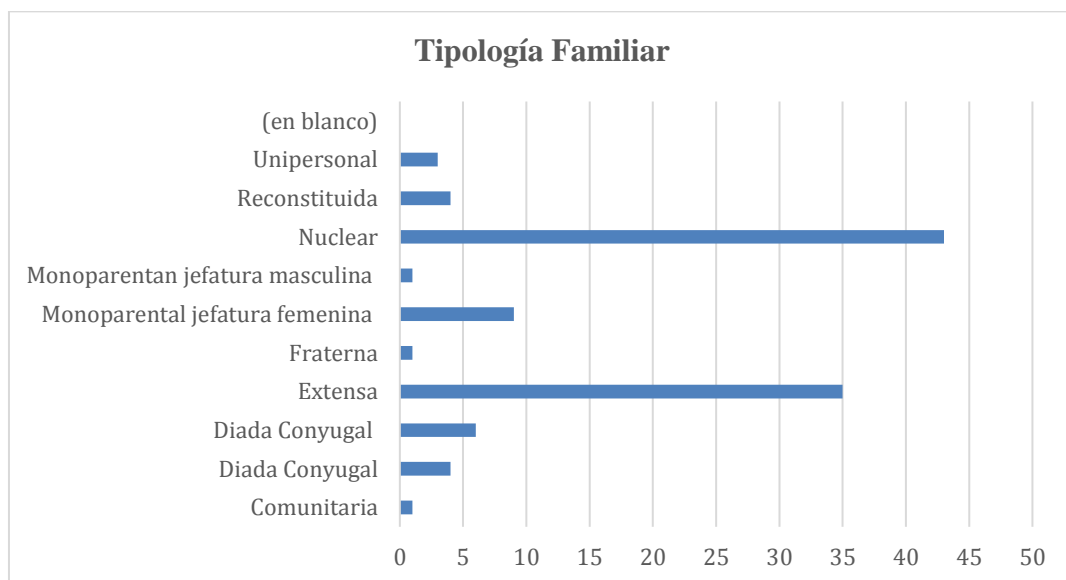


Ilustración 12 (Gráfica 6. Tipología Familiar. Elaboración propia: María Fernanda Rúa, Practicante de Trabajo Social.)

*Referente a lo familiar la mayoría de los pacientes integran una familia de tipología nuclear la cual corresponde a la residencia de ambos padres con sus hijos, seguido de familias extensas la cual es conformada por miembros parentales de diferentes generaciones (tíos, primos, sobrinos), estas dos tipologías familiares pueden representar mayores vínculos en su interior, y una amplia red que esté vinculada en los cuidados y brinde el acompañamiento requerido para el paciente trasplantado; por el contrario vivir en un hogar unipersonal, o en una diada conyugal representa mayor riesgo ya que la red de apoyo puede ser menor, sin embargo esto no quiere decir que otros familiares que no son de convivencia brinden el apoyo necesario, lo cual varía de acuerdo a las redes de cada ser humano teje tanto a interior del sistema familiar como en lo social.

