

El aporte del Trabajo Social en los cuidados paliativos: sistematización de una estrategia de apoyo psicosocial a cuidadores y pacientes oncológicos

Paola Andrea García Pérez

Trabajo de grado para optar al título de Trabajadora Social

Directora

Mayra Alejandra Fajardo Gómez

Trabajadora Social, Magister Estudios del Desarrollo Global

Doctora en Estudios del Desarrollo Global

Universidad Industrial de Santander

Facultad de Ciencias Humanas

Escuela de Trabajo Social

Bucaramanga

2024

## Tabla de Contenido

<b>Introducción .....</b>	<b>10</b>
<b>1. Planteamiento del problema .....</b>	<b>11</b>
<b>1.1. Objeto de la sistematización.....</b>	<b>16</b>
<b>1.2. Pregunta articuladora .....</b>	<b>16</b>
<b>1.3. Objetivos .....</b>	<b>16</b>
<i>1.3.1. Objetivo General.....</i>	<i>16</i>
<i>1.3.2. Objetivos Específicos .....</i>	<i>17</i>
<b>1.4. Justificación.....</b>	<b>17</b>
<b>2. Marco referencial .....</b>	<b>19</b>
<b>2.1. Antecedentes.....</b>	<b>20</b>
<b>2.2. Marco teórico .....</b>	<b>23</b>
<i>2.2.1. Marco Teórico De La Sistematización .....</i>	<i>23</i>
<i>2.2.2. Marco Teórico Del Diagnóstico Situacional.....</i>	<i>27</i>
<i>2.2.3. Marco Teórico Propuesta De Intervención .....</i>	<i>29</i>
<i>2.2.4. Enfoques, Métodos y Modelos De Trabajo Social .....</i>	<i>30</i>
<b>2.3. Marco conceptual.....</b>	<b>34</b>
<i>2.3.1. El Concepto De Salud .....</i>	<i>34</i>
<i>2.3.2. Determinantes Sociales De La Salud.....</i>	<i>35</i>
<i>2.3.3. Concepto de cáncer .....</i>	<i>35</i>
<i>2.3.4. El Concepto De Paciente Oncológico .....</i>	<i>36</i>
<i>2.3.5. Derechos De Los Pacientes Oncológicos .....</i>	<i>37</i>
<i>2.3.6. El Concepto De Cuidados Paliativos .....</i>	<i>37</i>
<i>2.3.7. Interdisciplinariedad En Oncología .....</i>	<i>38</i>
<i>2.3.8. El Concepto De Cuidador En Oncología .....</i>	<i>38</i>
<i>2.3.9. El Concepto De Atención Integral En Salud .....</i>	<i>39</i>
<i>2.3.11. El Concepto De Trabajo Social En Oncología.....</i>	<i>39</i>
<b>2.4. Marco Normativo.....</b>	<b>40</b>

<b>3.</b>	<b>Metodología</b> .....	42
	<b>3.1 Diseño Metodológico</b> .....	42
	<b>3.2 Cronograma</b> .....	44
<b>4.</b>	<b>Hallazgos</b> .....	45
	<b>4.1. Reconstrucción De La Experiencia</b> .....	45
	<b>4.1.1. Ubicación Institucional</b> .....	46
	<b>4.1.2. Vinculación Al Servicio</b> .....	50
	<b>4.1.3. Aplicación Y Análisis Del Dx</b> .....	54
	<b>4.1.4. Diseño De La Propuesta De Intervención (PI)</b> .....	62
	<b>4.1.5. Reingreso A La Institución</b> .....	65
	<b>4.1.6. Inicio Ejecución De La Propuesta de Intervención (PI)</b> .....	67
	<b>4.1.7. Ejecución PI</b> .....	69
	<b>4.1.8. Análisis De La Ejecución PI</b> .....	74
	<b>4.2. Análisis Crítico Reflexivo De La Propuesta De Intervención</b> .....	74
	<b>4.2.1. Análisis Cuantitativo De La Población</b> .....	75
	<b>4.2.2. Análisis Cualitativo Del Desarrollo De Los Objetivos</b> .....	78
<b>5.</b>	<b>Reflexiones De Fondo</b> .....	84
	<b>5.1. Con Base Al Marco Teórico</b> .....	84
	<b>5.2. Con Base En El Método De Grupo De Yolanda Contreras</b> .....	87
	<b>5.3. Con Base En Los Modelos Sistémico Y Humanista/Existencialista</b> .....	88
	<b>5.4. Mirada Del Rol Del Trabajador Social En Oncología</b> .....	89
<b>6.</b>	<b>Conclusiones</b> .....	92
	<b>6.1. Recomendaciones</b> .....	94
	<b>6.2. Propuestas</b> .....	96
	<b>Referencias Bibliográficas</b> .....	98
	<b>Apéndice</b> .....	106

**Lista de tablas**

Tabla 1. Cronograma de actividades.....	44
Tabla 2. Población por actividad .....	76
Tabla 3. Población por afiliación al servicio .....	76

**Tabla de figuras**

Figura 1. Línea del tiempo sistematización ..... 46

Figura 2. Red semántica ..... 62

## Resumen

**Título:** El aporte del Trabajo Social en los cuidados paliativos: sistematización de una estrategia de apoyo psicosocial a cuidadores y pacientes oncológicos

**Autor:** Paola Andrea García Pérez

**Palabras claves:** cuidados paliativos, trabajo social de oncología, paciente oncológico.

### Descripción:

El presente trabajo tiene como objetivo sistematizar la experiencia práctica preprofesional académica de Trabajo Social llevada a cabo en la Unidad de Oncología y Radioterapia de la ESE HUS. Se realiza mediante un análisis sociocrítico de las estrategias metodológicas implementadas que busca generar un referente para mejorar el acompañamiento en cuidados paliativos por parte del profesional del servicio y futuros practicantes. Para ello, se utiliza el enfoque metodológico de sistematización de experiencias propuesto por Oscar Jara (2018), el cual implica una interpretación crítica a partir del ordenamiento y reconstrucción del proceso vivido.

La experiencia es el diseño e implementación del programa de acompañamiento psicosocial a pacientes oncológicos y cuidadores desarrollada en el segundo momento de prácticas en el período I de 2024. El proceso inicia con la delimitación del objeto de sistematización y definición de objetivos específicos orientados a caracterizar las redes de apoyo familiar, analizar factores que favorecen u obstaculizan la ejecución del programa, y formular recomendaciones. En este sentido, se reconstruye descriptiva y cronológicamente la experiencia con base en los diarios de campos y los informes de práctica de ambos momentos.

Como principales hallazgos y lecciones aprendidas se identifican la pertinencia de los espacios y talleres realizados, el enriquecido fundamento teórico que sustenta el proceso de intervención y los aspectos a mejorar como el manejo del tiempo, la articulación y trabajo interdisciplinar. Finalmente, se formulan conclusiones y recomendaciones que aportan elementos para reorientar el quehacer profesional del Trabajo Social oncológico. <sup>1</sup>

---

\* Trabajo de Grado

\*\* Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Trabajo Social. Trabajo Social. Directora: Mayra Alejandra Fajardo Gómez. Doctora en Estudios del Desarrollo Global.

### **Abstract**

**Title:** The contribution of Social Work in Palliative Care: Systematization of a psychosocial support strategy for caregivers and oncological patients.

**Author:** Paola Andrea García Pérez

**Keywords:** palliative care, oncology social work, oncological patient.

**Description:**

The objective of this work is to systematize the academic pre-professional practical experience of Social Work carried out in the Oncology and Radiotherapy Unit of ESE HUS. It is conducted through a socio-critical analysis of the implemented methodological strategies that seeks to generate a reference to improve palliative care support by the service professional and future practitioners. For this purpose, the methodological approach of systematization of experiences proposed by Oscar Jara (2018) is used, which involves a critical interpretation bases on the ordering and reconstruction of the lived process.

The experience is design and implementation of the psychosocial support program for oncological patients and caregivers developed in the second phase of internship in the first period of 2024. The process begins with the delimitation of the systematization object and definition of specific objectives aimed at characterizing family support networks, analyzing factors that favor or hinder the execution of the program, and formulating recommendations. In this sense, the experience is reconstructed descriptively and chronologically based on field diaries and practice reports from both phases.

The main findings and lessons learned include the relevance of the spaces and workshops conducted, the enriched theoretical foundation that supports the intervention process, and aspects

to improve such as time management, articulations, and interdisciplinary work. Finally, conclusions and recommendations are formulated that provide elements to reorient the professional work of oncological social Work.

2

---

\* Degree work

\*\* Faculty of Human Sciences. School of Social Work. Social Work. Directora: Mayra Alejandra Fajardo Gómez.  
Doctor in Global Development Studies.

### **Introducción**

El cáncer es una de las enfermedades más complejas y de mayor impacto a nivel biopsicosocial que puede padecer un ser humano. Según la Organización Mundial de la Salud, representa una de las principales causas de morbilidad y mortalidad a nivel mundial. En Colombia, la atención hacia los pacientes oncológicos ha ido avanzando paulatinamente mediante el establecimiento de un marco normativo que busca garantizar su derecho a recibir servicios de salud integrales, que comprendan no solo el tratamiento clínico, sino también el acompañamiento psicológico, social y espiritual.

En este contexto, se ha identificado que en la Unidad de Oncología y Radioterapia de la ESE Hospital Universitario de Santander (HUS), el rol del trabajador social se ha visto reducido principalmente a funciones administrativas y de gestión, desaprovechando su potencial para brindar un acompañamiento multidimensional centrado en las necesidades biopsicosociales de los pacientes y sus familias. Esta situación priva a los usuarios de recibir una atención integral, acorde a los principios de los cuidados paliativos y del enfoque de los determinantes sociales de la Salud.

Frente a esta problemática, se realiza la presente sistematización de experiencias, la cual aborda el proceso de diseño e implementación de un programa de intervención psicosocial desde Trabajo Social, denominado “Forjando Redes”. Dicho programa se desarrolló durante la práctica preprofesional en la mencionada unidad, con el propósito de reposicionar teórica y metodológicamente al Trabajo Social en su rol de acompañamiento integral a pacientes oncológicos y sus familias. Este trabajo tiene como objeto central analizar de manera crítica y propositiva las estrategias metodológicas implementadas, con miras a visibilizar las lecciones aprendidas, los factores que incidieron en el proceso y formular recomendaciones que sirvan

como referente teórico-práctico, tanto para los profesionales del servicio como para los futuros practicantes.

La ruta metodológica seguida es la propuesta de Oscar Jara, la cual comprende cinco momentos: punto de partida, recuperación del proceso vivido, reflexiones de fondo, puntos de llegada y cuestiones instrumentales. A lo largo del documento, se reconstruye de forma descriptiva y analítica cada etapa desarrollada, fundamentándose en un robusto marco teórico y conceptual que aborda los enfoques críticos del Trabajo Social, la atención integral en salud, los cuidados paliativos, entre otros elementos claves. Por último, se pretende que esta sistematización contribuya a reposicionar el quehacer de la profesión en oncología, trascendiendo la visión reduccionista del mismo y avanzando a intervenciones situadas, participativas y transformadoras.

### **1. Planteamiento del problema**

El Trabajo Social (TS) es una disciplina de las ciencias sociales que tiene como fundamento teórico la consecución del bienestar y la justicia social. Por esta razón, se propone aportar a la transformación de las condiciones que generan vulnerabilidad y exclusión en individuos, grupos y comunidades. De acuerdo con la definición internacional de la profesión, adoptada por la Federación Internacional de Trabajadores Sociales y la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social (2014), los principios de la intervención en esta profesión se basan en los derechos humanos. No obstante, en algunos campos de intervención su ejercicio se ha visto limitado, sesgando de este modo sus objetivos disciplinares.

Tal es el caso del campo de la salud, donde el ejercicio profesional se reduce a cuestiones y labores administrativas y asistencialistas. Esto se da principalmente en servicios hospitalarios de mediana y alta complejidad donde el afán de una solución clínica y médica acapara la

atención. Situación que limita la esencia transformadora de acompañamiento psicosocial e intervención integral para la garantía de derechos de las personas. De modo que, se percibe nuevamente al Trabajo Social como profesión asistencial, desestimando el proceso de reconceptualización que resignificó la profesión durante los años 60 y 70 en Latinoamérica.

Por esta razón, el abordaje de enfermedades complejas y/o terminales se orienta desde las ciencias de la salud, Por ejemplo, los pacientes diagnosticados con enfermedades terminales como el cáncer son atendidos dada su condición física. Sin embargo, la concepción del ser humano como ser psicosocial se dirige a segundo plano y la intervención de profesiones de las ciencias humanas y sociales no es prioritaria. Es decir, la atención en salud de forma integral no está al alcance de todos los individuos, incluso cuando se ha creado y determinado que es necesario un cuidado específico para este tipo de afecciones.

Teniendo en cuenta lo anterior, es necesario mencionar que los cuidados paliativos se han diseñado para el manejo de manera holística de las enfermedades graves. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) corresponden a

“un enfoque que mejora la calidad de vida de los pacientes y sus familias [...] previene y alivia el sufrimiento mediante la identificación temprana, la correcta evaluación y el tratamiento del dolor y otros problemas, ya sean físicos, psicosociales o espirituales” (2020).

Así mismo, la OMS (2020), especifica que a nivel mundial solo alrededor del 14% de las personas que necesitan este tipo de cuidados los reciben.

En Colombia por su parte, según la Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos (2023), para el año 2022 solo el 12% de los pacientes con cáncer en etapa terminal recibieron cuidados paliativos adecuados. Por otro lado, en Santander para este mismo año, en palabras de

la Secretaría de la Salud (2023), la Gobernación del departamento amplió la cobertura del programa de atención psicosocial para pacientes con cáncer y sus familias, alcanzando la suma de 1.250 personas atendidas. Con base en estos datos es posible inferir que, se realizan esfuerzos para brindar un acompañamiento integral, estos todavía son acciones de bajo impacto, donde la mayoría de las personas no reciben este acompañamiento como es necesario.

En este sentido, en el caso particular del Hospital Universitario de Santander, si bien existe un programa de atención en cuidados paliativos y clínica del dolor, este mismo carece de la presencia de un profesional de TS. Este hecho ha demostrado que el abordaje y manejo de la enfermedad es unipersonal, sin incluir a la familia dentro del foco de atención. Por otra parte, en la Unidad de Oncología y Radioterapia el rol del Trabajo Social se ha visto reducido a funciones meramente burocráticas y de gestión. Motivo por el cual se desaprovecha su potencial para brindar un acompañamiento multidimensional, el cual se fundamenta en la mirada holística e interdisciplinaria que propone el enfoque de los determinantes sociales de la Salud.

De este modo, se priva a los pacientes oncológicos y a sus familiares cuidadores de recibir un acompañamiento y soporte psicosocial. Dicha situación se origina por diversos motivos. Primero, se debe a la normalización institucional de un perfil profesional administrativo de TS. Este se enfoca principalmente en trámites con la EPS del paciente para garantizar que reciba atención dentro del hospital y a realizar solicitudes a entidades del Estado y organizaciones particulares para fines de egreso seguro y vinculación a programas sociales. Esto garantiza el derecho a la salud, pero que todo el ejercicio se resuma ahí desvirtúa el rol fundamental de intervención psicosocial y los ejes integradores del abordaje sistémico de la situación problema.

Segundo, por la tendencia del sistema médico clínico de atender desde la perspectiva

reduccionista de las ciencias de la salud. De forma que, enfoques como el de los cuidados paliativos, el cual concibe al ser humano como una unidad funcional indisoluble de las dimensiones física, psicológica, social y espiritual y que señala que debe tratarse de manera holística, no se abordan como es debido. Lo que afecta de manera directa las dinámicas familiares y la forma en que se afronta la enfermedad por el paciente y sus cuidadores, dado que el no recibir acompañamiento de psicología o Trabajo Social discrimina la existencia de afecciones en estas áreas.

Tercero, por el constante flujo y remisión de pacientes a otras instituciones para recibir el tratamiento. La ESE HUS no brinda un servicio completo, específicamente la institución no cuenta con dispensario fármaco para los tratamientos de los pacientes, lo que causa retrocesos en el proceso de atención dado que el usuario debe autorizar y esperar que los medicamentos lleguen a la unidad. Esto ha generado que las EPS acuerden la atención de sus beneficiarios oncológicos en otros centros hospitalarios para dignificar la atención. Todo esto dificulta brindar un acompañamiento continuo y genera interrupciones en los procesos de intervención.

En tal sentido, las consecuencias negativas de esta problemática se evidencian en, la paulatina pérdida del rol del trabajador social dentro del equipo interdisciplinario que se requiere para la atención integral en oncología. El postergar o aislar las necesidades psicosociales no solo de pacientes, sino de sus familiares, a quienes también les afecta la enfermedad de manera directa e indirecta. Finalmente, la desarticulación del quehacer profesional en TS con los principios fundamentales, los mismos que se orientan a la garantía y restitución de derechos para el logro del bienestar y la transformación social.

Se debe mencionar que, si bien se han realizado algunos intentos aislados por implementar programas integrales de acompañamiento desde Trabajo Social en este servicio. La

burocratización del sistema para con la profesión dentro de la ESE HUS han impedido que los mismos lleguen a institucionalizarse, debido a la arraigada concepción administrativa que impera sobre el ejercicio profesional en este campo. Hecho que aleja a la realidad de los postulados teóricos contemporáneos que resaltan la importancia de intervenciones situadas, participativas y centradas en el reconocimiento de la subjetividad de los sujetos.

Por lo anterior, se hace necesario sistematizar de manera crítica y propositiva la experiencia de diseño e implementación de un programa de intervención psicosocial integral desde TS. Esto considerándolo como un ejercicio de reconstrucción del proceso teórico-práctico realizado, con el fin de visibilizar las estrategias metodológicas efectivas y caracterizar cabalmente las necesidades reales de pacientes y sus redes de apoyo familiar, pero, además, analizar el rol del trabajo social en este escenario. A propósito de reposicionar el perfil profesional como actor clave en los procesos de acompañamiento durante la enfermedad oncológica, contribuyendo al bienestar integral de los usuarios y sus familias. Siguiendo de este modo los principios orientadores de TS como la transformación y justicia social.

De esta manera, se ubica como problema central del presente trabajo el vacío en la atención integral que se les debe brindar a los usuarios de la Unidad de Oncología y Radioterapia desde un enfoque de derechos y determinantes sociales de la salud. El cual se abordará desde la siguiente pregunta orientadora, ¿de qué manera la sistematización crítica de la experiencia práctica contribuirá a reposicionar teórica y metodológicamente al TS en su rol de acompañamiento integral a pacientes oncológicos y sus familias dentro de la ESE HUS?

En tal sentido, se propone visibilizar las estrategias metodológicas efectivas implementadas para el acompañamiento psicosocial a través del programa de intervención diseñado, que pretende caracterizar las necesidades psicosociales de los pacientes y cuidadores.

También, analizar críticamente a los facilitadores y obstaculizadores en el proceso de implementación del programa. Y, por último, formular recomendaciones para reorientar las futuras prácticas de Trabajo Social en oncología hacia acciones transformadoras, que rompan la concepción netamente administrativa del quehacer profesional.

### **1.1. Objeto de la sistematización**

El objeto de esta sistematización es la experiencia de la práctica preprofesional realizada en la Unidad de Oncología y Radioterapia de la ESE HUS, específicamente el proceso de caracterización de la red de apoyo familiar de los pacientes y la construcción e implementación de un programa de atención psicosocial desde Trabajo Social para los usuarios, “Forjando Redes”. La reconstrucción cronológica y el análisis de este proceso tiene como fin extraer aprendizajes y plantear recomendaciones que puedan servir como referente teórico-práctico tanto para los profesionales del servicio de oncología, como para futuros practicantes de la Escuela de TS en el servicio.

### **1.2. Pregunta articuladora**

¿De qué manera la sistematización crítica de la experiencia práctica contribuirá a reposicionar teórica y metodológicamente al TS en su rol de acompañamiento integral a pacientes oncológicos y sus familias dentro de la ESE HUS?

### **1.3. Objetivos**

#### ***1.3.1. Objetivo General***

Sistematizar la experiencia de la práctica académica en Trabajo social realizada en la unidad de Oncología y Radioterapia de la ESE HUS, mediante el análisis y ordenamiento sociocrítico de las estrategias metodológicas implementadas para la mejora del acompañamiento en cuidados paliativos, como referente para el profesional del servicio y futuros practicantes en

este campo.

### ***1.3.2. Objetivos Específicos***

Reconstruir de manera cronológica el proceso diagnóstico llevado a cabo para la caracterización de la red de apoyo familiar de los pacientes de la Unidad de Oncología y Radioterapia del HUS y la construcción e implementación de la propuesta de intervención con base en los hallazgos, a fin de la recuperación detallada del proceso vivido.

Analizar de manera reflexiva y crítica a la luz del marco teórico la ejecución de las actividades llevadas a cabo como plan de intervención y construcción de un programa de atención psicosocial desde Trabajo Social en articulación con PYP, dirigido a pacientes oncológicos y sus familias, para la determinación de su pertinencia en el contexto institucional.