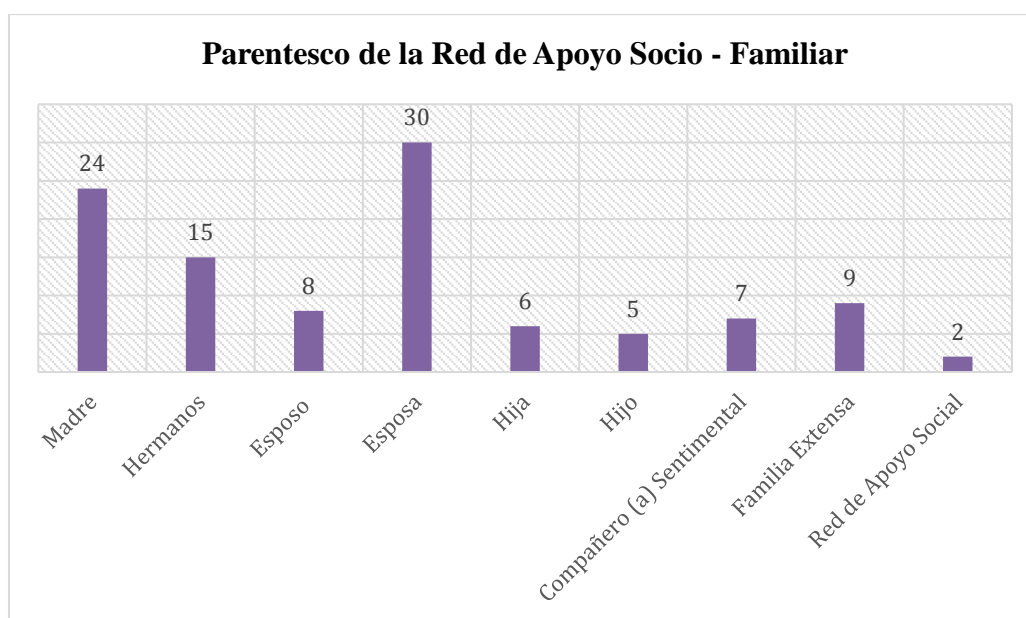


Ilustración 13 (Gráfica 7. Parentesco de la red de apoyo socio familiar. Elaboración propia: María Fernanda Rúa, Practicante de Trabajo Social.)

*Las redes de apoyo socio familiares son un factor fundamental en la realización de esta caracterización por su finalidad principal, para ello se identificaron los cuidadores principales y su parentesco con los pacientes trasplantados. Aquí se puede analizar que en su mayoría quienes brindan cuidados son las esposas; identificando 30 mujeres, cónyuges de los pacientes trasplantados las cuales se vinculan de manera activa, las madres también juegan un rol importante en este proceso, seguido los hermanos, en los cuales su mayoría

son hermanas mujeres, solo se identificó un hermano hombre y una red de apoyo fraterna que compartía los cuidados.

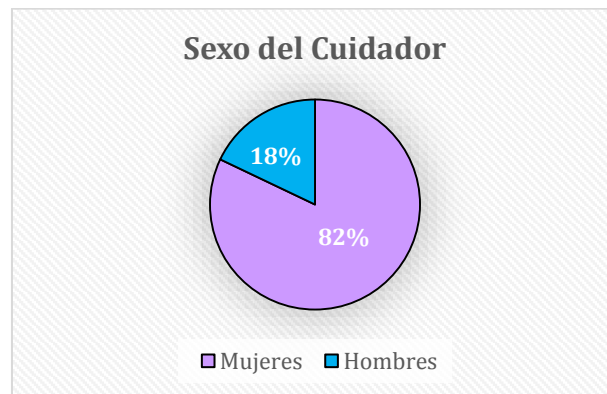


Ilustración 14 (Gráfica 8. Sexo del Cuidador. Elaboración propia: María Fernanda Rúa, Practicante de Trabajo Social.)

*El 82% de quienes brindan cuidados durante el proceso de trasplante y posterior a este son mujeres y el 18% son hombres. Esta red de apoyo socio familiar en la cual en su mayoría se vinculan las esposas y madres describe el rol que aun ejercen las mujeres al interior del hogar, que si bien ha generado grandes cambios con el ingreso de la mujer a la vida laboral se sigue replicando y evidenciando un sistema de creencias que representan a la mujer como la cuidadora principal de los miembros de la familia.

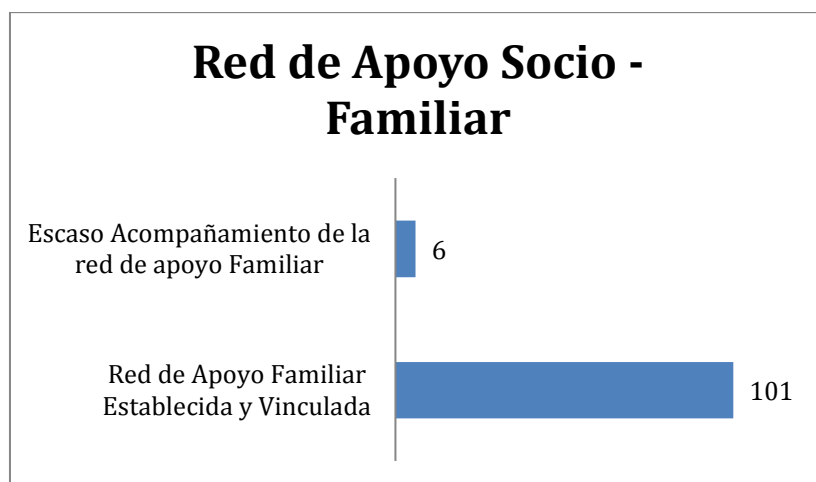


Ilustración 15 (Gráfica 9. Red de apoyo socio – familiar de los Pacientes Trasplantados años 2017 - 2018. Elaboración propia: María Fernanda Rúa, Practicante de Trabajo Social.)