Elaborar propuestas y recomendaciones para los futuros practicantes de Trabajo Social en el servicio de oncología de la ESE HUS mediante el análisis crítico de la ejecución del plan de intervención psicosocial realizado, para el mejoramiento de los futuros ejercicios prácticos y el acompañamiento prestado desde la profesión en este campo.

## **1.4. Justificación**

La presente sistematización de experiencias es pertinente dado que intenta abordar una problemática que ha desnaturalizado el quehacer profesional de Trabajo Social en el campo de la salud, específicamente en oncología. Es ahí donde se han limitado las funciones del trabajador social a cuestiones meramente administrativas y asistenciales, las cuales desconocen la esencia transformadora orientada a la garantía de derechos y la justicia social. Así mismo, a la emancipación del sujeto de situaciones de dominación que le vulneran.

Reposicionar teórica y metodológicamente a esta disciplina en escenarios como las unidades oncológicas permitirá trascender la visión reduccionista que existe. De modo que, se

busca poder brindar un acompañamiento psicosocial integral y humanizado a pacientes y familias, respondiendo cabalmente a las necesidades y determinantes sociales que inciden en su proceso de salud, enfermedad y atención. Así que, es bajo esta perspectiva que realizar una sistematización crítica del diseño e implementación del programa de intervención psicosocial en la Unidad de Oncología y Radioterapia de la ESE HUS cobra sentido. Dada la importancia de visibilizar las estrategias situadas y efectivas que logren resignificar el quehacer del trabajador social en este contexto.

Del mismo modo, esta propuesta investigativa se hace pertinente en términos disciplinares dado que aporta elementos de análisis para la discusión y la reconstrucción teórico-conceptual en torno a los fundamentos, marcos de acción y perfiles de desempeño que deben orientar la intervención del TS en este campo. Debido a que se retoman los postulados contemporáneos que resaltan su labor de acompañamiento social, defensa de los derechos humanos, el empoderamiento, la emancipación de sujetos y comunidades. Asimismo, contribuye a visibilizar el vacío formativo que existe dentro del pensum del programa académico al no existir ninguna cátedra o asignatura que acerque a los estudiantes al campo de la salud.

En tal sentido, se pretende que los aprendizajes obtenidos en la intervención y su posterior análisis crítico sirvan como referente para orientar y cualificar las futuras prácticas preprofesionales que se llevarán a cabo. Por su parte, en un nivel más social, visibilizar un nuevo ejercicio profesional por parte de TS coadyuvará a humanizar los servicios de salud oncológicos y a configurar la mirada holística de los sujetos. De modo que, se espera que se impacte positivamente la calidad de vida, bienestar y derechos durante el complejo tránsito de la enfermedad.

Finalmente, esta sistematización aportará a la reflexión crítica sobre la necesaria

reconfiguración del rol del Trabajo Social en los sistemas de salud actuales. Pretendiendo encaminar, desde la academia, a la concepción y visión de la profesión orientada a la transformación social, la justicia y la defensa de los derechos. Donde se supera y trasciende la instrumentalización y reducción de su labor a tareas operativas y administrativas que la alejan en gran medida de sus fundamentos ético-políticos.

## **2. Marco referencial**

Este apartado sienta las bases teóricas, conceptuales y normativas que fundamentan y orientan el proceso de sistematización de la experiencia práctica de Trabajo social realizada en la Unidad de Oncología y Radioterapia de la ESE HUS. En primera instancia, se exponen los postulados teóricos, empleados para los momentos de práctica correspondientes al diagnóstico y la propuesta de intervención. En este sentido, se abordan los enfoques contemporáneos de la disciplina, tales como el paradigma sociocrítico y la teoría crítica, el enfoque de derechos humanos y la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, los principios de los cuidados paliativos, entre otros. Es menester precisar que, los fundamentos teóricos permiten la comprensión integral e interdisciplinaria de los procesos de salud, enfermedad y atención, y también el rol transformador que debe asumir el profesional en TS en este campo.

Posteriormente, se abordan los conceptos que guían la intervención profesional, como el concepto de salud, los determinantes sociales de la salud, concepto de cáncer y paciente oncológico, cuidados paliativos, entre otros. Cabe mencionar que estos serán abordados desde una mirada crítica y contextualizada al servicio de oncología. Por último, se realiza una revisión del marco normativo y legal que regula y orienta la actuación del TS en el ámbito de la salud en Colombia. En este sentido, se consolidan aquí los fundamentos teóricos, conceptuales y jurídicos que orientarán esta sistematización, a fin de aportar, por medio del análisis crítico,

recomendaciones y elementos para la discusión disciplinar y la resignificación de las practicas preprofesionales en el campo de la salud.

### **2.1. Antecedentes**

Para la construcción de este apartado se realizó la búsqueda de artículos de investigación sobre el trabajo social en oncología en bases de datos como Google Académico y Dialnet. Se eligen estas dada su facilidad de acceso a los documentos y la ventaja de conseguirlos en el idioma español. La fórmula de búsqueda empleada en ambas fue “trabajo social” y “oncología”, “trabajo social oncológico” y “trabajo social en oncología”. Al principio se realizó una búsqueda preliminar con la fórmula “trabajo social en salud”, pero aparecían muchos documentos de otras áreas de especialización y no oncología. Al evidenciar que se obtenían mejores resultados con las fórmulas definitivas se optó por realizarlo así.

El total de documentos preseleccionados fue de 13 en total, en primera instancia se esperaba encontrar solo artículos de investigación o de sistematización de experiencias, se recopilaron también trabajos de grado. Para la definición de los documentos a analizar en detalle se tuvo criterios de exclusión como: tipo de pacientes, se descartaron aquellos que eran pediátricos (3), así mismo, se descartaron otros por la disponibilidad del recurso, se encontraban de forma digital pero su acceso claro fue dificultoso (2). En este sentido, se dejaron como antecedentes solo ocho (8) documentos, dos trabajos de grado y seis artículos de investigación y de análisis bibliográfico.

Desde Argentina, María Sol Romero (2015), en “Intervención profesional del Trabajo Social en el campo de la oncología”, artículo crítico-reflexivo desde tres dimensiones de análisis. plantea la necesidad de que los trabajadores sociales repiensen críticamente su ejercicio profesional en oncología, haciendo frente a sesgos fragmentarios y modos de comprender la

enfermedad que han probado fatalismo. También señala que el cáncer suele asociarse socialmente con la muerte, por lo que el profesional debe abordar estas creencias y prácticas sociales mediante acciones socioeducativas transformadoras.

En Ecuador, Andrade Macías et al. (2024) en “Intervención del Trabajador Social en el área oncológica del Hospital Solca Portoviejo”, con una muestra de siete actores clave del área y de enfoque cualitativo. Cuyos resultados evidencian que la atención de los pacientes debe ser multidisciplinar para el análisis holístico de las problemáticas y el apoyo familiar es importante para afrontar la enfermedad. Igualmente, Zambrano-Albán et al. (2022), en “Afectación psicológica y social en las familias de los pacientes con cáncer”, investigación cuali-cuatitativa de tipo descriptiva, cuya población objeto fue de 90 familias de pacientes con cáncer hospitalizados y con las incidencias de la psicología clínica en el tratamiento y el acompañamiento familiar como su objeto de estudio.

En estas dos investigaciones se resalta la importancia del acompañamiento psicosocial que deben brindar los trabajadores sociales, orientado de manera integral a pacientes y familias. Ambas posturas coinciden en que esta enfermedad no afecta de manera individual al paciente, sino que las afectaciones repercuten en su sistema familiar, razón por la que se requieren de intervenciones holísticas.

Por otro lado, desde España, Pérez (2020), en “Implicaciones del Trabajo Social en la calidad de vida durante el proceso oncológico”, documento final de Trabajo de Grado, concluye que “el trabajo social puede intervenir a nivel social, basándonos en la familia y el entorno como red de apoyo del paciente” (p. 17). Asimismo, que la labor del trabajador social no debe centrarse únicamente en la gestión de ayudas económicas, sino en intervenir simultáneamente en diversas áreas.

También, Moro et al. (2014), desde “El proceso de comunicación en oncología: relato de una experiencia”, artículo que recoge su propia vivencia sobre la información y comunicación con pacientes oncológicos en tratamiento de quimioterapia. Allí se precisa que se debe informar de manera adecuada al paciente sobre su realidad, fortalecer su autoestima. Brindar apoyo emocional y facilitar la expresión de preocupaciones y temores. Del mismo modo, Lorena Vanzini (2010), en “El Trabajo Social en el ámbito de los cuidados paliativos: una profundización sobre el rol profesional”, artículo reflexivo y de revisión bibliográfica, realiza un aporte valioso al detallar el accionar profesional requerido en pacientes paliativos: diagnosticar la realidad familiar, establecer prioridades, contener emocionalmente, realizar intervenciones familiares, asesorar en gestión de recursos, apoyar al cuidador y abordar el duelo.

Finalmente, en Colombia, Rodríguez e Ibarra (2021), en su trabajo de grado para optar al título de trabajadoras sociales denominado “intervención social en el área de Oncología a nivel público y privado, resaltan el rol preventivo del Trabajo Social para evitar la exclusión social de estos pacientes. Allí se precisa que los profesionales fungen como mediadores y motivando tanto a usuarios como equipos de salud. Salamanca et al. (2020), desde su investigación “Experiencias personales y profesionales de pacientes con cáncer de mama adscritas a un centro de oncología de Santander”, con una muestra poblacional de 12 mujeres y de enfoque metodológico cuantitativo. Encontraron que, las pacientes valoran el apoyo familiar, pero en ocasiones se sienten apartadas, por lo que es clave fortalecer sus habilidades sociales y de redes de apoyo y soporte.

Como se evidenció, todos estos antecedentes coinciden en que es necesario plantear intervenciones integrales desde Trabajo Social en oncología, el quehacer profesional debe trascender lo asistencial y aborde de manera articulada los distintos aspectos biopsicosociales que

impactan a pacientes y familias durante todo el proceso de la enfermedad.

## **2.2. Marco teórico**

Este apartado es una parte fundamental del presente informe debido a que proporciona un contexto intelectual en el que se sustenta el proceso. En este sentido, aquí se busca establecer una sólida fundamentación teórica que permita comprender y analizar la experiencia en el campo de práctica a fin de realizar un proceso sistematizador acertado y apegado a la realidad. Por tal razón, este marco servirá como guía para el análisis a realizar respecto a la experiencia de práctica llevada a cabo dentro del servicio de oncología y el programa de Promoción y Mantenimiento de la salud.

### ***2.2.1. Marco Teórico De La Sistematización***

De este modo, como primera medida se debe ubicar este marco dentro de un paradigma, entendiendo por esto a lo que, según Kuhn, citado en González (2005), definió como:

“un sistema de creencias, principios, valores y premisas que determinan la visión que una determinada comunidad científica tiene de la realidad, el tipo de preguntas y problemas que es legítimo estudiar, así como los métodos y técnicas válidos para la búsqueda de respuestas y soluciones”.

Es decir, estos elementos moldean la visión de la realidad y definen los interrogantes y/o problemas relevantes a estudiar.

Teniendo en cuenta lo anterior, se determina como paradigma, que acoge la problemática y fundamenta la realización del análisis, el sociocrítico. Este surge como una corriente de pensamiento que busca la autorreflexión y emancipación del ser humano de situaciones de dominio y hegemonía. Por lo cual, se estima que este puede orientar acciones de empoderamiento en los pacientes con cáncer y aquellas poblaciones a quienes las estrategias de

prevención y promoción no alcanzan. Según Freire (1996), es necesario generar reflexión y conciencia crítica en estos acerca de su situación para que puedan actuar en busca de mejorar sus condiciones de vida, lo cual podría considerarse como uno de los objetivos de Trabajo Social (TS) dentro del contexto de salud.

Los pacientes oncológicos pueden reconocer las limitaciones del sistema de salud, los determinantes estructurales y sociales de la enfermedad y actuar para garantizar el cumplimiento pleno de sus derechos mediante lo que Giroux (1997), denominó “procesos pedagógicos críticos”. Puesto que este paradigma también permite comprender los factores socioeconómicos y ambientales que determinan la incidencia del cáncer, dando especial atención a lo que hay más allá de los factores de riesgo individuales. En síntesis, que se inserte dentro de lo sociocrítico incita a la transformación social a través de la crítica, el cuestionamiento reflexivo y la emancipación de situaciones limitantes de una vida digna.

En correspondencia, teniendo en cuenta el paradigma y la necesidad de realizar un análisis crítico, se abordan las teorías de autores como Horkheimer, Freire, Bronfenbrenner y Kawachi. Los postulados teóricos de estos permiten una comprensión integral de la problemática del cáncer desde una perspectiva sociocrítica. En primer lugar, se parte de la teoría crítica la cual según Max Horkheimer (2003), debe evidenciar las contradicciones y dominaciones presentes en la sociedad para generar un cambio. Con base en lo anterior, se debe posibilitar que los pacientes oncológicos cuestionen la racionalidad instrumental de la medicina, donde se ha abordado la enfermedad de manera técnica y científica dejando de lado aspectos psicológicos y sociales.

Por su parte, las contribuciones realizadas por Ichiro Kawachi et al (1997), han demostrado que en comunidades con alto capital social hay menores tasas de mortalidad por cáncer. Esto debido a que se entiende por este capital a “las normas de reciprocidad y las redes

sociales en una comunidad” (Kawachi, 1997). Sus aportes revelan que las redes comunitarias proveen apoyo social, asistencia e información relevante a los pacientes oncológicos. Por consiguiente, la teoría desarrollada por este autor permite construir un marco pertinente para analizar cómo las redes comunitarias inciden en el bienestar y calidad de vida de las personas diagnosticadas con esta afección.

En cuanto a la teoría de la Educación Liberadora de Paulo Freire, se apropian aquí sus contribuciones pedagógicas para la concientización. Esto con el propósito de determinar si la población con la que se interviene puede adquirir la capacidad de distinguir cuáles son sus derechos y mediante la crítica de su realidad efectuar mecanismos de presión para la garantía de estos. Freire (1969) especifica que por medio de una pedagogía problematizadora y dialógica los sujetos reconocerán su realidad y percibirán su capacidad de transformarla. Lo que en últimas los lleva a emanciparse, liberarse de la opresión que ejerce el sistema y transformar su vida.

Por otro lado, se emplea la teoría ecológica de Bronfenbrenner (1987) dado que posibilita una visión integral de los múltiples factores ambientales y sociales que influyen en la prevención y el desarrollo del cáncer. Al igual que con la teoría del capital social de Kawachi, abordar el problema desde esta teoría permite que el problema no sea individualizado, sino entendido como un problema común a una población. Su perspectiva concibe al ambiente como un conjunto de estructuras seriadas y estructuradas en diferentes niveles y contenidos, uno en otro. Al tiempo que denomina a esos niveles como el microsistema, el mesosistema, el exosistema y el macrosistema, donde el individuo está inserto en estos y es afectado positiva y negativamente por ellos.

Por último, el enfoque teórico que guiará el desarrollo de esta sistematización de experiencias será el propuesto por Oscar Jara en su trabajo “La sistematización de experiencias:

práctica y teoría para otros mundos posibles”. En concordancia, se hace indispensable resaltar que la sistematización ha cobrado gran relevancia en la disciplina y práctica del Trabajo Social contemporáneo. En palabras de Rosa María Cifuentes (s.f.),

“en Trabajo Social sistematizar las experiencias nos permite reflexionar sobre la práctica, para aprender de ella, conceptualizarla, comprenderla y potenciarla. Puede aportar al desempeño profesional comprometido y pertinente con la transformación de condiciones de inequidad, injusticia, discriminación, pobreza, que abordamos en nuestros contextos cotidianos y laborales. Posibilita darle contenido, claridad, profundidad, relevancia social y proyección política a nuestras intervenciones y diálogos entre colegas” (p. 1).

Jara (2018), define la sistematización como “aquella interpretación crítica de una o varias experiencias que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica y el sentido del proceso vivido” (p. 116). Es desde esta perspectiva que logra trascender la mera narración de lo sucedido y se constituye un proceso riguroso de construcción analítica e interpretación crítica de la experiencia. Instando a la comprensión a profundidad del desarrollo, las lógicas, factores intervinientes y a extraer aprendizajes tanto teóricos como prácticos. El proceso metodológico propuesto por Jara consta de cinco fases que se abordarán en el apartado metodológico más explícitamente.

Finalmente, otras posturas afirman que este ejercicio se convierte en la guía idónea para que el Trabajo Social construya y transmita nuevos conocimientos específicos surgidos desde su ejercicio y acción profesional. Lo anterior al tiempo que le permite al profesional dar una mirada crítica que cualifica su propia práctica. Es así como realizar sistematizaciones y socializarlas posibilita la creación de nuevo conocimiento que retroalimenta y mejora su quehacer profesional.

### ***2.2.2. Marco Teórico Del Diagnóstico Situacional***

El diagnóstico es considerado una etapa primordial y fundamental dentro del proceso metodológico del TS. De acuerdo con Ander Egg (1982), este conlleva a la elaboración de un estudio sistemático y a la realización de un análisis objetivo de la realidad social sobre la cual se va a intervenir profesionalmente. Así mismo, el autor lo considera como una forma de investigación social aplicada, que tiene por objetivo proporcionar conocimientos verídicos y que fundamenta y guía la práctica.

De igual forma, Kisnerman (2005), enfatiza en que este pretende reconocer y comprender de manera integral la naturaleza, evolución y correlación de los problemas y recursos de una situación, para poder ofrecer alternativas viables y fundamentadas para un cambio social positivo. Lo que lo cataloga como una actividad fundamentalmente analítica, reflexiva y participativa. Esto último en relación con lo expuesto por otros autores que lo enmarcan como una actividad que requiere la participación de los propios sujetos sociales involucrados para conocer su propia percepción de la realidad. Se pretende lograr una aproximación válida y confiable de las distintas dimensiones de la realidad social.

Por su parte, el diagnóstico situacional es una modalidad específica dentro del Trabajo Social. En palabras de Cifuentes et al (2001), intenta describir, caracterizar y comprender en profundidad una situación problemática determinada de un contexto social también acotado y delimitado. Mediante este el trabajador social busca realizar una síntesis explicativa, integral y profunda de esa dinámica que concentra su intervención. Además, esta tipología estudia ordenada, integrada y sistemáticamente las condiciones concretas y particulares de una problemática social y los recursos que tiene el grupo involucrado para afrontarla.

Teniendo en cuenta los alcances, la comprensión de las particularidades del contexto, identificación de las necesidades percibidas por los propios sujetos sociales y los recursos

disponibles, es considerado como el tipo de diagnóstico apropiado. Implica un ejercicio de investigación que busca reconocer, interpretar y analizar la realidad sobre la cual se pretende intervenir profesionalmente. Se trata de un momento exploratorio donde se identifican las situaciones problema que aquejan a una población o comunidad, así como sus recursos y potencialidades. Desde Trabajo Social, este permite aproximarse a la comprensión de la dimensión subjetiva de los sujetos con los que se intervendrá, a través de sus propios relatos, percepciones y significados.

También posibilita reconocer las condiciones sociales, familiares, económicas y culturales que contextualizan e influyen en su problemática. Así, se construye conocimiento sobre su situación actual que sustente la posterior intervención profesional. En síntesis, el diagnóstico situacional desde Trabajo Social implica el estudio sistemático y riguroso de la realidad de una población, articulando el análisis de elementos objetivos y subjetivos. Los resultados aportan insumos clave para la identificación de demandas sociales y el diseño de estrategias de intervención pertinentes al contexto y las necesidades de los sujetos.

Finalmente, se precisa que es necesario realizar un diagnóstico situacional que permita identificar las principales necesidades y problemáticas de este grupo poblacional, desde una perspectiva biopsicosocial. Los resultados del diagnóstico permitieran diseñar una propuesta de intervención profesional, que articule acciones entre el servicio de oncología y el programa de PYP, para brindar una atención holística centrada en el paciente y su familia.

De este modo, se potencializará el trabajo interdisciplinario y se contribuirá al mejoramiento de la calidad de vida de los usuarios. La información que se obtenga con los instrumentos aplicados sentará las bases para la construcción de estrategias de apoyo psicosocial, educación en derechos y salud, fortalecimiento de redes familiares y sociales, entre otras líneas

de acción desde Trabajo Social, respondiendo a las necesidades detectadas en la población sujeto de intervención.

### ***2.2.3. Marco Teórico Propuesta De Intervención***

Esta propuesta de intervención psicosocial se fundamenta en principios del cuidado paliativo. En palabras de Sepúlveda et al (2002), estos buscan garantizar la calidad de vida y el bienestar multidimensional a personas con enfermedades complejas como lo es cáncer. Así mismo, integra conocimientos de la psicooncología para comprender el impacto que genera en lo emocional, familiar, social y espiritual el padecimiento de esta afectación. En este sentido, incorpora planteamientos sobre el duelo anticipado ante la cercanía de la muerte, del modelo de las cinco etapas propuestas por Elizabeth Kübler-Ross (1993), negación, ira, negociación, depresión y aceptación.

Asume, de igual forma, una mirada sistémica de la familia, esta según Minuchin (1979), es como una red o unidad interrelacionada, donde la vivencia de cáncer en uno de sus miembros repercute y afecta profundamente en los demás. Además, se nutre de la teoría de redes sociales para fortalecer sistemas de apoyo alrededor de los pacientes, aprovechando vínculos cercanos y recursos institucionales. Por otra parte, comprende principios de la pedagogía del amor de Marie Poussepin (2021), que concibe la educación como un acto de amor generoso hacia el otro, el cual se construye desde el respeto, la cercanía empática y el genuino interés por su bienestar integral.

También asocia los postulados de Vygotsky sobre la pedagogía de la interacción social. Esto al asumir que “toda producción de conocimiento se genera en un contexto relacional a través de procesos de intercambio, donde el orientador facilita la reconstrucción de nuevos saberes en los sujetos” (Vygotsky, 1979, p. 89). Complementa con la perspectiva del diálogo de saberes de Paulo Freire (2002), al promover que tanto el equipo interdisciplinario, los pacientes y

sus familias tienen la capacidad de aportar desde su experiencia, propiciando así la construcción colectiva de las estrategias de cuidado y afrontamiento de la enfermedad.

Finalmente, en coherencia con los planteamientos de la educadora Colombiana Olga Lucía Zuluaga (1999), se reconoce la incidencia de las dinámicas socioculturales de los pacientes y sus entornos en la resignificación del padecimiento, la muerte y el cuidado. Se opta por un enfoque pedagógico constructivista que permita la construcción del programa de intervención psicosocial dado la percepción del “conocimiento como una construcción personal que realiza el hombre en interacción con el mundo circundante” (Kraftchenko, et al, 2009, p. 90).

De este modo, se entretrejen diversas corrientes del campo educativo y pedagógico para enriquecer la fundamentación del diseño del programa de intervención. La aplicación articulada de estos postulados teóricos y enfoques enriquecen la comprensión integral de las complejas necesidades que experimentan los pacientes oncológicos y sus familias. A la vez, que orienta conceptualmente las estrategias de intervención psicosocial que se proponen.

#### ***2.2.4. Enfoques, Métodos y Modelos De Trabajo Social***

De igual importancia, es necesario en este marco teórico mencionar los enfoques y métodos que desde el trabajo social se atribuyen como acordes para la realización de la intervención con la población ya antes mencionada. En este sentido, el enfoque de derechos, que se aborda en distintas disciplinas y profesiones debido a su transversalidad y que es fundamental a cualquier intervención social, es el más preciso para este proceso. Este, de acuerdo con Carballada (2016), “otorga posibilidades tal vez más amplias para comprender y explicar los problemas sociales” (p. 1). De modo que, los análisis realizados desde esta perspectiva sustentan los ejercicios prácticos.

En tal sentido, se determina en este caso que un enfoque de derechos sustentado en los

Derechos Humanos tiene la capacidad de enriquecer la intervención desde la teoría a la práctica. Dado que sus perspectivas de aplicación le confieren una interacción tanto al sujeto de intervención como a su entorno. Carballeda (2016) precisa que,

“la posibilidad de integralidad que esta configuración posee tiene la capacidad de resolver en forma más concreta la superación de la consideración de las personas como meros “beneficiarios” de programas sociales asistenciales, para que estos sean conceptualizados como titulares plenos e integrales de derechos cuya garantía es responsabilidad del Estado y donde su expresión es la aplicación y no el enunciado” (p.2).

Como se expresó, el paradigma sociocrítico busca la emancipación de los individuos, por ende, es indispensable pensarse el diagnóstico y la intervención con base en el enfoque de derechos.

Por otra parte, se debe definir en este apartado los modelos que desde el TS dan sentido a la intervención. Esto teniendo en cuenta que estos sirven para “traducir las situaciones a las que se enfrenta el Trabajo Social a un lenguaje lógico que le permite comprender y explicar lo que ocurre, qué es lo que está pasando” (Viscarret, 2007, p. 299). En tal sentido, para fines de este proceso se determinan como modelos que se ajustan a lo ya expresado, el humanista/existencialista y el sistémico. A causa de que “el conocimiento de los modelos sirve para orientar y guiar la práctica profesional para que [...] garanticen una mayor adaptación al problema sobre el que se va a intervenir. (Viscarret, 2007, p. 299).

En lo que respecta al modelo humanista/existencialista en TS, este se caracteriza por su acreditación a la dignidad, la libertad y la capacidad de decisión que tienen los individuos. De acuerdo con Viscarret (2007),

“El Trabajo Social humanista respeta la diversidad, la pertenencia étnica, la cultura, los estilos de vida y de opinión, denuncia las formas de violencia y de discriminación,

rechaza la estandarización y el modelamiento del ser humano, respetando la capacidad de acción y de elección de este, impulsando la cooperación, el trabajo comunitario y la comunicación” (p. 320).

Lo que incide en la relación entre profesional e individuo, dado que posibilita el reconocimiento de las personas como agentes activos que son indispensable para la determinación del curso de sus vidas.

Por otro lado, el modelo sistémico se escoge por la versatilidad de métodos que permite implementar. También, por sus postulados que consideran que los elementos de un sistema interaccionan y son dependientes entre ellos, lo que los lleva a influirse mutuamente. Desde esta perspectiva el TS entiende que su objeto de intervención es lo social, “no considera los problemas solo como atributos de las personas, sino que entiende los problemas humanos como resultado de interacción, de comunicaciones deficientes entre diferentes tipos de sistemas” (Viscarret, 2007, p. 327). Por tal razón, pretende mejorar la relación de los individuos con los sistemas que les rodean, con base en el mejoramiento de sus capacidades para solucionar los problemas.

Los modelos expuestos se presentan como enfoques óptimos para el proceso de abordaje y construcción del proceso que se pretende realizar. El primero incide directamente en la relación entre profesional e individuo; el segundo por su parte posibilita el mejoramiento de la relación de los individuos con los sistemas que los rodean. De igual forma, permiten que se realice una crítica del abordaje meramente médico y clínico que se le da a esta afección, y permiten que se apunte a la transformación y el cambio. En resumen, estos ofrecen un enfoque integral y comprensivo para el proceso de intervención en el campo de práctica.

Finalmente, para concluir con este marco teórico, es necesario hablar del método de TS

que orienta la intervención. Para ello, es necesario definir cómo se entiende este desde la profesión, según Jorge Torres (1998), citado en Gordillo (2007), “los métodos son recursos indispensables en la gestión profesional; son procesos sistemáticos y racionalizados para el conocimiento científico de la realidad y su transformación”. Por consiguiente, se infiere que el método es necesario y que a su vez es determinado por el contexto, el diagnóstico que se realiza y los hallazgos de este. También, posibilita evaluar las problemáticas y construir el plan de intervención.

Por tal razón, el método de grupo es el más acorde dado su aporte al mejoramiento de las condiciones hostiles de los individuos. De acuerdo con Yolanda Contreras (2003), el Trabajo Social de Grupo (TSG) es “un proceso que por medio de experiencias busca capacitar al individuo para que conozca su realidad objetiva y la forma de actuar sobre su estructura social” (p.13). En este sentido, es probable que la persona adquiera la capacidad de interpretar su realidad por medio de un trabajo grupal en el que desarrolle habilidades para solucionar los problemas que enfrenta tanto a nivel individual como grupal o colectivo.

Con base en este método, es posible identificar necesidades emocionales y sociales compartidas por los pacientes, fortalecer las redes de apoyo entre ellos y permite al trabajador social evaluar necesidades de la población. Contreras (2003), define que se considera como objetivo final de este método el mejorar el funcionamiento social de los sujetos. Lo que lo convierte en “un instrumento esencial en la motivación y educación social de los ciudadanos, para el cambio de mejores niveles de vida” (Contreras, 2003, p. 13).

Para finalizar este apartado teórico se concluye que, el abordaje del cáncer requiere perspectivas integrales, humanistas y críticas que atiendan las distintas dimensiones afectadas de los pacientes oncológicos y sus familias. Desde el TS por medio de métodos como el de grupo se

permite brindar apoyo emocional, empoderar a los usuarios y fomentar redes de apoyo. Del mismo modo, los aportes de los enfoques sistémico y ecológico ayudan a comprender las influencias entre sujetos y los sistemas, lo que conlleva a realizar intervenciones más contextualizadas y acordes. Finalmente, se precisa que este diagnóstico se fundamenta desde un trabajo social crítico y reflexivo que emancipe a los individuos y conlleve a la transformación de su vida.

## **2.3. Marco conceptual**

### ***2.3.1. El Concepto De Salud***

La salud es entendida como una condición fundamental para la vida digna y el desarrollo integral de los humanos. Según la OMS, Organización Mundial de la Salud, (1948) “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Por ende, no se limita a la ausencia de padecimientos respecto a la condición física, sino que implica el bienestar integral de lo emocional, social y somático. Lo que remite a comprender que mantener un estado de sanidad equilibrado conlleva a tener una buena calidad de vida.

Como ya se mencionó, este término engloba tres (3) componentes que están interrelacionados y son dependientes entre sí. El bienestar físico por su parte se relaciona con una buena alimentación, un estilo de vida activo y el descanso adecuado y reparador. A su vez, el mental incluye el equilibrio emocional y psicológico, el reconocimiento de emociones, el control de impulsos, el manejo del estrés. Respecto al social, se puede decir que este comprende el construir relaciones sólidas que le permitan a los seres humanos participar y convivir en comunidad. La influencia de uno (1) en los otros es significativa, por lo que no se puede hablar de salud sin abordar relacionamente estos factores.

Para finalizar, la salud es estado dinámico y cambiante, durante el curso de vida la persona puede padecer alguna afectación que comprometa su salud en cualquiera de sus componentes. De acuerdo con la OMS (2008), la salud se determina por múltiples factores sociales, económicos y ambientales los cuales van más allá del sistema de salud. En consecuencia, mantener en sanidad a la población requiere un enfoque integral que abarque todos los factores o esferas que le componen.

### ***2.3.2. Determinantes Sociales De La Salud***

La salud comprendida como un estado de bienestar completo, además de las dimensiones ya abordadas, también está integrada por otros factores, por ejemplo, los determinantes sociales de la salud. Estos son entendidos como “las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen en las condiciones de vida cotidiana” (OPS, 2009). Dicho de otra manera, según el Instituto Nacional del Cáncer (s.f), “son las condiciones sociales, económicas y físicas del lugar donde una persona nace, vive, estudia, trabaja, se divierte y envejece, que pueden afectar la salud, el bienestar y la calidad de vida”.

De lo anterior, es fundamental enfatizar que las condiciones socioeconómicas y culturales desempeñan un papel importante en la salud. Las personas que padecen precariedad, en relación con dichas categorías, mayoritariamente tienen riesgo de padecer más enfermedades y por ende tener una menor esperanza de vida. En resumen, estos determinantes deben ser comprendidos como factores interconectados que no se pueden abordar de manera aislada.

### ***2.3.3. Concepto de cáncer***

El cáncer es de las enfermedades más conocidas dado que afecta a millones de personas alrededor del mundo. De acuerdo con la OMS (2022), “es un término que agrupa más de cien

(100) enfermedades caracterizadas por el crecimiento celular anormal y descontrolado, pudiendo generar tumores malignos con capacidad de diseminarse a otros tejidos”. Estas pueden afectar cualquier parte del organismo y su mayor amenaza es la capacidad que tiene de metastatizar a otros. Según *Global Cancer Observatory* (2020), constituye una de las principales causas de morbilidad y mortalidad prematura en el planeta, que cobra millones de vida anualmente.

En lo que respecta a las causas por las que se origina esta enfermedad se encuentran factores genéticos, ambientales e infecciones oncogénicas. La OMS (2022) los define como carcinógenos físicos, químicos y biológicos. Por otra parte, para la mayoría de las tipologías de cáncer ya existen estrategias de identificación temprana, prevención y tratamientos para el manejo de la enfermedad. Sin embargo, aunque algunos tipos tienen buen pronóstico estos deben ser detectados a tiempo, dado que su identificación tardía aumenta el riesgo de comprometer más partes. El padecimiento de esta enfermedad sobrelleva un impacto alto tanto a nivel físico, como psicológico y social.

#### ***2.3.4. El Concepto De Paciente Oncológico***

Este concepto hace referencia a aquella persona que recibe un diagnóstico de cáncer y se somete a los tratamientos médicos para combatir la enfermedad. De acuerdo con la Doctora Nicole Martín (2016), este se define como “paciente que ha sufrido o sufre un tumor, es decir, un cáncer”. Las terapias oncológicas que existen son la quimioterapia, radioterapia y cirugías específicas dependiendo del tipo y ubicación del cáncer. Sin embargo, dado que las afectaciones de esta enfermedad no son solo físicas, la persona debe recibir tanto acompañamiento médico como terapéutico, social, familiar y espiritual.

En relación a las terapias oncológicas, según Martín (2016), estas pueden tener diferentes efectos secundarios. Dentro de estos se encuentran los trastornos gastrointestinales, problemas de

médula ósea, cansancio generalizado, pérdida del cabello, problemas relacionados con la sexualidad y la fertilidad. De igual modo, dada su condición clínica también puede tener afectaciones a nivel emocional, familiar, social y psicológico. Por esta razón es necesario que su tratamiento incluya un enfoque multidisciplinario, donde el acompañamiento debe ser integral dada su necesidad de asistencia y cuidados específicos.

### ***2.3.5. Derechos De Los Pacientes Oncológicos***

La protección jurídica de los pacientes oncológicos se ha incrementado a nivel mundial dada la complejidad de la enfermedad. Esta ha mejorado con el fin de garantizar que los pacientes sean atendidos de manera integral para el disfrute de una vida digna. La Unión internacional Contra el Cáncer (2018), establece derechos específicos como recibir atención médica oportuna y adecuada, mantenerse informado sobre su estado de salud y el tratamiento que recibe, obtener alivio del dolor, servicios de rehabilitación, acompañamiento y apoyo psicosocial, cuidado paliativos. Para ello, son los Estados quienes deben garantizar que sean efectivos para todos sin discriminación alguna.

Es fundamental entender que los pacientes con cáncer poseen derechos inherentes que no pueden ni deberían ser vulnerados. Estos en ocasiones están directamente relacionados con los factores económicos. Por ejemplo, en palabras de Martín (2016), estos son, la garantía de recibir el tratamiento completo exceptuados del pago económico, la incapacidad laboral y la pensión por invalidez en caso de ser la medida correspondiente.

### ***2.3.6. El Concepto De Cuidados Paliativos***

Estos se entienden como aquellos que acompañan el tratamiento y que se brindan con la intención de curar la enfermedad o meramente acompañarla. Según el Instituto Nacional del Cáncer (s.f.), están enfocados y orientados “en la persona completa, no solo en la enfermedad. La

meta es evitar o tratar los síntomas y efectos secundarios de la enfermedad y del tratamiento lo antes posible, además de tratar cualquier problema psicológico, social y espiritual relacionado”. Es necesario precisar que estos cuidados se pueden brindar en distintos lugares, sin embargo, deben administrarlos especialistas o quienes estén capacitados para prestarlos.

Conviene subrayar que el tipo de cuidado que requiere cada persona puede ser particular, es decir, que no todos los pacientes oncológicos necesitan del mismo tipo de cuidados. Por esta razón, este acompañamiento considera las necesidades específicas de la persona y da respuesta a la variedad de problemas que se podrían presentar.

### ***2.3.7. Interdisciplinariedad En Oncología***

En relación con los aspectos en los que se concentra el cuidado paliativo se establece que requiere la conformación de un equipo interdisciplinario. El Instituto Nacional del Cáncer (s.f.) define que quienes conforman este grupo de trabajo son “médicos, enfermeros, especialistas en nutrición, farmacéuticos, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, capellanes, psicólogos y trabajadores sociales”. En relación con lo anterior, el Instituto Nacional del Cáncer (s.f.), también menciona que los profesionales realizan acompañamiento en síntomas físicos, emociones y formas de hacer frente a la enfermedad, necesidades espirituales y prácticas y necesidades del cuidador.

### ***2.3.8. El Concepto De Cuidador En Oncología***

Se entiende por cuidador a aquella persona que ofrece acompañamiento emocional, apoyo físico y práctico al paciente oncológico. “La persona que cuida al paciente en casa es referida como “persona cuidadora” o “cuidador”. El cuidador es una pieza clave en la atención del paciente” (American Cancer Society, s.f.). De modo que, la mayoría de las veces es una sola persona la que se hace cargo de acompañarle completamente. Este cuidador o cuidadora puede

ser tanto un familiar por consanguineidad, como la pareja sentimental o un amigo muy cercano y a su vez tiene ciertas necesidades al igual que el doliente.

### ***2.3.9. El Concepto De Atención Integral En Salud***

Este es un enfoque que concibe al ser humano de manera holística e interdependiente de sus contextos familiar, social y ambiental. Según la Organización Panamericana de la Salud (2007), significa coordinar la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, para satisfacer las necesidades de salud de la población. Requiere un manejo multidisciplinario que integre las dimensiones biopsicosociales. En síntesis, la integralidad pretende garantizar una atención centrada en las carencias o necesidades de las personas, las familias y comunidades.

### ***2.3.10. El Concepto De Par Institucional***

Este hace referencia a ese profesional inserto en determinada institución que acompaña el proceso de prácticas de un estudiante en formación. Según Norberto Alayón (2005), el trabajador social se vincula laboralmente con una entidad en específico, pero sigue comprometido con los valores y principios de la profesión. Así mismo, el autor explica que estos pueden entrar en contradicción con los objetivos e intereses de la institución empleadora. De modo que, es necesario en palabras de Alayón que el profesional en TS no sea un ejecutor acrítico de políticas institucionales, sino un profesional reflexivo que cuestione aquellos aspectos que vayan en desmedro de los principios del trabajo social transformador.

### ***2.3.11. El Concepto De Trabajo Social En Oncología***

Como se mencionó en conceptos anteriores, el trabajador social es un profesional indispensable en la red interdisciplinaria que presta atención a los pacientes oncológicos.

“Trabajo Social forma parte de un grupo de profesionales conformado para brindar atención integral y contribuir al mejoramiento de las condiciones que influyen en la calidad de vida del paciente y su familia: configurando un rol desde el cual se fundamenta para realizar su intervención” (Coneo, 2019, p.83).

Su participación potencia el abordaje de la enfermedad, sin embargo, se deben trazar objetivos respecto a su área de influencia. Estas son principalmente el paciente y la familia, la formación o docencia y el equipo interdisciplinar.

#### **2.4. Marco Normativo**

En el ámbito internacional, el abordaje del cáncer como problema de salud pública ha sido impulsado por diversos instrumentos normativos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). El Plan de Acción Global para la Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles 2013-2020 de la OMS establece estrategias claves para la reducción de la mortalidad por cáncer. Así mismo, el Plan de Acción para la Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles en las Américas 2013-2019 de OPS enfatiza la prevención mediante la reducción de factores de riesgo, la detección temprana, el acceso al tratamiento y la investigación en cáncer.

Por otra parte, dado que el ejercicio práctico se desarrolla inmerso en el Sistema de Salud de Colombia, es menester revisar las principales leyes, lineamientos y políticas públicas que regulan y orientan la atención integral del cáncer y la actuación del Trabajo Social en este campo. En primera instancia, se destaca la Ley 1384 de 2010 o Ley Sandra Ceballos, por medio de la cual se establecen acciones para brindar de forma adecuada los servicios de cuidado paliativo en las instituciones prestadoras del servicio que tienen la disponibilidad. Complementariamente, la Ley 1751 de 2015 garantiza el derecho fundamental a la salud y

establece que el Estado debe asegurar el acceso efectivo, oportuno y de calidad a los servicios de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento.

Por medio de esta normativa se reconoce la necesidad de brindar no solo tratamiento clínico, sino atender a los sujetos abarcando las dimensiones psicológica, social y espiritual de los pacientes y sus familias. Por otro lado, se encuentra la Ley 1388 de 2010, la cual busca disminuir la mortalidad por cáncer en menores de 18 años, el Decreto 5017 de 2009, que asigna al Instituto Nacional de Cancerología funciones de asesoría en políticas y programas de oncología. La resolución 3339 de 2019, por la cual se establece el mecanismo de cálculo y distribución de los recursos UPC para las EPS para la atención de cánceres priorizados. La resolución 429 de 2016 por la que se adopta la Política de Atención Integral en Salud.

Así mismo, se menciona la importancia de adoptar la Política Internacional para la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles 2021-2023. La cual contempla dentro de sus líneas operativas la necesidad de fortalecer los servicios de cuidado paliativo y alivio del dolor en padecimientos crónicos y terminales. Por esta misma línea, la Resolución 1416 de 2016 del Ministerio de Salud, se adopta la Ruta Integral de Atención para la promoción y Mantenimiento de la Salud en Cáncer. Este documento técnico establece las condiciones necesarias para brindar una atención oportuna, segura e integral a personas con cáncer, partiendo de que el acompañamiento psicosocial como pilar fundamental.

También se mencionan las competencias y perfiles de actuación del Trabajo Social en salud, establecidos en la Ley 53 de 1977 y el Código de Ética Profesional, los cuales resaltan la labor de orientación, educación, movilización de recursos y defensa de derechos en coordinación con equipos interdisciplinarios. Por último, se pone de manifiesto que este marco normativo sienta las bases que deben orientar las intervenciones desde el Trabajo Social. Haciendo énfasis

en velar por el cumplimiento de los lineamientos de atención integral en cuidados paliativos y manejo del dolor.