*Según la caracterización y los datos proporcionados en la información recolectada, el 94% de los pacientes trasplantados manifiestan vinculación por parte de la

red de apoyo socio familiar y del cuidador primario antes identificado, el 6% refieren escaso acompañamiento familiar, de este porcentaje no se logra claridad cuando se evalúa por quien será la persona que brinde soporte de manera principal.

Todas las dimensiones que hacen parte del sujeto posibilitan conocer a grandes rasgos sus condiciones sociales, familiares, habitacionales y económicas, lo que hace que la evaluación para el proceso de trasplante sea determinante y fundamental en la adherencia al tratamiento pues cada una de las dimensiones caracterizadas anteriormente constatan un entramado de lo que es la vida del sujeto representada en diferentes características que posibilitan o no tener un mayor éxito en el trasplante, pues de este proceso no solo hace parte lo médico y lo biológico, sino que también se conectan todas las subjetividades y experiencias del ser humano reconociendo que lo social posibilita una mirada integral que vinculada cada subsistema y que hace que todo conjugue a fin de encontrar alternativas que propendan por el bienestar del paciente.

6. ANÁLISIS CUALITATIVO

A partir de la caracterización realizada a los pacientes trasplantados se eligió una población específica con quienes se estableció contacto telefónico, para ello se tuvieron los siguientes criterios de selección: pacientes con más de 5 reingresos de hospitalización durante el año de la fecha del trasplante y aquellos con quienes se debía ampliar información para completar la caracterización, con ellos se propició un espacio de diálogo en el cual se indaga por el impacto del trasplante a nivel individual y familiar, el rol de la familia y su vinculación en proceso, y a modo general como ha sido la adherencia a los requerimientos y cuidados que se debe tener durante y después del trasplante.

Evidenciando que cada sujeto toma su proceso y experiencia de manera particular, y le da un significado de acuerdo a su visión y forma de afrontar la realidad, para el trasplante se logran identificar cambios positivos a nivel individual tanto en lo físico como en lo emocional en algunos de los pacientes, los cuales expresan: “me ha ido súper bien, me ha cambiado la vida en todo sentido, volví a nacer, estoy más animada, con más energía” (Paciente Trasplantado, comunicación personal, 27 de febrero de 2019). Para la mayoría de estos pacientes el trasplante representa un impacto en la calidad de vida y mejorías en el estado de salud; además para aquellos quienes estaban sujetos al tratamiento de diálisis es la posibilidad de volver a realizar actividades de la vida cotidiana que se habían perdido por lo que significa depender de un tratamiento que requiere estar sujeto por mucho tiempo a una máquina; “antes no podía estudiar, ni hacer nada por estar pegada a las diálisis, ahora puedo hacer mis actividades de manera normal, puedo salir, viajar” (Paciente Trasplantado, comunicación personal, 27 de febrero de 2019)

Hay quienes ven este proceso como una experiencia que trae consigo múltiples encuentros y desencuentro, ya que puede significar complicaciones de salud que dificultan su afrontamiento; “después del trasplante me dio diabetes, y ha sido difícil para mí, llegaron muchas otras cosas, no ha sido nada fácil, sin embargo, actualmente me siento bien y estable” (Paciente Trasplantado, comunicación personal, 13 de febrero de 2019). Dichas complicaciones de salud pueden ser el determinante en el número de hospitalizaciones, lo cual es identificado en aquellos pacientes que cuentan con más de 5 reingresos durante el año previo al trasplante, ya que durante las citas de control el médico

recomienda ingresar a hospitalización o por diferentes síntomas de salud deciden consultar.