### **3. Metodología**

#### **3.1 Diseño Metodológico**

Con el fin de realizar la sistematización de la experiencia de práctica preprofesional que se ha llevado a cabo durante los dos últimos semestres de formación académica, se expone la metodología más acorde para el logro de los objetivos y el contexto. Por tal razón, se desarrollará bajo el enfoque metodológico propuesto por Oscar Jara (2018), quien define a este proceso como

“esa interpretación crítica de una o varias experiencias, que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica y el sentido del proceso vivido, los factores que han intervenido en él, cómo se han relacionado entre sí y por qué lo han hecho de ese modo” (p. 115).

De acuerdo con Jara (2018), este ejercicio reflexivo y analítico se orienta a cinco objetivos los cuales son: primero, comprender más profundamente las experiencias para mejorar la propia práctica. Segundo, compartir las lecciones aprendidas con otros para inspirar nuevas experiencias; tercero, aportar a la construcción de conocimientos teóricos a partir de la práctica; cuarto, identificar las posibles lecciones que permitan trascender los límites de la propia práctica y cinco, cuestionar las estructuras situacionales e institucionales que condicionan la experiencia.

Con el fin de lograr estos objetivos el autor propone un proceso organizado en cinco tiempos: punto de partida, recuperación del proceso vivido, las reflexiones de fondo, los puntos de llegada y las cuestiones instrumentales. Para el caso particular de esta sistematización se entiende cada tiempo de la siguiente manera:

El punto de partida será la fase de delimitación y definición del objeto de sistematización,

donde se precisan los objetivos. De modo que, el objeto será el proceso de diseño e implementación del programa de acompañamiento psicosocial a pacientes oncológicos y cuidadores realizado en el ejercicio práctico. Por consiguiente, se proponen objetivos específicos que van en relación con el objeto de sistematización y los cuales son, caracterizar las redes de apoyo, analizar la ejecución del programa identificando factores que favorecen u obstaculizan el proceso y finalmente formular recomendaciones para la institución y los futuros practicantes.

En segunda instancia, la recuperación del proceso vivido consiste en la reconstrucción de manera descriptiva y cronológica de la experiencia. Para ello es necesario distinguir sus etapas y las acciones desarrolladas en cada una. Sin embargo, en el presente trabajo no se abordará este momento de forma literal, sino que se realizará durante el desarrollo de toda la sistematización. Se iniciará en la reconstrucción del proceso diagnóstico y ubicación institucional y se continuará con la construcción de la propuesta, la ejecución y evaluación de esta. Para cada momento se irá haciendo el análisis crítico reflexivo al tiempo con el ejercicio de reconstruir, lo que permite comprender que el tercer momento, “reflexiones de fondo” se hará juntamente con el segundo.

Esta tercera etapa, da paso a la interpretación crítica a la luz del marco teórico y los objetivos de la sistematización. Para dar cumplimiento a esto se deben formular preguntas que permitan examinar analíticamente los factores intervinientes. El propósito de este momento es comprender a profundidad la experiencia y extraer lecciones aprendidas para reorientar el quehacer profesional en oncología. Una vez se concluya este paso, se da paso al penúltimo momento, los puntos de llegada, aquí se formulan conclusiones y enseñanzas centrales que deja el proceso de sistematización dando respuesta a los objetivos planteados.

Una vez se concluya con todo lo anterior, se obtendrá el quinto momento que denominó Jara como “cuestiones instrumentales”, dado que el informe que recoge el proceso de

sistematización se considera el producto final.

### 3.2 Cronograma

**Tabla 1.**

*Cronograma de actividades*

Proceso de sistematización	Hallazgos	Semanas									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<p>1. <i>Punto de partida:</i> Delimitación del objeto de sistematización y definición de los objetivos específicos relaciones con el objeto.</p>	Objeto de sistematización claramente delimitado y objetivos específicos definidos.										
<p>2. <i>Recuperación del proceso vivido / reflexiones de fondo primera parte</i> Reconstrucción descriptiva y cronológica de cada etapa del programa: diagnóstico, diseño de la propuesta, ejecución y evaluación.</p>	Interpretación crítica preliminar de cada etapa, preguntas clave formuladas para examinar factores intervinientes, aciertos y falencias.										
<p>3. <i>Reflexiones de fondo parte 2</i> Análisis crítico en paralelo de cada etapa a la luz del marco teórico e identificación de principales aprendizajes y lecciones.</p>	Análisis crítico profundo de toda la experiencia, lecciones aprendidas y enseñanzas extraídas de la experiencia.										
<p>4. <i>Puntos de llegada</i> Formulación de conclusiones centrales de la sistematización, elaboración de recomendaciones para la institución y futuros practicantes.</p>	Conclusiones centrales que sintetizan los principales hallazgos del proceso realizado. Recomendaciones concretas y propuestas fundamentadas.										

---

### 5. *Cuestiones Instrumentales*

Revisión de la redacción del informe final de la sistematización y definición de estrategias para la socialización del proceso vivido.

Contribuciones teóricas y prácticas

---

## 4. Hallazgos

### 4.1. Reconstrucción De La Experiencia

El primer objetivo de esta sistematización es reconstruir de manera cronológica y detallada el proceso diagnóstico llevado a cabo para caracterizar las redes de apoyo familiar de los pacientes de la Unidad de Oncología y Radioterapia del Hospital Universitario de Santander (HUS), así como la posterior construcción y ejecución de la propuesta de intervención "Forjando Redes". De acuerdo con Jara (2018), en esta etapa "no solo reconstruimos la historia, sino que recreamos conscientemente la memoria de la historia que vivimos, basándonos en situaciones que ocurrieron objetivamente, pero rescatando todo el valor que tienen nuestra subjetividad" (p. 151).

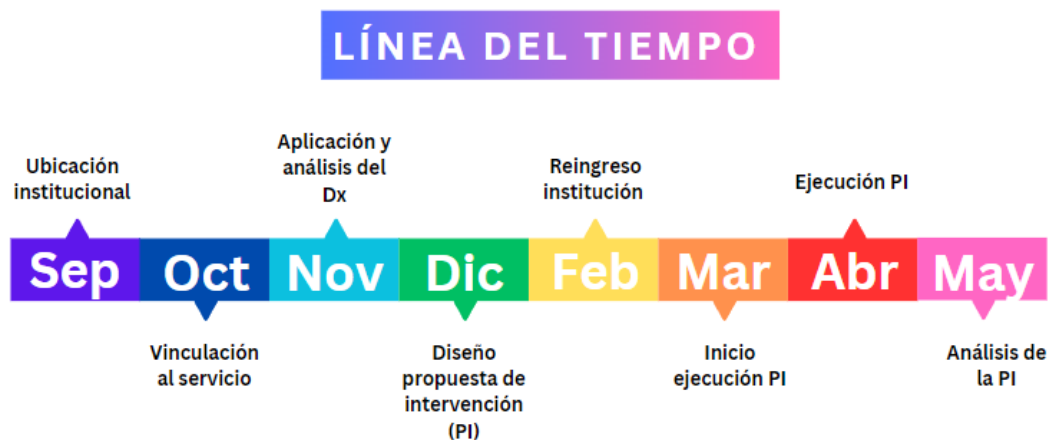
En este sentido, la narración del camino recorrido durante la práctica preprofesional en Trabajo Social permitirá recuperar distintos aspectos, momentos relevantes y significativos del proceso vivido. Por ende, es necesario precisar que en esta etapa no se realiza la interpretación del porqué ocurrió cada situación, como expresa Jara (2018), sino que se expresa de forma descriptiva, empleando los registros con los que se cuenta como fuente principal de información. La función principal de esta fase es propiciar la consolidación de un insumo sólido que facilite el posterior análisis crítico reflexivo.

En concordancia, el mismo autor sugiere realizar dos pasos antes de comenzar la reconstrucción, el primero corresponde a la disposición y selección de insumos, documentos o registros que se tengan disponibles. En este caso, los archivos disponibles son: diario de campo

de práctica I, informe de práctica I, diarios de campo de práctica II e informe de práctica II. En segunda medida, Jara (2018), recomienda realizar una línea del tiempo que facilite la comprensión y organización cronológica de los hechos. Por tal motivo, se presenta el siguiente esquema de elaboración propia que contiene y explica el orden de los momentos a reconstruir.

**Figura 1**

*Línea del tiempo sistematización*



*Nota: elaboración propia*

Esta línea del tiempo detalla cada uno de los momentos a bordar, haciendo énfasis en los tres momentos mencionados en el objetivo de reconstrucción: proceso diagnóstico, construcción y ejecución de la propuesta de intervención. Para mejorar la comprensión de esta narración se empleará el uso de subtítulos.

#### **4.1.1. Ubicación Institucional**

Este proceso da inicio con la oferta institucional que realiza la Escuela de Trabajo Social UIS. La dinámica para la selección de institución o campo de práctica se dio desde el mes de agosto, todos los futuros practicantes fueron notificados del ejercicio y de cómo funciona este. El

documento donde se condensaba la oferta fue socializado después de la reunión de bienvenida a la práctica preprofesional llevada a cabo por la directora de Escuela. Este contenía la totalidad de instituciones elegibles, cada estudiante podía seleccionar tres opciones, teniendo en cuenta que la primera era su principal anhelo y las dos otras opciones eran por descarte de no calificar para la primera.

La competencia o el proceso de asignación se define con base en el promedio de los estudiantes, es decir, las personas con promedio alto tenían la mayor probabilidad de quedarse con su primera opción. Esto paso en el caso de quien redacta esta sistematización, su primera opción fue la E.S.E. Hospital Universitario de Santander. Una particularidad de la oferta institucional de campos de práctica para este período, segundo semestre de 2023 es que el de la salud era el que predominaba en la disponibilidad. Seguido por las Instituciones Académicas y fundaciones o instituciones de restablecimiento de derechos.

Cuando se asignan los lugares para cada estudiante se queda a la espera de conocer los docentes de práctica que orientarán el proceso individual. Como ya se mencionó, la elección de quien redacta fue el HUS y fue este el lugar de asignación. Es preciso mencionar que en este momento primaba el desconocimiento en la estudiante dado que no tenía idea del proceso de vinculación que debía llevarse a cabo para el ingreso al campo. Cuando se asigna docente asesor, en este caso asesora, se concuerda realizar un primer encuentro, en este se presentarían las partes y se precisaría en cómo se llevaría a cabo la presentación en el hospital.

En dicho encuentro, se precisa que la estudiante se presentará en la institución informando que es una de las practicantes de Trabajo Social que solicitaron a la escuela. Es en este momento en el que comienza el verdadero *What was I made for?*, dado que el día que se presentó en la institución ya tenía conocimiento de que debía cumplir con una serie de requisitos

para su ingreso. También sabía y conocía el rumor de que el HUS solo necesitaba dos (2) practicantes y la escuela había ofertado cuatro (4) plazas. Esta era su preocupación junto con otra compañera dado que, ya se encontraban dos compañeras realizando el proceso de afiliación al hospital.

Cuando se lleva a cabo la presentación se fue en compañía de otra docente de prácticas y su estudiante, estas se acercan a la jefe de enfermería que solicitó los practicantes a la Escuela. Ella manifiesta que tenía conocimiento de que ya se encontraban en la institución las dos practicantes solicitadas, pero que las llevaría con el coordinador del SIAU quien les ayudaría a aclarar la situación. En su oficina se aclara la situación, siendo el error de ambas partes, el hospital diligenció dos veces el formulario de solicitud de practicantes y la Escuela no verificó que en efecto fuesen cuatro las plazas ofertadas.

Sin embargo, él expresó que en el hospital era indispensable el rol de trabajador social, razón por la cual no dejaría que las reubicaran en otra parte. El coordinador también expresó su deseo de que las practicantes se vincularan al programa de Promoción y Mantenimiento de la Salud que tiene el hospital, para ello se contactó de inmediato con las jefes de enfermería a cargo del programa. En una reunión no formal con ellas se acordó que las practicantes recibirían los documentos que daban cuenta del programa y una vez los revisaran, expresarían si estaban de acuerdo con esta articulación.

Posterior a eso, las redirigió a la oficina de Docencia e Investigación, lugar donde les darían a conocer el protocolo de ingreso y todos los requisitos para iniciar. La persona que las atendió remitió a las estudiantes un correo donde se especificaban todos los requisitos, el inicio de su proceso dependía netamente de la rapidez con que ellas llevaran a cabo los requisitos para ingresar. Debe precisarse que todo esto que se ha mencionado ocurrió en la primera semana de

septiembre. Desde ese día la practicante comenzó el proceso de preparación y cumplimiento de los ítems solicitados por el HUS para poder realizar el proceso dentro de la institución.

Este proceso incluía la aplicación de cinco vacunas, Fiebre amarilla, Tétano, Hepatitis B, Influenza y Varicela. Remitir los documentos requeridos, entre los cuales estaba el certificado de afiliación a la ARL, este retrasó el proceso de algún modo porque la escuela no había realizado el proceso de contratación. Así mismo, debía presentar una evaluación de nuevos ingresos y estudiantes en la plataforma Moodle, este solo se diligenciaba cuando en Docencia se recepcionaran y aprobaran todos los documentos solicitados.

Este proceso fue llevado por la estudiante en poco más de una semana, de modo que inicia su proceso de prácticas el 13 de septiembre. Con dos semanas de retraso de lo que se tenía programado por calendario académico, hecho que le causara dificultades en el futuro. Para el momento en el que ingresa como practicante a la institución se encontraba en auge el proceso pre-acreditación, razón por la cual la estudiante quedó a disposición del coordinador del SIAU. Este la presentó con todos los trabajadores sociales que se encontraban en la institución y le realizó un recorrido por los diferentes pisos y servicios del hospital.

Para la semana siguiente a su ingreso la estudiante y su compañera con quién se presentó al coordinador del SIAU, acordaron realizar un taller de comunicación asertiva y habilidades comunicativas para los trabajadores que se ubicarían en las entradas del hospital. Este se realizó de acuerdo con lo previsto por el coordinador del SIAU, sin embargo, no era competencia de las practicantes hacer eso. Esa misma semana se realizó la reunión de inicio de prácticas, donde las docentes orientadoras de las dos practicantes, el coordinador del SIAU y las jefes de enfermería responsables de PYP. En este espacio se acuerda que las estudiantes estarán acompañando un servicio junto con PYP.

Así mismo, en este espacio se precisa que funciones y tareas tienen y deben llevar a cabo las estudiantes, así como también las que no pueden realizarse. Esto se precisa dado que las docentes hasta ese día llegan a conocer que las estudiantes estaban orientando talleres sin supervisión de un par institucional. Una vez se finaliza la reunión se acuerda que las estudiantes llevarán a cabo la semana siguiente su proceso de rotación por los servicios donde hay presencia de Trabajo Social y posterior a esto elegirán el servicio donde llevarán a cabo su proceso práctico. Es importante mencionar que la estudiante tenía un fuerte interés por realizar su ejercicio preprofesional en la Unidad de Oncología.

#### ***4.1.2. Vinculación Al Servicio***

La vinculación al servicio se vio precedida como ya se mencionó por la rotación por los diferentes servicios del hospital. En esta rotación la estudiante estuvo en compañía de los trabajadores sociales de los servicios de: urgencias, medicina interna, unidad de quemados y quirúrgicos, ginecología, pediatría y oncología. Al primer servicio al que fue remitida para la rotación fue la unidad de oncología, lugar donde se encuentra con su futura par institucional. Esta le explica someramente las funciones que tienen los profesionales de TS en el hospital, también la lleva a realizar un recorrido por el hospital más detallado y pausado que el que dirigió el coordinador del SIAU.

En su segundo día de rotación se dirigió al servicio de ginecología, este era uno de los servicios donde tenía completamente claro que no quería acompañar como practicante. La trabajadora social de este servicio fue la más amable de todos, la que con más paciencia le realizó la inducción y la que le permitió realizar su primer estudio socioeconómico. Esta también la llevo a hacer un recorrido por el servicio, por lo que ingresó hasta las habitaciones donde las mujeres son monitoreadas antes de ingresar a sala de partos. En esta rotación fue particularmente

escuchada e instruida por la TS, esta había egresado hace poco de la UIS y llevaba apenas seis meses en el hospital.

El tercer servicio que visitó fue el de medicina interna, en esta rotación el profesional le explica las funciones y tareas llevadas a cabo en ese servicio específico, así mismo la lleva a hacer un recorrido por el servicio. Mientras se encontraba con él lo acompañó a realizar una valoración de un señor de la tercera edad que se encontraba admitido en una fundación para rehabilitación del consumo de sustancias psicoactivas y geriátrico. Cabe aclararse que el señor no era consumidor, sino un adulto mayor vinculado a la organización. En esta valoración pudo conocer más de cerca el rol del trabajador social, donde concluyó que es mayoritariamente administrativo.

El cuarto, fue el de unidad de quemados y quirúrgicos, fue la rotación más precisa y directa. La trabajadora social a cargo de este servicio le explicó lo que se realizaba en esta área en específico, le mencionó las solicitudes de material de osteosíntesis a las EPS, los traslados en ambulancia y el cumplimiento de los requisitos para el egreso seguro. En esta misma ocasión le mencionó los casos específicos de algunos pacientes que llevaban meses en la institución dado que no cumplían las garantías para darles salida de la institución por su condición médica. Ella le explicaba a la practicante que esto se presentaba porque algunos eran personas en condición de calle que no habían sido admitidos en programas del Estado.

El mismo día en que realizó la rotación por el servicio de quirúrgicos, se dirigió al servicio de pediatría donde ya se encontraba una compañera de la carrera vinculada como practicante. En este servicio fue esta última con quién realizó el proceso de inducción, ella le explicó y comentó las principales funciones que se realizaban. Algunas de estas fueron: las valoraciones por trabajo social para los menores de edad y para los padres. En este servicio se le

comenta lo de las guías SIVIGILA y los reportes a instituciones como ICBF, comisarías de familia y Policía Nacional. Así mismo, se le enseñó cómo se realiza el proceso de diligenciar las valoraciones en la plataforma Dinámica que es la de seguimiento médico del hospital.

Para el último día de esa semana, se dirigió en compañía del coordinador del SIAU al último servicio del hospital donde hacía presencia TS. Este fue Urgencias, en este la trabajadora social se encontraba, al igual que los demás profesionales, corriendo por la visita de Icontec para el proceso de acreditación que enfrentaría el hospital en los próximos días. Por esta razón, no fue posible realizar la rotación en este servicio ese día, la profesional la citó el primer día de la semana siguiente. Situación que retrasó considerablemente el inicio de su proceso en el servicio que elegiría.

La semana siguiente se dirigió como acordaron con la TS de urgencias al servicio, sin embargo, cuando llegó el primer día se vio nuevamente rechazada porque la profesional tenía una reunión. Finalmente, fue al siguiente día cuando realizó su inducción por el servicio de urgencias, en esta se le explicó que el hospital cuenta con tres pisos para atención de urgencias, que tiene UCI de urgencias y que ella sola se hace cargo de todo el servicio. También la TS le comentó que ella creía que era posible poder realizar un proceso de intervención en ese servicio, sin embargo, debía tenerse en consideración que los pacientes eran de estancias cortas en el hospital en su mayoría.

Una vez finalizó la rotación por todos los servicios, la estudiante debía dirigirse con el coordinador del SIAU para comunicarle su decisión y para que este llevara a cabo la presentación formal en el servicio. Esto lo realizó como se había acordado, pero dado el proceso de acreditación tuvo que ser ella misma quien se presentara en la unidad de oncología con su par institucional, puesto que el coordinador no tenía disponibilidad de tiempo y en su opinión la

estudiante no debía retrasar más su inicio. En su presentación a la par institucional le expresó su deseo de realizar su proceso de prácticas en la unidad, así mismo le comentó que debían realizarse un encuentro entre ellas dos y la docente orientadora de prácticas.

En estos primeros días en el servicio su par le comentó que ella, la estudiante, podía llevar a cabo la escuela que había iniciado la practicante anterior. Para ello, le suministraría el número de teléfono de esta para que ella pidiera el informe de prácticas y los documentos necesarios para continuar con la escuela. Esto se realizaría de este modo porque la par había eliminado de sus archivos el informe que se le había compartido. En estos días, la practicante pudo notar que su par no permanecía mucho tiempo en su oficina y que esperaba que ella desempeñara un trabajo que no se estaba realizando en la unidad desde que se acabó el semestre anterior.

La semana siguiente, es decir la última semana de septiembre se realiza el encuentro con la docente y la par. En este espacio la profesora le manifiesta a la par institucional que la estudiante no puede realizar actividades por sí misma, que puede apoyarlas siempre y cuando sean dirigidas y orientadas por ella. También le comenta que fundamentalmente en este primer momento de prácticas se realiza el proceso de diagnóstico y con base en este se lleva a cabo la construcción de la propuesta de intervención que se ejecutará en el segundo momento. Del mismo modo, le manifiesta a la par que la practicante acompañará también el programa de PYP por lo que no estará en el servicio algunos días a la semana.