Por otro lado uno de los factores que influye en la adherencia al proceso de trasplante es la rigurosidad en la toma de medicamentos, cuidados y alimentación que se debe tener durante el resto de la vida; para algunos pacientes esto representa una transformación en los estilos y hábitos de vida, sin embargo esto depende de la cultura, creencias y entorno con el que convivimos, lo cual hace que dichos cambios puedan ser interpretados y significados de manera positiva o negativa, para ello se identificaron diferentes perspectivas que tienen que ver en mayor medida con la alimentación, entre ellos los pacientes expresaron: “lo que más se me dificulta es lo estricto de la alimentación, acoplarse a ello no ha sido fácil”, por el contrario otros refieren adherirse a los hábitos de vida y se identifica optimismo frente a los cambios: “mi alimentación y hábitos de vida han cambiado notoriamente y han mejorado mi vida antes pesaba 100 kilos ahora baje a 70 kilos debido a la alimentación sana y al deporte.” (Paciente Trasplantado, comunicación personal, 27 de febrero de 2019)

De acuerdo a estas percepciones se evidencia que quienes cuentan con una red de apoyo familiar que brinda cuidados y está al tanto de los requerimientos del paciente podría tener mayor adherencia en los cambio de hábitos de vida, pues quienes tenían una visión positiva manifiestan contar con familia vinculada de manera activa en la preparación de alimentos o en constante supervisión de los mismos esto se logró identificar cuando algunos de los pacientes mencionan: “me alimento bien, mi pareja me brinda cuidados y está pendiente de mi alimentación, es muy cuidadosa”, por otro lado el familiar de un paciente refiere “yo soy la que le preparó la alimentación, soy muy estricta, en la educación pre trasplante aprendí mucho sobre los hábitos de alimentación y cuidados del trasplante” (Paciente Trasplantado, comunicación personal, 20 de febrero de 2019); esto no solo se visibiliza con la alimentación, al igual que ello surgían situaciones frente a la red de apoyo socio familiar vinculándola en la importancia del acompañamiento en la realización de actividades deportivas, citas de control, y supervisión en la toma de medicamentos.

Se reconocen modificaciones en las dinámicas familiares ya que el proceso de enfermedad se identifica como un factor estresante generador de crisis e inestabilidad visto

desde diferentes dimensiones, emocional, económica y social lo cual afecta en gran medida a todos los miembros del grupo familiar, ya que si bien uno de ellos es quien padece la enfermedad todo el sistema familiar se involucra y se transforma; referente al trasplante las familias a quienes se contactó lo interpretan como una opción de mejorar la condición de salud, de darle continuidad a la vida y volver a ejercer roles familiares que antes se habían perdido, principalmente para aquello que su estado de salud no les permitía ejercer labores, estudiar, o estar pendiente de las personas de su grupo familiar principalmente para quienes son madres, referente a ello una paciente expresa: “se han modificado muchas dinámicas antes todos estaban pendientes de mí porque nunca estaba del todo bien, ahora yo soy quien está pendiente de mis hijos, volví hacer la madre cuidadora del hogar”. (Paciente Trasplantado, comunicación personal, 20 de febrero de 2019). Todo ello genera en los pacientes sentimientos de pertenencia frente a su rol en la vida familiar, de proactividad en las diferentes responsabilidades y la posibilidad de trazarse nuevas metas y retos que antes veían estancadas por la enfermedad.

Los pacientes contactados coinciden en que el apoyo familiar es uno de los factores fundamentales en el proceso del trasplante, contar con familia establecida y vinculada en cada uno de los aspectos del sujeto es representada como un factor que garantiza protección y tiene gran significado para los pacientes trasplantados, algunos refieren que sin este acompañamiento la continuidad del proceso y la adherencia a los requerimientos no sería la adecuada; para aquellos que cuentan con una escasa red de apoyo familiar se identifica la vinculación de otros sistemas de apoyo como el social que también fortalecen al sujeto y brindan soporte de acuerdo a las necesidades.

Es importante entonces considerar que para los pacientes trasplantados la red de apoyo socio familiar es representada en aquellas personas que brindan apoyo, que están en los momentos difíciles de cada etapa del proceso, que se vinculan en los cuidados, desde la preparación de alimentos, la supervisión de medicamentos, y otras medidas básicas, pero además esta red de apoyo es aquella que permite que el paciente siga ejerciendo su rol así este se allá modificado durante el proceso y se involucre en la dinámica familiar como cualquier otro, sin desconocer sus funciones y su capacidad continuar realizando actividades de la vida cotidiana.

7. ACTIVIDADES REALIZADAS EN LA INSTITUCIÓN

Al inicio del proceso de prácticas, se diseñó un cronograma en el cual se distribuyó el tiempo mediante rotaciones con cada una de las Trabajadoras Sociales, como practicante de Trabajo Social, se apoyaron las interconsultas correspondientes a cada una de las profesionales, en las cuales se parte de una evaluación de las condiciones socio – familiares, económicas y habitacionales de los sujetos, la identificación del cuidador primario durante la estancia hospitalario y para el manejo ambulatorio, brindar acompañamiento y orientación teniendo en cuenta las particularidades de cada sujeto a intervenir y realizar la gestión social, dar continuidad a diferentes casos desde los seguimientos de acuerdo a los requerimientos del paciente logrando soluciones que posibiliten establecer redes de apoyo familiares o interinstitucionales que garanticen egresos seguros y oportunos.

Participar desde la observación en las entrevistas de usuarios en protocolo de trasplante y las rondas del equipo interdisciplinario del programa de rehabilitación hepato biliar. Apoyar la activación de rutas de protocolo institucionales para pacientes víctimas de algún tipo de violencia. Se realizó una identificación en algunos pisos de pacientes quienes requerían acompañamiento y orientación por Trabajo Social para dar continuidad a la intervención pertinente, y se socializo con algunos enfermeros jefes los motivos de interconsulta en los cuales actúa la profesión

Se tuvo la oportunidad de asistir a encuentros académicos interdisciplinarios como el Comité de Ética, en los que se abordan diferentes temas que implican dilemas éticos en el quehacer profesional, con el fin de generar estrategias de mejora en los servicios de atención. Reuniones de capacitación con el grupo de Trabajo Social, en el cual se brindó información pertinente y se ampliaron aprendizajes relacionados a algunas enfermedades y su manejo.

En el marco de la práctica y como parte del proceso formativo, se diseñó, planeó, ejecutó el proyecto de intervención presentado en el presente informe.

8. LOGROS

Esta práctica permite generar aprendizajes significativos frente a la intervención de Trabajo Social en el área de la salud, lo cual desde lo académico es desconocido, además posibilita enfrentarse con diferentes realidades contenidas de subjetividades, percepciones, costumbres y creencias, que afrontan los conocimientos adquiridos en la academia con la realidad de cada sujeto y las dinámicas familiares en las que este se encuentra inmerso.

Es importante resaltar que esta práctica permite repensar y afrontar diversas problemáticas que generan vivencias y aprendizajes valiosos a nivel personal e individual; los practicantes de Trabajo Social como todos los seres humanos están cargados de una serie de situaciones sociales y familiares que puede influir en su accionar, por lo cual es necesario que en la intervención con el otro se canalizasen las emociones, posibilitando una intervención que dé respuesta a las necesidades de los sujetos y/o familias y aporte en el proceso de hospitalización.

Teniendo en cuenta las la observación y realización de intervenciones se logró generar aprendizajes sobre las diferentes rutas y protocolos institucionales con los que cuenta la Clínica, los pasos para la atención de algunos grupos poblacionales como intento suicidas, abuso sexual, habitantes de calle, adultos mayores en situación de abandono, víctimas de mina antipersona entre otras. La importancia de las redes interinstitucionales que se tejen para garantizar un egreso seguro y oportuno, algunas como Centro Día y Amautta, los cuales corresponden a entes con quienes trabaja de manera articulada, al igual que con otras instituciones como el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y la línea de la Mujer.

Por otro lado, fue posible experimentar desde otra perspectiva el funcionamiento del Sistema de Salud en Colombia, comprendiendo sus lógicas administrativas, y evidenciando las dificultades frente al cumplimiento del Derecho a la Salud, brindando orientación pertinente frente al incumplimiento de dicho derecho.