Posterior al encuentro con la docente, la par institucional le manifiesta a la estudiante que no se continuará con el proceso de la practicante anterior porque ella no tiene la disponibilidad de tiempo para realizar las actividades. Así mismo, le dice que puede contar con ella para lo que necesite y que, por favor, le comunique los días que estará en la unidad y los que no. Estos

fueron los primeros días en el servicio, par y estudiante acordaron horario de llegada y salida, al igual que los días que esta estaría en el servicio. Se compartieron el número de teléfono para comunicarse por *Whatsapp* en caso de ser necesario.

Aquí, es indispensable mencionar que los primeros días en la unidad las dos no compartieron mucho ni intercambiaron muchas palabras. Así mismo, la practicante comenzó a notar que la par no permanecía mucho tiempo en su oficina y que los casos que manejaba eran principalmente administrativos, respondiendo a trámites con la EPS del paciente o solicitudes y remisiones de pacientes y/o familiares a albergues. También evidenció que esta estaba cubriendo una parte del servicio de UCI ya que la profesional había renunciado en días pasados y no se había realizado contratación por el proceso de acreditación.

#### ***4.1.3. Aplicación Y Análisis Del Dx***

Para este punto la estudiante ya había cumplido sus dos primeras semanas en el servicio. Comienza con el proceso de revisión teórico-conceptual para identificar el tipo de diagnóstico más acorde al contexto. En primera instancia, en una sesión de orientación con su docente de prácticas, acuerdan que se revisarán una serie de textos para que se elija el tipo de diagnóstico (Dx), también se precisa que este debe fundamentarse en un marco referencial con apartados teórico, conceptual, metodológico y normativo. La estudiante para este punto ya había pensado en uno de los posibles instrumentos de recolección de información, este era la observación no estructurada.

Posterior al encuentro comienza la revisión documental, comienza por leer el informe de práctica de la estudiante vinculada el semestre anterior a la unidad. Esto lo hace con el fin de tener una mirada guiada de lo que era posible encontrar en la unidad y tomar referencia para continuar el proceso que esta había dejado, ajustando lo que fuese necesario. Esta era la idea

dado que su par había manifestado que le gustaría que se continuara con eso y con la profesora se había acordado poder hacerlo, pero desde una mirada actualizada y propia. A su vez, analizó los textos que le había socializado la docente sobre los tipos de diagnóstico y los modelos de intervención y métodos del Trabajo Social.

Una vez finalizada la revisión de estos documentos se convence de que el tipo de Dx más acorde por el contexto es el Situacional desde la perspectiva de Cifuentes, así como también que se apoyará en el método de grupo de Yolanda Contreras. De igual forma, emprende la búsqueda de sus fundamentos teóricos, todo esto lo hace al tiempo que va realizando su acompañamiento y va evidenciando diversos aspectos en la unidad. Debe mencionarse que este proceso lo realiza sin el apoyo de su par, quién en estos días se comporta mucho más distante con ella. La revisión y selección teórica la fundamenta en los conocimientos previos que tiene dada su larga formación académica, así como en las recomendaciones que percibió en su momento de la docente de prácticas.

En este sentido, la estudiante se decanta por realizar un proceso diagnóstico inmerso en el paradigma sociocrítico dado que no piensa de manera singular en el Dx, sino que tiene en mente la posterior propuesta de intervención. Asimismo, se fundamenta en las teorías de Paulo Freire de la educación liberadora, en la teoría crítica de Max Horkheimer, los aportes teóricos de redes comunitarias de Ichiro Kawachi y en la teoría ecológica de Bronfenbrenner. Por otro lado, para el modelo decide fundamentarse en el de los derechos desde la mirada de Carballeda.

Una vez definidos estos, debía centrarse en el marco conceptual dado que este determinaba los aspectos a identificar, valorar, abordar y analizar con el diagnóstico. Este contenía términos como los determinantes sociales de la salud, mecanismos de exigencia, paciente oncológico, cuidador principal, cáncer, entre otros. Una vez identificados estos se

procedió a la construcción del marco metodológico, en definir los instrumentos de recolección de información que se emplearían, estos finalmente fueron la observación no estructurada que se mencionó antes, la revisión documental de los seguimientos de junta oncológica que se diligenciaban en la unidad, un modelo de encuesta para paciente oncológico, otro para cuidadores principales y una entrevista estructurada para profesionales de la unidad y de PYP.

Para el diseño de las encuestas y la entrevista se realiza una matriz categorial (ver Apéndice) que sustentaba el banco de preguntas para ambos instrumentos. Finalmente, se construyen las encuestas utilizando el *Google Forms* y se redacta el consentimiento informado que debían aceptar los profesionales que serían entrevistados. La realización de todo esto que se ha mencionado en este apartado tomó cerca de tres semanas, una vez fue aprobado por la docente orientadora de prácticas se procede a llevar a cabo la aplicación del diagnóstico.

Es preciso mencionar en este momento que todo el trabajo que se ha narrado se realizó sin ayuda o supervisión de la par institucional. La relación entre la estudiante y ella era completamente inexistente, los días que permanecía en el servicio no tenía comunicación con ella más allá de un “buenos días” y “chao”. Así mismo, para este momento la estudiante había sido notificada por sus otras compañeras practicantes de la rotación de los profesionales de TS en los servicios, hecho que deja a su par como profesional de ginecología y oncología. La primera ocasión en que la estudiante solicitó ayuda de la par fue para la construcción de la matriz categorial, en donde obtuvo un “no sé de eso” por respuesta, a lo que no insistió más en ninguna otra cosa.

La aplicación del diagnóstico comenzó con la observación no estructurada, es decir, mientras su permanencia tanto en el servicio como en sus días de acompañamiento a PYP observó las dinámicas que se dan en casa espacio. De estas observaciones saca una serie de

apuntes y aspectos que posteriormente analizará. Esta continuó con la aplicación de los instrumentos de encuesta y entrevista, esto lo hizo en dos semanas, comenzando con la aplicación de la encuesta a los pacientes y cuidadores que se encuentran recibiendo tratamientos de quimioterapia y radioterapia.

Este ejercicio lo realizó de manera individual, se acercó a cada persona, le comentaba en qué consistía y cuáles eran los fines de la encuesta y luego de obtener un “sí, acepto participar”, procedió a hacer las preguntas. Debido a que el instrumento estaba en *Forms*, la estudiante aplicó de la siguiente manera: preguntaba a la persona y seleccionaba la respuesta en su celular. Esto agilizó el proceso y no implicó mayores esfuerzos de los participantes. Este procedimiento lo realizó en dos días en el horario habitual en que rotaba.

Una vez terminada la aplicación de las encuestas, procedió a comenzar con las entrevistas. La primera la realizó con la jefe de enfermería de PYP. Esta entrevista fue de las más enriquecedoras, si bien no sabía exactamente lo relacionado con la unidad, sus respuestas holísticas y fundamentadas fueron un gran aporte. La semana siguiente llevó a cabo las entrevistas con los profesionales que le faltaban, en total debía entrevistar a cinco. La siguiente persona en ser entrevistada fue la jefe de enfermería de clínica del dolor, fue una entrevista cortada dado que ella se encontraba en horas laborales. El otro entrevistado fue el jefe de enfermería de braquiterapia, esta entrevista fue rápida al igual que la anterior, sin embargo, fue más amplia en respuestas.

Correspondiente a las restantes, la estudiante aspiraba poder entrevistar a la radioncóloga, en este sentido, pidió ayuda a su par institucional para que fuese la intermediaria en primera instancia y así poder conocer la disponibilidad de la especialista. El apoyo lo solicitó en dos ocasiones y su par se comprometió a hacerlo. No obstante, no fue así y dadas las

cuestiones de tiempo que apremiaban a la practicante, desistió de su idea y entrevistó a la médica general que apoya a la doctora. Este espacio fue bastante enriquecedor, de duración muy reducida, pero con contenido de calidad, las respuestas de la médica se relacionaban directamente con lo observado en las encuestas realizadas.

Finalmente, la última entrevista llevada a cabo fue la de la par institucional, esta fue la entrevista más corta y la que a consideración de la practicante, desde que finalizó, era la menos sustanciosa y de la que más esperaba. Las expectativas para esta eran muchas, pero, se quedaron en eso. La entrevista fue demasiado somera, la par no profundizó en ningún aspecto, respondía a los cuestionamientos de manera mecánica y superficial. En algunas ocasiones se evidenció que no tenía claridad en las respuestas y todo se debía al afán de salir de la unidad a su hora de almuerzo con la médica general.

Por otra parte, se tiene la revisión documental de los seguimientos de junta oncológica, esto se lleva a cabo un día en específico en que la par le pide ayuda a la estudiante para diligenciarlos. Esta aprovecha la oportunidad y toma información de diez casos para posteriormente analizarlos. De este modo, se debe decir que, para este punto del semestre, es decir, desde inicios de noviembre hasta finales, la estudiante comienza a asistir a las juntas oncológicas. Estas se realizaban cada miércoles y su par le informó que este espacio existía después de un mes y medio de estar asistiendo al servicio. Todas las semanas a la misma hora y día la estudiante notaba la ausencia de su par pero desconocía a que se debía.

Su acompañamiento a junta médica, enriqueció la observación no estructurada que llevaba realizando desde el ingreso a la unidad, en estos espacios se pudo evidenciar la carencia de un profesional de psicología en el área. También amplió sus conocimientos de la enfermedad y constató lo variable y subjetivos que son los casos. Para finales de noviembre a la par

institucional se le ocurre que la estudiante puede ayudarle con las valoraciones en ginecología y el diligenciamiento de los estudios socioeconómicos. Así que los días en que era necesario y la estudiante se encontraba en el servicio la par y ella se dirigían al piso cinco y/u once a realizar las funciones de Trabajo Social de ginecología.

La particularidad de esto es que la par en varias ocasiones dejó que la estudiante realizara estos procesos sin su supervisión y acompañamiento, en ocasiones sucedía porque en la sala de espera para ingresar a quirófano se debe usar ropa quirúrgica y a la par no le gustaba tener que cambiarse, así que enviaba a la practicante. Es preciso aclarar, que estas eran las únicas tareas en que la practicante notaba que podía apoyar a su par y si bien no era su servicio, no se negó nunca a hacerlo por su salud mental. Para este punto del semestre la estudiante se encontraba agotada de no hacer nada, de ir a sentarse y observar nada más.

Su personalidad se veía reprimida por el comportamiento, actitud y personalidad de su par, en varias ocasiones esta ni siquiera le dirigía la palabra a la estudiante. Además, esta última tenía conocimiento de que sus compañeras en los otros servicios si estaban realizando algunas tareas bajo la supervisión de su par, lo que aumentaba sus sentimientos negativos. Ser una persona que está acostumbrada a hacer muchas cosas y a hablar mucho, cuya personalidad es extrovertida en la mayoría de contexto le jugó una mala pasada a la practicante. Todos estos sentimientos los guardó para sí misma, nunca comentó la situación con su docente de prácticas.

Retomando la aplicación del diagnóstico, con esto se dio por finalizado el proceso, por lo que se procedió a continuar con la parte dos, el análisis de los hallazgos. De la observación no estructurada se evidenció que la trabajadora social de la unidad desempeña un rol principalmente administrativo, apoyando procesos con las EPS. Así mismo, que los pacientes y sus familiares recurren a ella en busca de apoyo socioeconómico. También concluyó que no existe articulación

entre el programa de PYP y la unidad, que la mayoría de los pacientes son adultos mayores, quienes son atendidos de forma ambulatoria o durante su hospitalización.

De igual forma, de esta observación se constata que la participación de TS en las juntas oncológicas es requerida netamente por temas administrativos con la EPS. En este espacio en específico la practicante aprende que la EPS del paciente influye significativamente en su tratamiento y que un alto porcentaje de los pacientes diagnosticados con cáncer reciben el parte médico después de su ingreso por urgencias al hospital. Finalmente, de este instrumento, concluye que la par institucional cumple un rol bastante importante en la unidad, sin embargo tiene un vasto campo de intervención psicosocial que ella no decide abordar de manera consciente.

En cuanto a la revisión documental, se analizaron diez seguimientos médicos, se encontró de este modo que el cáncer de próstata es el más común en hombres y en de mama en mujeres. Las edades de estos diez casos oscilaban entre los 40 y 65 años. Cada documento consigna las decisiones médicas acordada, pero en ellos no hay evidencia de que los procedimientos hayan sido realizados o se estén realizando a los pacientes. En un caso en específico se logró evidenciar que la persona ya no es tratada en la institución porque su EPS la remitió a otra IPS. Por este caso, logra tener conocimiento la estudiante de que son muchos los pacientes que se trasladan a otras instituciones prestadoras del servicio por su EPS.

Por otra parte, de las siete encuestas aplicadas a pacientes se evidencia que la mayoría eran mayores de 61 años, de estratos 1 a 4, con educación primaria. Estos provenían de Santander y Norte de Santander, con un predominio de la tipología familiar nuclear. Las EPS más frecuentes son Sanidad Militar y Policial. Algunos pacientes manifestaron tener ingresos menores al salario mínimo y otros no tener ingresos. Al igual que en los seguimientos se

evidencia que los Ca. de mama y próstata son los más frecuentes.

Más del 60% fue diagnosticado en los últimos doce meses y se encuentran en un estadio II. El tratamiento común de los pacientes encuestados es la radioterapia. Estos desconocen sus derechos y qué es el cuidado paliativo. Finalmente se determina que el cuidador principal de ellos es hija/o o la pareja, principalmente las mujeres esposas. De su núcleo familiar perciben apoyo emocional y económico principalmente.

Por otro lado, de las ocho encuestas realizadas a cuidadores se constata que la mitad son mujeres y el 75% no trabaja para poder dedicarse de lleno a su labor de cuidado. Desconocen al igual que los pacientes qué es el cuidado paliativo y los derechos que tiene su familiar. Estos manifestaron no haber recibido acompañamiento de trabajo social ni psicosocial. Su vínculo familiar es principalmente hija/o del paciente y reciben apoyo emocional, económico y en algunos casos espiritual de sus otros familiares.

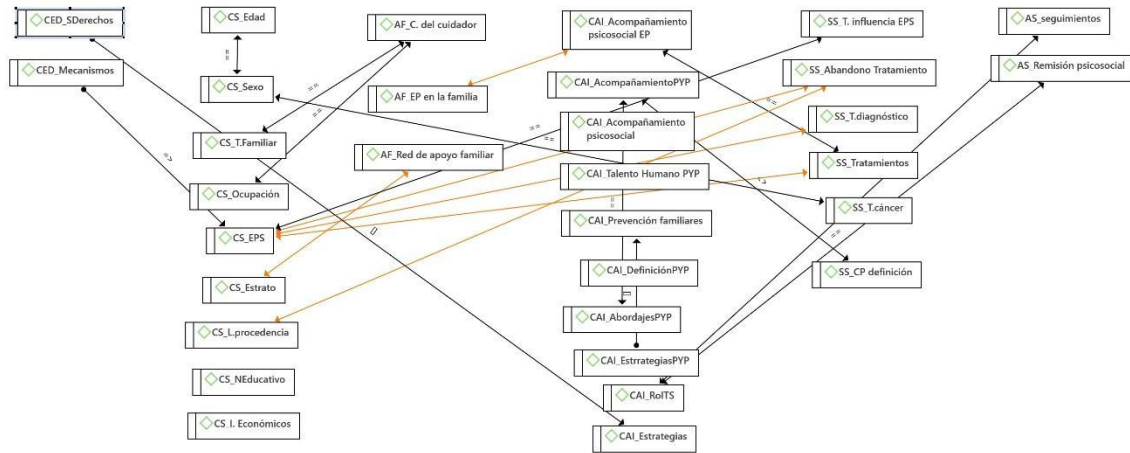
Por último, de las entrevistas a expertos se evidencia que predominan los pacientes entre los 40 y 80 años, con predominio de mujeres, los estratos más comunes de estos están entre el 1-3. Asimismo, que había alta prevalencia de los cánceres de cérvix, mama y próstata. Los profesionales señalaron que el diagnóstico de la enfermedad puede demorarse por limitaciones administrativas con las EPS. Estos por su parte, también señalaron que son los hijos y las parejas quienes asumen el rol de cuidado, y que el acompañamiento familiar es muy importante. También comentaron que, aunque fuese difícil de creer se presentan casos de abandono familiar.

Del mismo modo, se constató que existen iniciativas educativas en el servicio, pero no un acompañamiento psicosocial sistematizado. Que estos perciben el rol de la TS como mayormente administrativo. También precisaron que se realizan algunas derivaciones a psico-oncología, pero no es de forma rutinaria. Los expertos a diferencia de los pacientes señalan que si se socializan

los derechos del paciente y se da una explicación de qué son los cuidados paliativos a los pacientes. Es menester precisar que el análisis de las entrevistas realizadas se hace por medio de la creación de una red semántica en el programa Atlas TI.

**Figura 2**

*Red semántica*



*Nota: elaboración propia*

Esta red semántica expone las interrelaciones que nacen de la categorización de las entrevistas realizadas a expertos. En esta se analizan las relaciones que existen, las asociaciones entre subcategorías, las causalidades y pertenencias. Finalmente, luego del análisis de los hallazgos de las técnicas ya mencionadas se precisa que falta incrementar la educación, sensibilización y acompañamiento psicospocial. Que se debe trabajar para superar el rol administrativo de Trabajo Social ya que es insuficiente.

**4.1.4. Diseño De La Propuesta De Intervención (PI)**

Luego del análisis del diagnóstico se llega a la conclusión de que es necesario realizar un abordaje focalizado desde Trabajo Social por las condiciones de vulnerabilidad identificadas en el diagnóstico. Este debía orientarse y proponerse desde una perspectiva psicospocial que incluyera el modelo de cuidados paliativos. Esta propuesta se construye a la mayor brevedad

posible dado que ya estaba finalizando el semestre y debe realizarse una socialización en el hospital de todo lo realizado en el primer momento de práctica.

La intervención psicosocial propuesta responde a las necesidades evidenciadas en la Unidad de Oncología y Radioterapia, y se sustentó en los hallazgos del Dx. Situacional. Está cobrando relevancia ante la exigencia del contexto actual de mitigar los impactos negativos que enfrentan los pacientes y sus familias. Así mismo, se evidenció la urgencia de reconfigurar las funciones de Trabajo Social, orientándolas a brindar un acompañamiento integral y continuo. Para ello se priorizó en la construcción de la propuesta el abordaje del cuidado paliativo, la educación en derechos, las redes de apoyo familiar y el cuidado al cuidador.

Esto representaba desde la mirada de la practicante una oportunidad de implementar estrategias participativas, pedagógicas, políticas y terapéuticas que aportaran a la reducción de los efectos colaterales de la enfermedad y el afrontamiento resiliente. Por ello llega a proponer diseñar un programa de intervención psicosocial desde Trabajo Social en articulación con PYP, para pacientes oncológicos y sus familias, que responda integralmente a necesidades sociales, emocionales y educativas identificadas en el proceso diagnóstico, a fin de contribuir al bienestar multidimensional durante la enfermedad.

En concordancia, la practicante define tres objetivos específicos: primero, ejecutar un plan de acompañamiento psicosocial integral para la mitigación oportuna de necesidades en crisis y contención de angustias ante la enfermedad avanzada por medio de espacios formativos y de escucha. Segundo, ejecutar un plan educacional sobre derechos y estrategias de cuidado dirigido a pacientes y cuidadores primarios, que favorezca la autogestión y afrontamiento resiliente de la enfermedad por medio de espacios formativos teórico-prácticos. Tercero, evaluar los planes ejecutados en la unidad de oncología y radioterapia para el análisis de la viabilidad y

pertinencia del programa de intervención psicosocial diseñado e implementado desde Trabajo Social en articulación con PYP por medio de encuestas de opinión de usuarios y colaboradores participantes de los mismos.

Esta propuesta se fundamenta en un marco teórico que construye con la orientación y el consejo teórico de la jefa de enfermería responsable del programa de PYP. Esta solicita su ayuda dado que conoce que está a puertas de terminar su especialización en pedagogía y que es una investigadora consagrada. Con base en las recomendaciones que recibió construye un marco sustentado primeramente en los principios del cuidado paliativo. Articula conocimiento de la psico-oncología para comprender el impacto emocional, familiar, social y espiritual del cáncer.

A su vez, este marco integraba planteamientos sobre el duelo anticipado y las etapas propuestas en el modelo de Elizabeth Kübler-Ross. Asumía una mirada sistémica de la familia desde la postura de Minuchin. Se nutría de la teoría de redes sociales para fortalecer sistemas de apoyo. Comprende principios de la pedagogía del amor de Poussepin (2021), la de la interacción social de Vygotsky, el diálogo de saberes de Freire y el enfoque constructivista de Zuluaga. Este marco se construyó en consideración con el marco propuesto para el diagnóstico que estaba inmerso en el paradigma sociocrítico.

Por otra parte, esta propuesta se pensó desde el abordaje de cuatro ejes: acompañamiento psicosocial integral, educación y autogestión, evaluación y plan de mejora y colaboración interdisciplinaria. Esto porque se pensaba articular las actividades con los profesionales de psicología, el personal del SIAU y PYP. A fin de lograr esto se propusieron técnicas como: espacios formativos grupales, talleres, técnicas de escucha activa y empatía, prácticas de mindfulness y relajación. Para el eje educativo se implementarían conversatorios, presentaciones interactivas, dinámicas de grupo, construcción de folletos e infografías.