9. FORTALEZAS

El acompañamiento permanente y la orientación del equipo de Trabajadoras Sociales que acompañó todo el proceso, fue un soporte fundamental para la generación de nuevos conocimientos y aportes como profesional, la disposición para responder a preguntas e inquietudes y posibilitar la participación y observación de las intervenciones lo cual permite mayor seguridad frente a temas y situaciones desconocidas.

El reconocimiento, fortalecimiento y participación en diferentes espacios ganados por las profesionales de Trabajo Social en los servicios de la Clínica evidencia un trabajo de tiempo, compromiso, dedicación y vinculación del aspecto social en todas las dimensiones del sujeto logrando que el personal de salud reconozca el quehacer de la profesión y la relación con el proceso de hospitalización.

Tener posibilidad de rotar por diferentes servicios de la Clínica permite ampliar en mayor medida el panorama del accionar profesional, teniendo en cuenta que desde los diferentes diagnósticos con los que se trabaja en la institución, de cada uno se aprende para poder particularizar la intervención, lo cual se nutre con la postura de cada una de las profesionales, retomando de cada una los aspectos más significativos que aportan de manera personal.

El acompañamiento por parte de la asesora académica e institucional fue fundamental durante todo el proceso, por lo cual se resalta la disposición de ambas para aclarar dudas y brindar la orientación requerida.

10. DEBILIDADES

Durante la formación académica no se aborda a profundidad el quehacer del Trabajo Social en el campo de la salud, lo cual no permite tener una visión y unos conocimientos previos que logren dimensionar la intervención en este campo, si bien este convierte en un gran reto y significa mayores aprendizajes, es importante que desde la academia se fortalezca la relación entre Trabajo Social y salud lo cual posibilite llegar a la práctica con una preparación mucho más fundamentada y herramientas que la potencien.

Por otro lado, referente al proceso general de las prácticas, considero que una de las debilidades fueron los trámites administrativos iniciales, los cuales se tornaron en cierta medida demorados, por lo que no se pudo generar un empalme con la anterior practicante, lo que hubiese sido muy significativo.

11. APORTES DE TRABAJO SOCIAL

Los aportes de Trabajo Social en el área de la salud han posibilitado visibilizar la importancia de concebir al sujeto como un ser integral, inmerso en diversas dimensiones las cuales son determinantes de los significados y representaciones que cada uno le otorga a su realidad, por ello reconocer la salud no solo en el aspecto físico y biológico, si no en su totalidad es un gran avance de la profesión, ya que cada vez se posiciona y se fortalece su accionar y reconocimiento frente a otros profesionales en el área de la salud, realizando una intervención que va más allá de lo meramente asistencial teniendo en cuenta la relación existente entre la salud y los factores sociales de cada individuo y cada contexto en el que interviene.

Según Acosta, M., Bohórquez, M., Duarte, F., González, A. y Rodríguez, C. (2012) al Trabajador Social le corresponde comprender e interpretar la realidad de forma integral, de acuerdo a la complejidad de los cambios y dinámicas sociales. En el campo de la salud el profesional tiene la capacidad de trabajar de la mano con otros profesionales promoviendo el bienestar de las personas, minimizando y actuando sobre los riesgos sociales de los individuos, familias y comunidades desde sus particularidades. La salud desde la disciplina es concebida como hechos sociales que superan lo biológico y trascienden la intervención más allá de lo médico, involucrando lo social en diferentes procesos de atención, prevención, promoción y orientación. (pág. 17 – 21)

La intervención de Trabajo Social en el contexto Clínico contiene un entramado de elementos que acompañan el quehacer profesional y fundamentan su accionar entre ellos se encuentra lo legal, teórico, metodológico y la postura ético política, todo ello entra a converger y se correlaciona al momento de intervenir con los sujetos, las familias o los diferentes grupos poblacionales y situaciones a las que se enfrenta la profesión, en la Clínica León XIII las profesionales de Trabajo Social han generado grandes aportes tomando como postura cada uno de los aspectos mencionados logrando posicionar y vincular lo social en cada uno de las dimensiones del sujeto principalmente en procesos de enfermedad.

12. IPS UNIVERSITARIA COMO AGENCIA DE PRÁCTICA

La IPS Universitaria posibilita fortalecer y generar conocimientos significativos sobre la estrecha relación entre Trabajo Social y el campo de la salud, lo cual se identifica como una dificultad desde la academia ya que se profundiza en dicho accionar de la profesión; la institución permite poner en práctica fundamentos teóricos, metodológicos y posturas éticas, como elementos fundamentales para nuestro quehacer profesional, y relacionar dichos elementos con las realidades, experiencias, y subjetividades de cada sujeto con el intervenimos, dándonos una perspectiva integral de la visión de salud y enfermedad en los contextos con los que convergen los individuos, y como cada una de sus dimensiones permea la manera de relacionarse en su entorno socio – familiar y de vivenciar los procesos de hospitalización y tratamientos.

Teniendo en cuenta el trabajo realizado en la práctica se permite un abordaje con diferentes grupos poblacionales que posibilitan trascender la visión de sujetos y los imaginarios con los que llegamos, dejando a un lado todo tipo de supuestos para entrar a intervenir con individuos inmersos en múltiples realidades entre las cuales se pueden identificar: adultos mayores, habitantes de calle o en situación de calle, niños, niñas, habitantes de diferentes Departamentos o Municipios; además de ello se vincula el diagnóstico médico como factor fundamental a la hora del abordaje ya que da bases para la intervención con el otro y/o su familia algunos de ellos son: pacientes con enfermedades crónicas, diabetes, personas en fase terminal, violencias físicas, abuso sexual, intentos suicidas, algún tipo de enfermedad mental, con los cuales se trabaja y se tienen herramientas que permiten realizar una atención y brindar soporte y orientación desde la profesión de acuerdo a sus particularidades.

Este espacio de práctica fortalece el trabajo en equipo y posibilita vincularse con otros profesionales del área de la salud, lo cual permite integrar conocimientos y generar aprendizajes desde otras perspectivas que se convierten en herramientas fundamentales para el quehacer profesional en el campo de la salud; además es la oportunidad de gestionar y tejer redes de apoyo con la finalidad de procurar el bienestar de los sujetos con los que se trabaja.

13. RECOMENDACIONES

- ✓ Se recomienda agilizar trámites administrativos para el ingreso de las practicantes a la institución a fin de que se pueda realizar un empalme con la practicante anterior permitiendo reconocer sus vivencias y experiencias, además de identificar expectativas e imaginarios de quien llega a realizar su práctica.

- ✓ Dar continuidad al proyecto realizado en el marco de esta práctica con los pacientes trasplantados en los años 2017 – 2018 ya que esto posibilita reconocer el accionar de la profesión al interior del protocolo institucional de trasplante, y se puede generar en el sujeto y su familia transformaciones que permitan mayor adherencia durante y después del proceso.

- ✓ A los próximos practicantes se les recomienda asumir retos, enfrentarse a las situaciones con las cuales sientes temores, ya que esto nos permite generar nuevos aprendizajes y crecimiento tanto profesional como personal, creando experiencias que nos fortalecen cada día en nuestro accionar, logrando moldear las intervenciones desde una visión integral del sujeto, la familia y las diferentes dimensiones que lo rodea.

14. REFERENCIAS

- Acosta, M., Bohórquez, M., Duarte, F., González, A. y Rodríguez, C. (2012). Trabajo Social en el área de la salud. Bogotá, D.C.
- Aguirre, E. (2010). Uso de técnicas cualitativa en investigaciones del sistema penal. El enfoque metodológico mixto y la Investigación Social. Colombia. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/236607854_El_enfoque_metodologico_mixto_y_la_investigacion_social_-_Aguirre_2010
- Alarcón, A, Vidal, A, y Neira, J. (2003) Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. En: Revista médica de Chile. Chile: SciElo. 131 (9).
- Alarcón, A. (2004). Aspectos Psicosociales del Paciente Renal. Bogotá: Segunda edición
- Aylwin, N, y Solar, M. (2002). Trabajo Social Familiar. Santiago de Chile: Universidad Católica de Chile.
- Carrillo-Algarra AJ, Mesa-Melgarejo L, Moreno-Rubio F. (2015). El cuidado en un programa de trasplante renal: un acompañamiento de vida. Aquichan. 15 (2), p. 271-282.
- Cassareto, M., Paredes, R., (2006). Afrontamiento a la enfermedad crónica: estudio en pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú, Perú: 24 (1).
- Congreso de la República de Colombia (1993). Ley 100 de 1993. Recuperado de: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0100_1993.html.
- Congreso de la República de Colombia (2007). Resolución 2565 de 2007. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-2565-2007.pdf>
- Congreso de la República de Colombia (2016). Ley 1805 del 04 de agosto de 2016. Recuperado de: <http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/LEY%201805%20DEL%2004%20DE%20AGOSTO%20DE%202016.pdf>
- Consejo Nacional de Trabajo Social. (2017). Modificación del Código de Ética profesional de los Trabajadores Sociales de Colombia. Bogotá: Grupo Editorial Ibañez.
- Cuenta de alto costo. (2015). Situación del trasplante renal en Colombia. Ilustración. Recuperado de: https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/Situacion_del_Trasplante_Renal_en_Colombia_2015.pdf