Finalmente, se presentó un primer cronograma detallado con las actividades, técnicas, descripción, fechas, población objeto y responsables para cada objetivo específico propuesto. En este apartado se incluían talleres de terapia de grupo, terapia ocupacional, musicoterapia, yoga, sesiones de identificación y manejo de emociones, resignificación del diagnóstico, escuela para cuidadores en autocuidado y cuidados paliativos. Una vez la practicante terminó de construir su propuesta de intervención esta pasó a evaluación y aprobación de la docente.

Cuando esta recibió el aprobado ya solo tenía como actividad pendiente para finalizar el semestre realizar la socialización de todo el proceso llevado a cabo. Esta se realizó en conjunto con dos practicantes que se encontraban también en el hospital, las de los servicios de ginecología y pediatría. La sustentación y presentación de la propuesta de intervención para el semestre dos se presentó ante el coordinador del SIAU, las pares institucionales, las jefes de PYP, un integrante de la subgerencia de alto costo y las docentes orientadoras de prácticas. Posterior a la realización de esta socialización se iniciaba el período de vacaciones de fin de año, receso que causaría cambios para el momento dos.

#### ***4.1.5. Reingreso A La Institución***

En su regreso a la institución la practicante al igual que el semestre anterior debió enviar los documentos solicitados por el HUS, realizar nuevamente las evaluaciones en la plataforma Moodle y esperar a que se realizará en l proceso de afiliación a la ARL por parte de la Escuela. En este sentido, su rotación no comenzó la primera semana de febrero como se tenía previsto, sino que comenzó en la segunda semana. En su tiempo de vacaciones pudo reflexionar sobre varios acontecimientos del semestre anterior y también, hablar con su docente de prácticas sobre toda la situación con su par institucional. De este modo, acordó comunicarse más frecuentemente con la docente y mantenerla al tanto de su relación con la par.

A finales del semestre anterior su par le había comunicado a la practicante la alta probabilidad que había de que en su regreso a la institución encontrara cambios, dado que se rumoraba para este momento que oncología no tendría profesional de TS en el 2024. Algo que no se ha mencionado hasta el momento es que dado que la estudiante estaba vinculada a PYP durante su primer semestre experimentó dos escenarios diferentes: en la unidad jamás se sintió ella misma o incluida, mientras que en PYP, siempre tuvo tareas pequeñas asignadas y personas con quienes interactuar y trabajar conjuntamente. La relación con las jefes era mucho mejor de la que sostuvo todo el tiempo con su par.

Cuando regresó para iniciar su segundo momento de práctica, se encontró con cambios en ambos espacios. En PYP, había nuevos practicantes y una jefe de educación diferente, las jefes ahora tenían a cargo completamente el Equipo de Apoyo y Educación de Enfermería. Su primera semana estuvo únicamente en la oficina de PYP, en estos días tuvo la oportunidad de acompañar espacios formativos, apoyó en la construcción de material educativo. La siguiente semana que se dirigió a la unidad de oncología, notó que se valoraban menos pacientes en las juntas y se mencionaban temas sobre la baja de pacientes y contratos de especialistas. La actitud de su par seguía siendo la misma del semestre anterior.

En el mes de febrero se dedicó por completo a estructurar sus planeaciones con PYP en los formatos requeridos por el Hospital, reduciendo los cuatro talleres que tenía pensados a solo dos, esto se hizo por petición de la jefe. Definieron juntamente realizar un taller teórico-práctico para cuidadores, en este se abordarían temas de salud mental, cuidado de la piel y mecánica corporal. El otro por su parte, sería un conversatorio teórico sobre cuidados paliativos y tratamientos del cáncer dirigido a pacientes y cuidadores. En este tiempo, también trabajó en las fichas pedagógicas de las otras actividades propuestas.

Una vez finalizó con la planeación, programó comenzar la ejecución en la primera semana de marzo. En estos días que estuvo en el servicio siguió acompañando a su par a realizar las valoraciones socioeconómicas de pacientes ginecobstétricas puesto que seguía a cargo de este servicio. Dado que el trabajo que estaba realizando era documental, decidió acompañar tres días el programa de PYP y solo dos estar en la unidad con su par. La decisión fundamentalmente se tomó por la relación que sostenía con su par.

#### ***4.1.6. Inicio Ejecución De La Propuesta de Intervención (PI)***

Como se mencionó anteriormente la practicante tenía planeado iniciar el proceso de intervención en la primera semana de marzo, sin embargo, esto no fue posible por la baja de pacientes que se venía presentando en la unidad. Mismo motivo por el cual debió realizar cambios en su planeación de actividades, tenía previsto ejecutar talleres de entre 25 y 45 minutos, sin embargo, esto no sería posible dado que los pocos usuarios que llegaban iban a consulta. Esto implicaba que su permanencia en la unidad era mínimo de 10 – 15 minutos para poder participar de los talleres, así que se vio obligada a reestructurar sus actividades ajustándolas a un tiempo de 10 minutos.

Es fundamental decir aquí que los sentimientos negativos que invadieron a la practicante fueron muchos, empezando por la frustración, la ansiedad y el estrés. Sintió que había perdido su tiempo en planeaciones, que las cosas no podría hacerlas de la manera en que quería y que no había ninguna garantía de que la temporada baja de asistencia pasara rápido. Además, en el transcurso de estas primeras semanas se lleva a cabo el traslado de su par de manera definitiva y permanente al servicio de ginecología. Acontecimiento que afectó de manera directa el proceso de intervención, específicamente el objetivo de evaluación.

Para el día en que tenía planeado realizar el primer taller, por primera vez en la unidad no

había ni un solo paciente a la hora que tenía agendado iniciar la sesión. Esta era el taller de mindfulness, la practicante había acordado con una especialista en el tema. Del mismo modo, ese día notó que la unidad dada su ubicación es un espacio ruidoso, dado que se encontraba en medio de la construcción de la sede de salud UIS y una obra interna del HUS. Esto sumado a la dificultad de no contar con un espacio cerrado completamente a una hora diferente a las 7:30 am. Los especialistas suelen programar su cita en horarios de la mañana cercanos a medio día.

Por todas estas razones, tomó la decisión de suspender temporalmente el taller de mindfulness y decidió empezar con otras actividades. En este sentido, emprendió su intervención con el taller de emociones primarias y las emociones negativas como ansiedad y estrés que devenían de estas. Este día realizó dinámicas en las que los participantes expresaron alegría, tristeza, rabia, ansiedad, miedo, etc, y compartieron experiencias de cuándo sintieron estas emociones y cómo las identifican. Así mismo, puedo percibir que algunos usuarios no eran pacientes oncológicos y que la percepción como grupo es difícil fomentarla incluso durante la realización del espacio.

La semana siguiente realizó dos talleres, el primero fue sobre la actitud de positiva con énfasis en la gratitud en medio de circunstancias adversas. Para este día los participantes escribieron razones por las que agradecían ese día y las socializaron, sobre esto algunos comentaron que era como un recordatorio de las cosas buenas que aún tenían. Nuevamente notó que los asistentes no interactuaban entre sí y que, al ser pacientes ambulatorios, era difíciles dar un seguimiento transversal de la intervención con una persona. A pesar de sus propias dificultades personales, la actividad le sirvió a la estudiante como un espacio de reflexión, dado que seguía con sentimientos de frustración y en su vida personal habían pasado algunas cosas.

El segundo taller, fue el de comunicación asertiva, abordando la escucha activa, el

respeto, control emocional y lenguaje corporal como sus elementos clave. Para esta actividad se llevaron a cabo dinámicas de mímica y una conversación entre paciente y cuidadora donde se abordaba el ejercicio comunicativo que estos tenían. De todas las intervenciones que realizó este día en específico sintió tensión en el ambiente, esto por una participante que se negó a realizar los ejercicios propuestos. En este espacio a su vez una paciente compartió su historia de amor, dándose la oportunidad de hablar de algo que recordaba con cariño, puesto que hace más de 30 años había perdido a lo que llamó el amor de su vida.

Para estas primeras actividades la estudiante logró adaptar las actividades según las circunstancias, notando dificultades como la no percepción d grupo, la contaminación auditiva que dificulta el ejercicio de hablar y ser escuchado; la continua distracción que se genera cuando un paciente es llamado a ventanilla o consulta, pero sobre todo la falta de apoyo, orientación y acompañamiento de su par institucional. Si bien, no tenía muchas expectativas en este último aspecto, tampoco se imaginó nunca que las cosas fueses así.

En las sesiones realizadas no contó con el acompañamiento de su par institucional porque añoraba desvincularse de ella, dada la relación inexistente entre ellas, que su acompañamiento era nulo, que la rotación no la hacía en la unidad, sino en ginecología. Esta situación fue comentada con la docente de prácticas quien autorizó tomarse un espacio para procesar las emociones desencadenadas por la par y en general, por el contexto cambiante que estaba enfrentando en oncología. Cabe mencionarse, que a la par que todo esto pasaba la estudiante continuó su acompañamiento en PYP, acompañando espacios educativos como stands, sesiones de bienvenida a PDAs y PGCs.

#### ***4.1.7. Ejecución PI***

Después del receso de semana santa la practicante no puede reincorporarse

inmediatamente a prácticas debido a su condición de salud, que en este semestre en general no fue óptima, esto desencadena que ingrese una semana después. A su reingreso continúa con las actividades programadas, realizando tres en la misma semana para nivelar el trabajo en las siguientes y poder cumplir con los tiempos acordados con la docente y el calendario académico en general. Cabe mencionarse que antes de semana santa se realizó una reunión con la docente de prácticas y la par en la que se acordó que esta última estaría acompañando las actividades de la estudiante.

La primera actividad de abril que se realizó fue la sesión de musicoterapia, esta buscaba brindar un espacio de expresión emocional y liberar tensiones, así como conectar con emociones positivas y fortalecer el bienestar mental. Los participantes compartieron una canción que los hacía sentir felices o les traía recuerdos felices, esta se reproducía y después ellos explicaban los motivos por los cuales la eligieron. En los espacios de socialización se vivieron momentos de felicidad y nostalgia al escuchar como estas canciones estaban relacionadas con personas, situaciones o etapas pasadas. Al finalizar, algunos participantes y la practicante bailaron carranga, rompiendo la atmósfera de angustia y llamando la atención de todos en la unidad.

La actividad número dos de la semana, se llevó a cabo el taller de resignificación de la historia. Esta buscaba fomentar un espacio reflexivo donde los pacientes pudieran compartir su experiencia y construir una nueva visión de la razón por la que se encontraban en la unidad. Ellos debían pensar en su proceso como algo bueno, para ello escribieron la resignificación de su proceso sin mencionar la enfermedad como algo negativo. El espacio de socialización estuvo permeado por un sentimentalismo, debido a que varios resignificaron su proceso como una oportunidad para aprender a valorar y disfrutar de sus seres queridos.

La última actividad de esa semana fue un espacio de arteterapia, este se realizó antes del

ingreso a junta oncológica, es decir que la población objeto fueron pacientes oncológicos y familiares. Esta sesión promovía el manejo saludable de emociones negativas como ansiedad y miedo, para ello los participantes colorearon mándalas y figuras asociadas a un mensaje positivo. Durante el desarrollo de la actividad la practicante se dirigió a cada participante y con la mayoría logró entablar una conversación, se habló sobre cómo se sentían respecto a la actividad y la enfermedad. Algunos manifestaron que la actividad les permitió distraer sus pensamientos negativos porque requería concentración y otros mencionaron que era algo que no hacían desde niños y que por ende era bueno recordar ese tiempo.

Para esta semana el acompañamiento de su par solo se dio en la sesión de resignificación, en las otras sesiones de acuerdo con lo que ella le comentó a la practicante no alcanzó a llegar al espacio al espacio por tareas relacionadas con su servicio. Esta situación de algún modo le dio la razón a la estudiante de que no tendría un acompañamiento en forma dado el traslado de su par. Además, le insto más pensamientos y deseos de solicitar un cambio de par por la nueva profesional de TS que sería asignada a la unidad.

Es importante mencionar que, para este nuevo mes, abril, la dinámica del servicio presentó cambios, los pacientes oncológicos eran más, si bien venían a consulta la mayoría, estos estaban o estuvieron en tratamiento de cáncer. Esto era bueno porque eran ellos y sus familiares la población objeto de la intervención que llevaba a cabo la estudiante. Además, en términos psicoemocionales este cambio positivo motivó mucho más a la practicante, le ayudó a superar su momento de crisis y le aportó motivación para realizar su proceso no solo por obligación y necesidad.

Para la siguiente semana solo se llevó a cabo una sesión, esto porque tenía actividades programadas con PYP y no había manera de hacer ambas cosas al tiempo. El taller llevado a

cabo fue el de redes de apoyo, este buscaba que los participantes identificaran sus redes de apoyo y los tipos de apoyo que perciben de ellas. Para ellos construyeron sus propias redes ubicando personas o instituciones en cada uno de los componentes de la red: familia, comunitaria, amigos y laborales. En la socialización se vivió un momento emotivo porque las personas hablaban de esas personas que constituían su red de apoyo de manera romántica.

En la última semana de abril, se llevaron a cabo dos talleres, el primero fue el de mecanismos de exigencia, este se orienta a darle a conocer a los pacientes lo que son las PQRS, el derecho de petición y la acción de tutela. Este fue un espacio meramente teórico donde por medio de videos y recursos digitales se socializó cada uno de estos procesos que contribuían a garantizar sus derechos en salud. Al finalizar se le socializó a los participantes información sobre consultorios jurídicos donde les prestarían asesoría sin ningún costo, estos eran los de las universidades que tienen la carrera de derecho en su oferta institucional. Fue posible evidenciar que la mayoría de las personas no conocían estos recursos y que algunos necesitaban la información por aspectos relacionados con su atención en salud.

El segundo taller fue un espacio nuevamente de arteterapia, en esta actividad hubo más participación y al igual que la anterior se realizó antes de la junta oncológica. En esta particularmente se exploró la autopercepción y las emociones de los participantes a través de colorear y decorar un jarrón que los representaba. Cada uno al finalizar socializó el uso de los colores y el significado personal que le atribuía a cada uno, es decir, explicaban por qué su jarrón se veía así. De esta dinámica la participante pudo evidenciar que los colores y sus significados varían según la experiencia y emociones de cada usuario. Esta fue de las actividades más participativas y reflexivas que llevó a cabo la estudiante.

Finalmente, para la primera semana de mayo se llevaron a cabo las últimas dos

actividades. Iniciando con el taller de duelo, en este se brindaron herramientas para comprender el proceso y sus etapas. Se partió de la explicación de las etapas, esta se realiza de manera ejemplificada, haciendo uso del caso de la salida de los hijos del hogar, dada la sugerencia de un integrante del grupo. Finalizada la explicación cada usuario debía redactar un mensaje de ánimo para una persona que se encuentre en duelo, este debía hacerle recomendaciones con base en la explicación dada y en la experiencia propia. En la socialización se evidenció la importancia del apoyo familiar y la fe en Dios que le atribuyen las personas.

El último taller realizado fue el de mitos y realidades del cáncer, con este se pretendía desmitificar creencias erróneas sobre la enfermedad y construir conocimiento de manera conjunta. Lo último se propuso para valorar la experiencia de cada persona y posibilitar superar los tabúes con base en la experiencia propia. La dinámica consistió en que cada participante leía un mito o una realidad y debía clasificarla, esto debía hacerlo justificando el porqué de su respuesta. Fue en ese momento cuando los participantes tomaron la palabra y desde su vivencia respondían y argumentaban. Todo el espacio posibilitó el intercambio de ideas dado que se validaron los saberes de los pacientes y sus familiares.

Este último taller particularmente pensaba realizarse en articulación con PYP, sin embargo, debido a cambios organizacionales dentro del HUS no fue posible. Así mismo pasó con los talleres en que se pretendió tener participación de psicología, en la unidad nunca hubo profesional y tampoco practicante, esta última asistió solo una semana y canceló semestre. Por su parte, el acompañamiento de su par solo se vio reflejado en tres de las once actividades llevadas a cabo por la estudiante, esto a pesar del acuerdo realizado con la docente de que asistiría, claro está que la par informó en su momento que no asistía a los espacios por funciones específicas de su nuevo servicio.

De igual forma, es preciso mencionar que a la par que se realizaban las actividades propuestas en la Unidad, la estudiante siguió su acompañamiento en PYP, realizando con ellos espacios formativos como un stand de violencia de género y un conversatorio de violencias basadas en género. Si bien no tenía relación estrecha con su proceso de intervención, dentro de sus asignaciones y funciones en el programa debía apoyar estos procesos. Además, era el único miembro del equipo con estudios previos en temas de género dada su formación académica.

#### ***4.1.8. Análisis De La Ejecución PI***

Una vez finalizadas todas las actividades la estudiante se preparó para realizar el análisis de la propuesta de intervención. En este sentido, realiza un análisis cuantitativo de la población intervenida y uno cualitativo de los espacios llevados a cabo. Este se realiza con base en el diagnóstico propuesto. Este análisis toma cerca de dos semanas a la estudiante. Será abordado en mayor medida en el segundo objetivo de la sistematización, dado que corresponde al análisis crítico reflexivo de lo implementado.

#### **4.2. Análisis Crítico Reflexivo De La Propuesta De Intervención**

Este apartado responde a un objetivo específico y al momento tres de la sistematización. En palabras de Jara (2018), es “el punto central de todo el proceso” (p. 156), dado que se indaga en las causas de lo sucedido y se descubre el sentido de fondo de la experiencia. Este es el paso que conduce a poder realizar las reflexiones de fondo, es decir a la construcción de las recomendaciones. De acuerdo con el autor, en esta fase se gira en torno al “por qué se hicieron las cosas así, qué es lo más importante que se recoge de lo realizado y cuál es el cambio fundamental que esto ha generado” (p. 156).

Para ello, es importante comprender que la sistematización es un proceso que contribuye a la reflexión desde el ejercicio de prácticas y posibilita la discusión. Según el escritor son,

“procesos y mecanismos acumulativos en el ámbito institucional para ir construyendo plataformas de acción y reflexión futuras, que eviten patinar sobre los mismos asuntos y que signifiquen aportes efectivos en la toma de decisiones” (Jara, 2018, p.130). Lo que permite comprender que no es igual a la evaluación ni a una investigación, al contrario, podría complementarse con ellas a fin de alcanzar objetivos más ambiciosos dentro de la disciplina/profesión.

De esta forma, el ejercicio que aquí se realiza pretende ser un proceso de educación ético y pedagógico que inste a la mejora del proceso realizado y a la búsqueda de creación de un perfil profesional no burócrata ni asistencial. Aquel mismo que de acuerdo con Zuñiga (1995, como se citó en Jara, 2018, p. 131), posibilita "aprender de nuestras propias prácticas, fortalecer colectivos y sus identidades, empoderar a los sujetos, hacerlos partícipes en la toma de decisiones y en la construcción de su propia historia". En este sentido, se ordena desde el análisis cuantitativo de la población participante, el cualitativo del desarrollo de los objetivos y orienta la redacción de las reflexiones de fondo.

#### ***4.2.1. Análisis Cuantitativo De La Población***

Este apartado da cuenta de la población participante en la totalidad de las actividades realizadas, su análisis se realiza de manera manual dado que es de este modo en el que se consignó la información. Los formatos de asistencia que se diligenciaron al finalizar cada sesión corresponden al diseño de “Socialización al usuario, familiar y/o cuidador GMC-SIU-FO-10, versión 4” de la ESE HUS. Una vez realizadas todas las actividades se hace el análisis de las listas que fueron diligenciadas durante cada sesión. Cabe mencionar que, dado que algunos pacientes ingresaban a consulta médica en el transcurso de la actividad, en repetidas ocasiones estos no diligenciaban el formato de asistencia.

El total de personas registradas en los formatos fue de noventa y seis (96), de este número se evidencia que setenta (70) fueron mujeres y el restante, veintiséis (26) hombres. La participación de estas personas por taller se dio de la manera especificada en la Tabla 2. No obstante, se debe mencionar que la estudiante estima que el número pudo ascender a ciento diez (110), esto porque varias personas no firmaron y en una sesión de arteterapia no se registró asistencia.

**Tabla 2.**

*Población por actividad*

Actividad	Mujeres	Hombres	Total participantes
No. 1	7	2	9
No. 2	4	0	4
No. 3	8	3	11
No. 4	5	3	8
No. 5	7	4	11
No. 6	4	2	6
No. 7	9	3	12
No. 8	13	4	17
No. 9	6	3	9
No. 10	7	2	9
Suma total	70	26	96

Como se evidenció en la tabla anterior, la participación media fue de nueve (9) personas por taller, teniendo algunos por debajo de esta. Así mismo, es posible concluir que el 72,9% de participantes fueron mujeres.

De igual modo, con base en las listas de asistencias es posible determinar la vinculación de los participantes con la Unidad de Oncología y Radioterapia, entendiendo esto como si son usuarios o cuidadores/familiares. Para ello se condensa la información en la Tabla 3.

**Tabla 3.**

*Población por afiliación al servicio*

Actividad	Usuarios	Usuarios	Cuidadores	Cuidadores	Total
-----------	----------	----------	------------	------------	-------

	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	participantes
No. 1	2	3	0	4	9
No. 2	0	2	0	2	4
No. 3	3	5	0	3	11
No. 4	3	3	0	2	8
No. 5	3	4	1	3	11
No. 6	2	3	0	1	6
No. 7	2	5	1	4	12
No. 8	3	6	1	7	17
No. 9	3	3	0	3	9
No. 10	2	4	0	3	9
Total por sexo	23	38	3	32	96
Total por vinculación	61		35		96

Como se muestra en la Tabla 02. el 63,5% de participantes fueron usuarios, es decir pacientes, y el 26,5% corresponde a cuidadores y/o familiares. Es necesario precisar que, si bien esto podría interpretarse como que son varios los pacientes que llegan sin acompañamiento familiar a la unidad, y que de hecho es así, la diferencia en los números también se debe a que muchos de los familiares no participaron de las actividades porque consideraban que se orientaban solo para los pacientes.

De igual forma, de la Tabla 02. es posible evidenciar que el rol de cuidado y acompañamiento lo desempeña mayoritariamente la mujer, dado que de treinta y cinco (35) cuidadores solo tres (3) fueron hombres. También, se puede concluir que en la unidad se han atendido más mujeres que hombres y que fueron ellas las que más participaron de los talleres.

Por último, de los formatos de asistencia también es posible evidenciar la edad de los participantes. La mínima registrada fue de 19 años y la máxima de 94 años. La edad promedio de las personas que participaron de la actividad es de 56 años, lo que permite evidenciar que la mayoría de las personas se encuentran en la etapa de adultez, seguidas de un significativo número de participantes que se encuentran en adultez tardía o vejez.

Estos resultados se relacionan directamente con los datos obtenidos al momento del diagnóstico, en estas encuestas y las entrevistas señalaban que en la unidad se atendían más mujeres que hombres, que el rol de cuidado está relacionado directamente con la mujer y que la edad promedio de los pacientes se ubica entre los 40 – 80 años. También, fue posible conocer durante el desarrollo de las distintas actividades que diversos usuarios provenían de distintos municipios del departamento, incluyendo algunos que provienen de otros departamentos como Bolívar, Cesar y Norte de Santander.

#### ***4.2.2. Análisis Cualitativo Del Desarrollo De Los Objetivos***

El desarrollo de los objetivos como en todo proceso de intervención tuvo modificaciones antes de iniciar y aún sobre la marcha. Como se ha descrito en apartados anteriores las dificultades al realizar el proceso fueron constantes. Sin embargo, es posible decir que las actividades propuestas lograron llevarse a cabo a totalidad. Algunas de estas que se propusieron en un inicio resultaron no ser viables dado el nuevo contexto del servicio, razón por la que se incluyeron otras y se replantearon las que se consideraban ejecutables.

Se debe precisar entonces que las actividades fueron algunas modificadas, pero los objetivos seguían siendo los mismos. Los cambios y ajustes se realizaron pensando en cumplir y responder a los ya propuestos, por ende, se modificaron las planeaciones. Para identificar los cambios implementados y qué se logró por objetivo se procede a explicarse uno por uno.

##### **4.2.2.1. Objetivo Específico 1.**

Este objetivo se enmarca en el paradigma sociocrítico, el cual busca, en palabras de Freire (1969), generar reflexión y conciencia crítica en los individuos sobre su situación, para que puedan actuar en busca de mejorar sus condiciones de vida. Al crearse un plan integral de acompañamiento psicosocial para pacientes oncológicos, se pretendía que ellos y los expertos

pudiesen cuestionar la racionalidad instrumental de la medicina, reconociendo la importancia del abordaje social y psicológico. De este modo, este también está fundamentado en la teoría crítica dado que según Horkheimer (2003), esto los conduce a emanciparse de situaciones limitantes y a transformar su realidad.

Asimismo, con base en los principios de la psicooncología se había propuesto llevar a cabo sesiones de mindfulness y yoga. Sin embargo, estas fueron quitadas definitivamente de la planeación porque el ambiente concurrido y ruidoso de la Unidad no permitían cumplir con los lineamientos de calma y tranquilidad de dichas herramientas. Entretanto, las actividades realizadas como la arteterapia, musicoterapia, taller de emociones, duelo y resignificación se sustentaron en dichos postulados. Dado que estos de acuerdo con Sepúlveda et al. (2002), comprenden el impacto multidimensional de la enfermedad en lo emocional, familiar, social, espiritual y también, se basa en el modelo del duelo y sus etapas propuesto por Kübler-Ross.

Por otra parte, para el desarrollo de este objetivo se había propuesto un trabajo interdisciplinar con los estudiantes de psicología. No obstante, esto no logró consolidarse dado que los practicantes asignados al servicio ingresaron en el mes de marzo al hospital, y la practicante que estaría en la unidad tuvo que cancelar su semestre académico por motivos personales.

Como el tiempo avanzaba y era necesario cumplir con las actividades propuestas, la practicante decide realizar la intervención sin apoyo interdisciplinar. Las actividades realizadas para el cumplimiento parcial de este objetivo fueron cinco y responden a él de la siguiente manera:

- Arteterapia: Las actividades llevadas a cabo bajo la aplicación de esta técnica sirvieron como espacios de expresión emocional y manejo saludable de emociones

- negativas para los pacientes y cuidadores. Se realizaron antes de la junta oncológica y permitieron que los participantes tuviesen un momento de distensión y canalización de angustias. Fueron espacios de escucha donde los participantes hablaron sobre sus miedos, esperanzas, experiencias y creencias.
- Musicoterapia: Esta actividad al igual que la de arteterapia posibilitó la creación de un espacio de expresión emocional y mejora del estado de ánimo. Los participantes tuvieron un espacio de escucha activa, donde compartieron recuerdos alegres y escucharon esas canciones que los hacían felices, este taller contuvo sus emociones negativas y sus sentimientos de angustia.
  - Taller de emociones: Aquí se logra abordar la identificación de emociones primarias y emociones negativas como la ansiedad. Así mismo, se logra incentivar a la validación y aceptación de estas emociones y se brindan estrategias para el manejo de la ansiedad. Fue un taller formativo que dejó entrever la confusión y desconocimiento que persiste en las personas sobre las emociones y los sentimientos.
  - Taller del duelo: Este constituyó también un taller formativo y de escucha activa, donde se aborda qué es el duelo y las etapas de este, además se brindaron herramientas para comprender que es un proceso que todos los seres humanos viven, pero que cada persona lo vive de maneras y tiempos distintos.
  - Resignificación de la historia: Este fue un espacio formativo y de escucha activa, donde los participantes pudieron construir una nueva forma de ver y percibir su proceso de enfermedad. Donde la resignificación les permitió ver ese lado positivo del proceso que están viviendo. Así mismo, se esperaba que este ejercicio se

consolide en adelante como una herramienta para la mitigación de emociones negativas en el futuro.

De este modo se desarrolló el cumplimiento y abordaje del objetivo 1. Sin embargo, este no se logra cumplir en su totalidad puesto que, se pretendía crear un plan de acompañamiento psicosocial integral para la mitigación de necesidades en crisis y contención de angustias por medio de espacios formativos y de escucha. Si bien las actividades que se desarrollaron iban orientadas a él, no se logra establecer ni una ruta de atención ni un plan integral específico, se realizaron talleres y espacios puntuales y se abordaron temáticas relevantes, pero no conformaron un plan integral como se esperaba. Dado que se realizó un trabajo parcial, se evidencia que requiere de más tiempo y más apoyo para lograr establecer el plan integral que es necesario.

#### **4.2.2.2. Objetivo Específico 2.**

Este objetivo se alinea con el enfoque de derechos humanos, el cual busca que los sujetos sean conceptualizados como titulares plenos e integrales de derechos, y no solo como beneficiarios de programas asistenciales (Carballeda, 2016). Los talleres realizados sobre mecanismos de exigencia y mitos y realidades del cáncer apuntan a empoderar a los pacientes y cuidadores en el conocimiento y ejercicio de sus derechos en salud. Además, los espacios de actitud de gratitud, comunicación asertiva y redes de apoyo promueven el fortalecimiento de estrategias de afrontamiento positivas, tal como lo plantea la psicooncología.

Por su parte, la metodología utilizada en estos talleres se fundamenta en los postulados de Freire (2002), sobre el diálogo de saberes y la pedagogía de la interacción social de Vygotsky (1979), en estas se reconocer el aporte de los participantes desde su experiencia y se promueve la construcción colectiva del conocimiento. Por esta razón, lo mencionado se alinea con el enfoque

constructivista de Zuluaga (1999), quien reconoce la incidencia de las dinámicas socioculturales en la resignificación del padecimiento.

Por otro lado, en primera instancia se había planteado realizar un trabajo interdisciplinar con el equipo de PYP y los colaboradores del SIAU. Así mismo, se había propuesto realizar espacios formativos en mecánica corporal y el cuidado de la piel. Aspectos que debieron modificarse por razones como la alta cantidad de personas a educar e impactar en cada actividad educativa propuesta en articulación con PYP, la baja de pacientes, la dificultad de establecer fechas afines entre la disponibilidad del Equipo de Educación y los días de mayor flujo de pacientes en la unidad.

Si bien se modificaron algunas actividades el objetivo seguía siendo el mismo y se cumplió mediante los siguientes espacios:

- Taller de actitud de gratitud: este taller teórico-práctico y de escucha posibilitó fomentar una estrategia de afrontamiento resiliente de la enfermedad al promover la adopción de una actitud de gratitud frente a circunstancias adversas.
- Taller de comunicación asertiva: Este taller teórico-práctico brindó las herramientas para mejorar la comunicación entre pacientes y cuidadores, lo que constituye una estrategia de cuidado psicosocial.
- Taller de redes de apoyo: Este fue un espacio formativo teórico y de escucha activa donde los participantes trabajaron en la identificación de sus redes de apoyo y en los tipos de apoyo que perciben de estas. Esta estrategia es fundamental para el afrontamiento resiliente de la enfermedad dado que no es un proceso fácil de sobrellevar estando solo.

- Taller de mitos y realidades del cáncer: Este taller fue un espacio formativo de construcción conjunta del conocimiento y escucha activa, donde se valoraron las experiencias y aprendizajes propios de cada persona. Aquí se desmitificaron creencias erróneas sobre el cáncer y sus tratamientos, lo que posibilita un mejor afrontamiento de la enfermedad y la confrontación de miedos infundados por supuestos heredados.
- Taller de mecanismos de exigencia: Fue un espacio teórico educativo que brindó herramientas a los pacientes para la garantía y el cumplimiento de sus derechos en salud. Se les socializaron las herramientas jurídicas que tienen para ello y que constituyen base para la autogestión de sus derechos.

Estos talleres cumplen con el objetivo propuesto de brindar formación teórico-práctica sobre estrategias de autocuidado psicosocial y de educar para la autogestión y el afrontamiento de la enfermedad para los pacientes y los cuidadores. A diferencia del primer objetivo, en este sí es posible decir que se logra cumplir con lo propuesto dado que los espacios de ser en un futuro más recurrentes constituirían en esencia el plan educacional propuesto.

#### **4.2.2.3. Objetivo Específico 3.**

Cuando se planteó este objetivo por primera vez, se apuntó a construir una validación del proceso desde la perspectiva de los usuarios y cuidadores y profesionales que participaran activamente en el proceso. Sin embargo, en el último cronograma se dejó establecido que la evaluación del proceso solo se haría por parte de los participantes de las actividades, dado que no se contó con colaboración interdisciplinar y no se recibió un acompañamiento activo y consecutivo por parte de la par institucional.

En este sentido, se realiza el proceso de evaluación de actividades una vez estas son finalizadas, cabe aclararse que las sesiones de arteterapia no tuvieron proceso evaluativo. Para

cumplir con el objetivo se empleó el formato de “Evaluación al usuario, familiar y/o cuidador GMC-SIU-FO-09, versión 3” de la ESE HUS. Esta emplea el modelo de preguntas de respuesta cerrada “sí o no” y el modelo de caritas de satisfacción para la valoración de la actividad.

Del proceso de evaluación de actividades se puede concluir que los espacios fueron de agrado para los participantes de las actividades, siendo los indicadores de “totalmente satisfecho” y “bastante satisfecho”. Así mismo, se evidencia que una vez se realiza el proceso de evaluación post actividad los conocimientos son claros en los participantes.

Si bien todas las evaluaciones individuales aseveran que los espacios fueron útiles para los participantes y de su agrado, fue el proceso de evaluación durante el desarrollo de la actividad el que más valor tiene para la practicante. Constantemente durante el desarrollo de los espacios la practicante hacía preguntas alusivas al tema para verificar que se estuviesen entendiendo los conceptos explicados. Así mismo, para ella la participación activa de los usuarios y cuidadores representaba la comodidad y utilidad de las sesiones. La interacción entre los sujetos durante el desarrollo de las actividades, las risas, consejos, historias, anécdotas, confesiones y en resumen, la construcción de conocimiento conjunto es el resultado más valioso.

## **5. Reflexiones De Fondo**

### **5.1. Con Base Al Marco Teórico**

En general, se observa coherencia entre los objetivos planteados, las actividades desarrolladas y los principios teóricos que guiaron la intervención. El objetivo 1 buscaba crear un plan de acompañamiento psicosocial integral alineado con los principios del cuidado paliativo multidimensional propuestos por Sepúlveda et al. (2002), y con el enfoque de la psicooncología para abordar el impacto emocional, familiar, social y espiritual del cáncer. Así mismo, se evidencia la importancia y el abordaje de los planteamientos del duelo anticipado de Elizabeth

Kübler-Ross (1993), dado que fueron fundamento sólido para el espacio formativo del duelo.

Si bien no fue posible lograr la construcción del plan integral dadas las implicaciones de este, las actividades de arteterapia, musicoterapia, talleres de emociones, duelo y resignificación apuntaron de manera clara a la contención de angustias y a brindar espacios de expresión emocional, manejo de emociones y acompañamiento del proceso de duelo, lo cual está alineado con los postulados del marco teórico ya mencionados. El reto principal fue la falta de trabajo interdisciplinario, contando con presencia de un psicólogo en la unidad de oncología, para conseguir una intervención más integral.

Por otro lado, el objetivo 2 que pretendía brindar formación teórico-práctica sobre autocuidado psicosocial y afrontamiento de la enfermedad se cumplió satisfactoriamente. Los talleres realizados sobre actitud de gratitud, comunicación asertiva, redes de apoyo, mitos y realidades del cáncer y mecanismos de exigencia, respondieron muy bien a este propósito formativo. En este se evidencia una conexión directa con los postulados de Vygotsky sobre la pedagogía de la interacción social, el diálogo de saberes de Freire y la perspectiva constructivista Zuluaga y Kraftchenko.

Lo anterior, se fundamenta en la experiencia de construcción de saberes de manera conjunta entre facilitadora y participantes, en la continua interacción de sus propias experiencias de vida para las diferentes posturas adoptadas a la hora de realizar las dinámicas y actividades prácticas. Si bien no todos los talleres fueron constructivistas, es posible decir que ninguno de ellos se tornó conductista, los espacios fueron orientados o guiados, pero creados por los participantes mismos, nunca hubo normas preestablecidas o actividades desarrolladas bajo presión. Estas últimas se pensaron de un modo y se llevaron a la realidad de otro, dado que los usuarios tenían plena libertad de expresión y palabra.

De igual forma, es posible mencionar que los postulados de la pedagogía del amor de Marie Poussepin fueron transversales a todo el proceso de intervención. Su ideología de que se debe educar desde el respeto, la dignidad y sobre todo desde el amor, hicieron que cada una de las sesiones fuesen pensadas desde lo teórico y llevadas a cabo desde el corazón. Cada espacio en el que los participantes se reconocían así mismos y a sus familiares, donde hablaban desde su experiencia y se permitían mirar al pasado y visionar el futuro, donde interactuaban con desconocidos y coincidían en creencias y maneras de ver las cosas o diferían en otros, les permitió interactuar desde el corazón. No solo a ellos, cada espacio que lideraba la practicante y cada suceso emotivo que ocurría, fueron bandas curativas para su corazón y enseñanzas para su futuro accionar profesional.

Finalmente, en cuanto al objetivo 3 de evaluación, como ya se precisó no pudo hacerse una validación interdisciplinar ni profesional rigurosa o sistematizada. Sin embargo, los comentarios a favor de los espacios que se venían dando en la unidad se hicieron presentes por parte de algunos profesionales de la unidad que lograron presenciar uno que otro espacio. La aplicación del formato de evaluación al usuario por su parte permitió recoger las impresiones sobre la utilidad y satisfacción con los espacios. Esta fue de algún modo coherente con la mirada sociocultural de Zuluaga sobre la incidencia de las percepciones y experiencias de los participantes.

Como aspectos a mejorar, se identifican tanto la necesidad de fortalecer y propiciar en mayor medida el trabajo interdisciplinario para una intervención más integral en el futuro. También, la necesidad de más apoyo por parte de la par institucional para la gestión del tiempo y vínculos de cooperación y trabajo en equipo. También el relacionamiento con los profesionales del área y en general del hospital, la cooperación interdisciplinar es posible, pero debe procurarse

emprenderla desde el momento I de práctica.

## **5.2. Con Base En El Método De Grupo De Yolanda Contreras**

El desarrollo de los objetivos puede vincularse con el método de grupo propuesto por Yolanda Contreras (2003), ya que ambos apuntan a fortalecer las capacidades de los individuos para afrontar sus realidades y promover cambios positivos. Por un lado, la ejecución por medio de actividades grupales se relaciona con el planteamiento de la autora, quien afirma que el TS de Grupo “es un proceso que por medio de experiencias busca capacitar al individuo para que conozca su realidad objetiva y la forma de actuar sobre su estructura social” (p.13).

Además, la formación teórico práctica brindada en los espacios de comunicación asertiva, redes de apoyo, mitos y realidades, mecanismos de exigencia y actitud de gratitud, aportaron al fortalecimiento de las redes de apoyo y a la identificación de las necesidades de la población. Esto se relaciona directamente con el objetivo del método de grupo de Contreras “mejorar el funcionamiento de los sujetos” (2003, p. 13). Sin embargo, hay que mencionar que, dado que los pacientes son ambulatorios en su mayoría y que la estancia en la unidad es limitada, así como que suelen ser trasladados a otras IPS, constituir el trabajo con grupos a largo tiempo siguiendo las etapas propuestas por la autora es difícil.

De modo que, durante cada sesión fue posible abordar solo cuatro de las cinco etapas del método de grupo. En la inicial, la formación, el trabajador social o practicante facilita la integración creando un ambiente de confianza. Para la etapa de orientación, se definen los temas a abordar y se analizan los intereses de los miembros. Como paso a seguir, en el desarrollo, considerada la fase central, se llevan a cabo las actividades planificadas promoviendo el intercambio, la participación activa y el aprendizaje mutuo entre los participantes.

Luego, en la etapa de culminación, se evalúan los logros alcanzados y los aprendizajes

obtenidos. En este momento, el orientador realiza el cierre del proceso grupal y promueve la continuidad de manera individual de los cambios positivos en la cotidianidad. Concerniente a la fase final, seguimiento y evaluación, no se llega a lograr dado que no se realiza un monitoreo para valorar el impacto a mediano y largo plazo del trabajo grupal en los participantes. Esto último debería ser el rol principal del trabajador social, dado que su papel de evaluador se centra en los objetivos alcanzados tanto como en los desafíos y obstáculos enfrentados. Lo que demanda por su parte realizar una retroalimentación constante con los y desde los participantes.

De este modo, podrá ajustar las estrategias de intervención según sea necesario y compartir los aprendizajes para mejorar futuras intervenciones. Además, esta gestión le permitirá brindar acompañamiento psicosocial transversal al proceso, incluso con aquellos pacientes ambulatorios. Por consiguiente, se cumpliría el objetivo de constituir el programa de atención integral y fortalecer el manejo que se le da a la enfermedad en el servicio. Propiciando la creación de espacios de confianza y respeto, el empoderamiento de los participantes por medio de la educación y toma de conciencia de sus capacidades y el reconocimiento de las herramientas que poseen para el afrontamiento resiliente de su proceso.

### **5.3. Con Base En Los Modelos Sistémico Y Humanista/Existencialista**

En relación con los modelos que desde el Trabajo Social dieron sentido a la intervención, que permitieron comprender y explicar lo que ocurría, se situaron aquellos que garantizaban orientar y guiar la práctica a la adaptación del problema a intervenir. El modelo humanista/existencialista permitió en todo momento acreditar a cada miembro su dignidad, libertad de expresión y sobre todo su capacidad de decisión. Como consecuencia se obtuvo un reconocimiento entre orientador y participante como agentes activos del curso de sus vidas. De acuerdo con Viscarret (2007), esto es el respeto de la capacidad de acción y elección de los

sujetos, lo que impulsó a la cooperación y comunicación constante.