- García, A. y Rodelo, J. (2015). Trasplante renal con donante vivo en Colombia. *Revista Colombiana de Nefrología*. 2 (1).
- Hospital San Vicente Fundación. (s.f). 40 años del primer trasplante de órgano en Colombia. Recuperado de:
<http://hospitaluniversitario.sanvicentefundacion.com/index.php/component/content/article/107-noticias-del-hospital-universitario/648-40-anos-primer-trasplante-de-organo>
- Informe de Gestión IPS Universitaria. (2017). Ilustración. Recuperado de:
<http://www.ipsuniversitaria.com.co/images/ips/quienes-somos/plan-desarrollo/documentos/informe-ejecutivo-2017-ips-universitaria.pdf>
- IPS Universitaria. (s.f). Misión – visión. Recuperado de:
<https://www.ipsuniversitaria.com.co/es/quienes-somos/plataforma-estrategica/mision-vision.html>
- IPS Universitaria. (s.f). 9 políticas estratégicas. Recuperado de:
<https://www.ipsuniversitaria.com.co/es/quienes-somos/plataforma-estrategica/politicas-estrategicas.html>
- IPS Universitaria. (2017). Informe de Gestión 2017. Medellín: IPS Universitaria Servicios de salud Universidad de Antioquia.
- IPS Universitaria. (s.f) ¿Quiénes somos? Recuperado de:
<https://www.ipsuniversitaria.com.co/es/quienes-somos.html>
- IPS Universitaria. (s.f). Atención al Usuario. Recuperado de:
<http://www.ipsuniversitaria.com.co/es/pacientes/atencion-al-usuario.html>
- Martín, P., & Errasti, P... (2006). Trasplante renal. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29(Supla. 2), 79-91. Recuperado en 03 de marzo de 2019, de
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272006000400008&lng=es&tlng=es.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (s.f.) Recuperado de:
<http://www.msbs.gob.es/ciudadanos/portada/home.htm>
- Organización Mundial de la Salud. (2006). Constitución de la Organización Mundial de la Salud. párr. 2. Recuperado de:
https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Quintero, Á. M. Trabajo Social y procesos familiares, Buenos Aires: Lumen Hvmanitas, 1997, p. 25.

Sampaio, D., Moregola, A., Rossi, F., Lucchetti, G. y Sanders, H., (2015). Análisis de los cambios y dificultades surgidas después del trasplante renal: una investigación cualitativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 23 (3). p. 419 -426.

Sluzki, C. 1996. Pág. 49; citado por: Gil, A. (2015). Redes sociales en el trabajo social apuntes para la praxis profesional. *Revista Eleuthera*, 12, p. 181-196

15. ANEXOS

Cronograma:

Momentos	Actividades	Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero				Febrero				Marzo				Abril			
		1	2	3	4	1	2	1	2	3	4	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2		
Inserción al campo	Inducción y contextualización																												
Diagnostico	Contextualización del campo																												
	Observación de la dinámica en la Clínica																												
Planeación	Definición del objeto de intervención																												
	Diseño del proyecto																												
Ejecución	Formato de Caracterización																												
	Revisión de HC y caracterización de pacientes trasplantados 2017 - 2018																												
	Llamada telefónica para ampliar información																												
	Implementación estrategia educativa																												
	Evaluación del proceso educativo																												
Análisis	Análisis de la información																												
Cierre	Escritura de informe final																												
	Presentación de resultados y cierre de la práctica																												