Por su parte, el modelo sistémico, aplicado en el proceso dada la versatilidad de métodos que permite implementar, permitió el trabajo interrelacionado de los sujetos con su red de apoyo familiar. Esto porque los diferentes espacios teórico-formativos y prácticos permitieron al individuo percibirse como parte de un entramado socioafectivo, que le instaba a reconocerse como tal y a mejorar con base en él. De igual forma, le permitió identificarse como miembro activo de un sistema más amplio, reconociendo sus derechos dentro de este. También le enseña que su situación no es su responsabilidad y por ende un hecho aislado, sino que es el resultado del abordaje conjunto que demanda.

Estos modelos permitieron a la practicante realizar una crítica del abordaje meramente médico y clínico de la enfermedad, de modo que le apuntó a la transformación de la atención y la estancia en la Unidad por medio de los talleres realizados. Así mismo, estos ofrecieron un enfoque integral y comprensivo del proceso que se realizaba, razón por la cual, las dificultades ya mencionadas durante todo el desarrollo potenciaron las habilidades individuales de la estudiante. Permittedole así sobrellevar los eventos adversos y fomentar la construcción pedagógica de nuevos espacios en el servicio.

#### **5.4. Mirada Del Rol Del Trabajador Social En Oncología**

Partiendo de la concepción del Trabajo Social como una profesión que direcciona sus acciones y quehaceres a la transformación social de la realidad de los sujetos y/o poblaciones con las que se interviene. Es necesario mencionar que, dentro del campo de la salud, específicamente en oncología, su ejercicio no es otro, sino este. Un TS centrado en la problemática que afecta de manera sistemática a diversas personas y que constituye el foco de atención y el objeto de intervención. Cabe aclarar que, si bien la situación problema es común a todos, el nivel de

afectación y los impactos de esta en la Unidad de Oncología y Radioterapia de la ESE HUS, son subjetivos y cambiantes dependiendo del usuario.

Lo anterior, teniendo en cuenta que las afecciones del cáncer no son las mismas para cada persona y, por ende, para su núcleo familiar. Las incidencias dependen de su edad, el tipo de Ca, el estadio de la enfermedad, su género, tipología familiar, salud mental, entre muchos otros factores más. Por esta razón, el ejercicio profesional es diverso y multifacético, así como indispensable en la atención integral de la enfermedad. Coneo (2019), enfatiza que el trabajador social contribuye al mejoramiento de las condiciones que tienen influencia en la calidad de vida del paciente. Esto en dirección al mejoramiento de esta última por medio de intervenciones con sentido psicosocial.

Así mismo, la autora también hace alusión a que su intervención no se centra únicamente en el paciente, sino que debe integrar a la familia. Si se considera al sujeto como parte de un sistema, los abordajes deben percibirlo y reconocerlo como tal. De modo que, se debe primar por el holismo y la transversalidad, con fundamento en la vida digna y los derechos humanos. De ahí que, su accionar incluye al personal de salud que atiende médica y clínicamente a los pacientes, como a los psicólogos que también son miembros del equipo interdisciplinar que presta la atención integral.

No obstante, durante el desarrollo de la actividad y del acompañamiento en el servicio durante ambos momentos de práctica, fue posible evidenciar que esta mirada del quehacer profesional no está institucionalizada ni se realiza en la Unidad. Esto se debe al rol meramente administrativo que se le ha asignado al trabajador social en todo el hospital y también a los nulos esfuerzos de la par institucional por superar esa gestión asistencialista que se realiza. Como bien precisó Alayón (2005), los intereses de la institución pueden ir en contradicción con los

principios éticos de la profesión, razón por la que el profesional debe ser reflexivo y quien priorice la transformación social.

Esto último, jamás fue un objetivo o un interés visible por parte de la par institucional, su ejercicio era meramente administrativo y no se superó por su falta de compromiso y voluntad. Como profesional de las ciencias humanas es indispensable ver al sujeto como el resultado de la dinámica y realidad social, su situación es provocada por diversos factores y puede ser abordada desde diversas miradas y posturas. El modelo de cuidados paliativos señala que se deben brindar a los pacientes desde el primer momento en que se le diagnostica la enfermedad y que debe recibir acompañamiento psicosocial incluso después de haberla superado.

Por tal razón, se precisa aquí que el rol del trabajador social en la Unidad debe repensarse y reconstruirse, la intervención llevada a cabo por la practicante lo refleja. El ejercicio pedagógico donde se le proporciona al paciente y su familiar herramientas para el afrontamiento resiliente de la enfermedad, promueven espacios de escucha activa y le empoderan por medio de la educación en derechos, deben ser parte del renovado quehacer. Además, debe ser él quien oriente la superación de la visión médico-clínica de la atención, instando a la vinculación de un profesional de psicología de forma permanente en el servicio para la atención en crisis y el acompañamiento psicoemocional.

Su trabajo debe esforzarse por ser holístico, sin dejar de lado las tareas administrativas que se realizan. Este cambio incidiría directamente en la calidad de atención que se ofrece en la institución, pero principalmente, en el proceso de enfermedad de los usuarios. Las herramientas que proporciona ser una profesión/disciplina interdisciplinar le da la facultad para realizar un ejercicio de calidad, donde el respeto, la dignidad, los derechos humanos y la transformación social no sean una utopía, sino realidad.

## 6. Conclusiones

La propuesta de intervención psicosocial para la atención integral de los pacientes y cuidadores de la Unidad de Oncología y Radioterapia de la ESE HUS, “Forjando redes”, llevada a cabo durante el segundo semestre de práctica académica, constituye un proceso acertado para el afrontamiento resiliente de la enfermedad. Sin embargo, requiere de más esfuerzos para consolidarse como un programa interdisciplinar de cuidados paliativos, que cubra a cada usuario que se atiende en el servicio. A razón del logro parcial de los objetivos propuestos, se evidencia que es necesario reforzar, mejorar y ampliar los ejes temáticos y de acción.

El desarrollo de los diferentes talleres y actividades propuestas permitió acompañar a los pacientes en procesos como la resignificación de su historia, en el manejo y canalización de emociones negativas. También les aportó herramientas por medio de la educación para entablar una comunicación asertiva entre paciente y cuidador, autogestionar sus derechos en salud, constituir una actitud de gratitud en momentos adversos, reconocer y validar sus emociones. Así mismo, fomentó espacios de escucha activa y de construcción del conocimiento conjunto, donde los saberes obtenidos con base en la experiencia fueron valiosos.

En consecuencia, se puede decir que las acciones implementadas orientaron una nueva visión del TS, tanto para los usuarios como para los colaboradores. Cada una de las sesiones que se llevaron a cabo tuvieron un componente emocional que buscaba en todo momento alejar a los pacientes de su condición de salud, y a las emociones y pensamientos negativos que esta desencadenaba. Cada espacio se pensó y se llevó a cabo de forma constructivista, donde el conocimiento no fuera impartido de forma jerárquica, sino de manera horizontal, donde la experiencia individual de cada sujeto le permitía construir conocimiento para él y para los demás.

Igualmente, el diseño de cada taller se fundamentó en diversas técnicas que resultaron

innovadoras en la unidad y acertadas en su momento de aplicación. Este hecho constituyó un factor de éxito dado que incitó a la participación activa de los pacientes y despertó el interés en todo momento. Además, fundamentó los comentarios aprobatorios y las felicitaciones, percibidas por la practicante en distintos espacios, por parte de los jefes de enfermería del servicio y las auxiliares. Así mismo, instó a la nueva profesional a fomentar un espacio de acompañamiento espiritual que precederá a cada junta oncológica.

Por otra parte, el análisis y el proceso de sistematización efectuado a lo largo de este documento, posibilita la crítica del contexto y la propuesta de continuar reconstruyendo el accionar profesional en todo momento. Reflexionar sobre el ejercicio realizado permitió a la practicante entender el porqué de las cosas y aprender de las mismas, aspectos que durante la vivencia misma no se suelen realizar. Del mismo modo, le permite al lector de este trabajo, cuestionarse, repensarse, aprender, conocer y realizar una crítica fundamentada de todo lo ocurrido.

Esta misma permite la evaluación del proceso mismo que precede a la práctica, es decir, la formación académica. En el pensum actual de la Escuela de Trabajo Social, no existen cátedras o asignaturas relacionadas a la intervención en el campo de la salud. El desconocimiento al ingresar prima en los estudiantes y esto en determinada medida retrasa el ejercicio, también ocasiona que estos desencadenen sentimientos de ansiedad y miedo al ingresar porque no tienen preparación o formación en dicho ámbito. En simultaneo, realiza una crítica al rol del docente orientador del proceso y, sobre todo, a los pares institucionales.

De este último en específico devela la importancia de que sus lineamientos éticos, políticos y principios vayan en relación con la profesión. Dado que, un profesional idóneo, que trabaje y priorice la transformación social fomentará y ayudará a realizar intervenciones acordes

y precisas. Esto es demasiado importante porque el par institucional es quien orienta al estudiante dentro de la institución, le enseña y le aporta, carecer de alguien que cumpla este rol durante el ejercicio práctico condiciona la experiencia práctica misma.

Finalmente, esta sistematización demuestra que es indispensable llevar a cabo intervenciones holísticas cuyo objeto y sujeto de intervención estén definidos y sean acordes al contexto. Del mismo modo, sustenta la variedad de postulados teóricos, métodos, modelos, instrumentos y herramientas que desde Trabajo Social se tienen para realizar el quehacer profesional en concordancia a lo que es la profesión/disciplina. Por último, permite evidenciar la necesidad de realizar una evaluación crítica en todo momento, dado que las dinámicas sociales son cambiantes y, por ende, el accionar debe ajustarse a esta realidad.

### **6.1. Recomendaciones**

Este apartado se realiza con el propósito de aportar a la continuidad del proceso que se comenzó en la Unidad de Oncología y Radioterapia del HUS. Si bien redactarlo da la connotación de un cierre para la practicante, se espera que sea un punto de referencia para quien decida continuarlo. En este sentido, como primera recomendación, se insta a mirar el proceso de práctica preprofesional y la propuesta de intervención como una oportunidad. Todo lo que se vive en campo es una ocasión de construir, mejorar, formarse como profesional íntegro y experimentado.

Así mismo, es esa posibilidad de cooperar, transformar y ayudar a quién lo necesita. No de manera romantizada o sin fundamento, sino desde la formación teórico-práctica que se ha recibido a lo largo de la preparación profesional. Es decir, contribuyendo significativamente desde el conocimiento y creándolo de igual manera. Mirar el proceso de esta forma evitará que se caiga en el desánimo y en el agobio cuando se presente una dificultad o punto de inflexión.

Particularmente en este campo, pero más en el servicio, no es buen consejero sentirse desmotivado.

La segunda recomendación gira en torno a la interdisciplinariedad, trabajar solo es posible, pero no es recomendable, se llega más lejos estando acompañado. Esta es una profesión que requiere trabajo en equipo y conjunto, porque no hay transformación social sin entender que el todo es un sistema. El acompañamiento óptimo de los pacientes requiere de una intervención coordinada por un equipo integral que pueda abordar todas las necesidades de los usuarios y sus familias desde distintas esferas. Desde TS es posible transformar la realidad social del sujeto con abordajes holísticos, para ello se debe contar con la mirada y participación de otras ciencias y áreas del conocimiento, como de las instituciones públicas y privadas.

Otra recomendación, es necesario que se destinen tiempo y recursos suficientes para el diseño detallado y estructurado de un plan de acompañamiento psicosocial desde la perspectiva del cuidado paliativo multidimensional, esto permitirá trazar una ruta clara de atención con actividades, cronogramas y seguimiento ordenado de cada caso particular. Así mismo, se recomienda incrementar los espacios vivenciales y de expresión artística como la arteterapia y la musicoterapia, puesto que estos resultaron muy valiosos, de alta acogida y participación por parte de los usuarios y también de los colaboradores.

Por otra parte, se recomienda diseñar un sistema de evaluación y seguimiento más robusto que permita medir el impacto de las intervenciones con indicadores objetivos de calidad de vida, estado emocional y adherencia al tratamiento. Así mismo, este debe valorar la aplicación de las herramientas psicosociales socializadas y brindadas en la institución, para cumplir con la última etapa del método de grupo y como evaluación de la pertinencia y resultados del programa.

De igual importancia, es fundamental la creación de un perfil de trabajador social acorde

con los principios que guían la profesión y a lo requerido en el servicio. El desarrollo de sus funciones administrativas no debe dejarse de lado, pero no pueden acaparar toda la atención y esfuerzos. Acompañar de manera integral a los pacientes y sus familias debe constituir el objeto central de su quehacer profesional. Contribuyendo de esta forma a la transformación social, aportando a la construcción de un trabajo social oncológico innovador, centrado en los sujetos y con fundamento en los cuidados paliativos.

Finalmente, se recomienda sistematizar el proceso que se realice, a fin de poder hacer seguimiento de la propuesta y evidenciar los avances del mismo. Para ello, se propone realizar los ajustes necesarios para que el proceso continúe en el tiempo y esté a cargo de los profesionales de Trabajo Social, no del practicante.

## **6.2. Propuestas**

Con base en toda la experiencia de práctica y en relación con la sistematización y el análisis que esta permitió realizar del desarrollo de la propuesta se propone, con el objetivo de garantizar la perdurabilidad del programa de atención psicosocial desde Trabajo Social, vincular este mismo a la Escuela de Cuidando Cuidadores. Esta hace parte de una de las doce estrategias del Programa de Humanización que tiene el hospital, en este sentido, articular ambos programas, desde la opinión de la practicante, traerá beneficios como apoyo interdisciplinar y económico.

También se propone seguir replicando los espacios de expresión emocional como arteterapia y musicoterapia antes de las juntas oncológicas. Esto debido a que el impacto es bastante significativo en estos días donde las tensiones son mayores dada la valoración por primera vez del grupo de expertos y/o el seguimiento del tratamiento recibido. En este sentido, se debe ajustar el espacio y el horario dado que, si se establece el espacio de acompañamiento espiritual este mismo día, deberán realizarse de manera consecutiva.

Por otro lado, se propone gestionar desde el primer momento de práctica, en compañía

del par institucional y el docente de prácticas, el trabajo interdisciplinario con los profesionales de psicología, PYP y el SIAU. Teniendo en cuenta que las actividades con ellos deben programarse con buen tiempo de antelación y por parte de PYP, deben contar con un mínimo de usuarios y cuidadores impactados con las actividades.

Finalmente, se propone poder explorar la colaboración y articulación del desarrollo de las actividades y talleres con las asignaturas de Previsión y Pedagogía Social. Esto en búsqueda de aumentar los ejercicios prácticos durante la formación académica y con el propósito de realizar un acercamiento al campo de la salud. Además, esto conllevaría a la mejora continua del proceso y que el impacto sea mayor dada la cantidad de participación que tendrá.

### Referencias Bibliográficas

- Alayón, N. (2005). "Trabajo Social Libertario". Córdoba: Espacio Editorial.
- American Cancer Society. (s.f.). Tratamiento en el hogar. <https://www.cancer.org/es/cancer/personas-que-atienden-a-la-persona-con-cancer/para-la-persona-a-cargo-del-cuidado-de-alguien-con-cancer.html>
- Ander-Egg, E. (1982). Metodología y práctica del desarrollo de la comunidad. Editorial El Ateneo.
- Andrade-Macías, G. et al. (2024). Intervención del trabajador social en el área de oncología del Hospital Solca Portoviejo. Revista científica de Ciencias Sociales y Trabajo Social "Tejedora". Vol. 7 (Núm. 14). Pp. 361-378.
- Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos. (2023). Situación de los cuidados paliativos en Colombia 2022. Recuperado de <https://asocuidadospaliativos.org/informes/2023.pdf>
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Paidós.
- Carballeda, A. (2016). *El enfoque de derechos, los derechos sociales y la intervención del Trabajo Social*. Margen: revistas de trabajo social y ciencias sociales. ISSN-e 0327-7585. No. 82. (pp. 1-4).
- Cifuentes, et al. (2001). Intervención de trabajo social avances y perspectivas 1995-2000. Universidad de La Salle.
- Cifuentes, R. (s.f.). Sistematización de experiencias en Trabajo Social: Desafío inminente e inaplazable. Ponencia presentada al III Congreso Internacional Trabajo Social Formación profesional investigación sistematización e identidad profesional en la modernidad, preguntas y respuestas. <https://cepalforja.org/sistem/bvirtual/wp->

[content/uploads/2016/10/Sistematizaci%C3%B3n-de-exps-en-TS-desaf%C3%ADo-Inminente-e-inaplazable-RMCG-dic-010.pdf](https://repositorio.unicartagena.edu.co/bitstream/handle/11227/9456/Situaci%C3%B3n-de-exps-en-TS-desaf%C3%ADo-Inminente-e-inaplazable-RMCG-dic-010.pdf)

Coneo, R. (2019). El rol del profesional del trabajo social en el área oncológica pediátrica de la ciudad de Cartagena de Indias. Universidad de Cartagena.

<https://repositorio.unicartagena.edu.co/bitstream/handle/11227/9456/Situaci%C3%B3n%20actual%20del%20c%C3%A1ncer%20infantil%20en%20Cartagena-Rut.pdf?sequence=1>

Consejo Nacional de Trabajo Social. (2019). Código de ética de los trabajadores sociales en Colombia y reglamento interno del Comité de Ética. Diario Oficial No. 51.079.

Contreras, Y. (2003). *Trabajo Social de Grupos*. Pax México. Segunda Edición.

Federación Internacional de Trabajadores Sociales y Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social. (2014). Definición global del Trabajo Social. <https://www.ifsw.org/what-is-social-work/global-definition-of-social-work/>

Freire, P. (1996). *Pedagogía del oprimido*. Segunda Edición. Siglo XXI.

Freire, P. (2002). *Pedagogía de la autonomía: saberes necesarios para la práctica educativa*. Siglo XXI Editores Argentina.

Giroux, H. (1990). *Los profesores como intelectuales Hacia una pedagogía crítica del aprendizaje*. Paidós.

Global Cancer Observatory. (2020). Incidence, Mortality and Prevalence by cancer site. World Health Organization. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/170-colombia-fact-sheets.pdf>

González, F. (2005). *¿Qué Es Un Paradigma? Análisis Teórico, Conceptual y psicolingüístico Del Término*. Investigación Y Postgrado. V.20. N. 1. ISSN 1316-0087.

[https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1316-00872005000100002](https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-00872005000100002)

Gordillo, N. (2007). *Metodología, método y propuestas metodológicas en Trabajo Social*.

Revista tendencia de Retos. No. 12. (pp. 119-135)

Horkheimer, M. (2003). *Teoría crítica*. Amorrortu.

Instituto Nacional Del Cáncer. (s.f.). *Cuidados paliativos para la persona con cáncer*.

<https://www.cancer.gov/espanol/cancer/cancer-avanzado/opciones-de-cuidado/hoja-informativa-cuidados-paliativos#qu-son-los-cuidados-paliativos>

Instituto Nacional del Cáncer. (s.f.). Definición de determinantes sociales de la salud.

Diccionario de cáncer del NCI.

<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/determinantes-sociales-de-la-salud>

Jara, O. (2018). *La sistematización de experiencias: práctica y teoría para otros mundos posibles*.

Fundación Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano CINDE.

Kawachi, I. (1997). Social capital, social cohesion and health. Social capital: Multidisciplinary perspectives. *World Scientific Publishing*. (pp. 290-306).

Kawachi, I., et al. (1997). "Social capital, income inequality, and mortality". *American Journal of Public Health*, 87(9), 1491-1498. <https://doi.org/10.2105/AJPH.87.9.1491>

Kisnerman, N. (2005). *Pensar el Trabajo Social*. Lumen Humanitas.

Kraftchenko, et al. (2009). Capítulo IX, Constructivismo. Editorial Universitaria. p. 90.

Kübler-Ross, E. (1993). *Sobre el duelo y el dolor*. Luciérnaga.

Ley 1384 de 2010. "Por la cual se establecen las acciones para la atención integral del cáncer en Colombia". 19 de abril de 2010. Diario Oficial 47.685.

Ley 1388 de 2010. "Por el derecho a la vida de los niños con cáncer en Colombia. 26 de mayo de

2010. Diario Oficial No. 47.721.

Ley 1751 de 2015. “Ley estatutaria por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”. 16 de febrero de 2015. Diario Oficial No. 49.427.

Ley 53 de 1977. Por la cual se introducen modificaciones al Código Sustantivo del Trabajo. Título III sobre el ejercicio profesional de Trabajo Social. 23 de diciembre de 1977. Diario Oficial 34940.

Martín, N. (2016). *Paciente Oncológico: qué es, síntomas y tratamiento*. TOPDOCTORS ESPAÑA. <https://www.topdoctors.es/diccionario-medico/paciente-oncologico#:~:text=Por%20paciente%20oncol%C3%B3gico%20se%20entiende,pacientes%20que%20padecen%20otras%20enfermedades>.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2022). Plan Nacional para el Control del Cáncer 2022-2026. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/plan-nacional-control-cancer-2022-2026.pdf>

Minuchin, S. (1979). *Familias y terapia familiar*. Gedisa.

Moro, L. et al. (2014). *El proceso de comunicación en oncología: relato de una experiencia*. PSICOONCOLOGÍA. Vol. 11, Núm. 2-3, 2014, pp. 403-418 ISSN: 1696-7240 – DOI: 10.5209/rev\_PSIC.2014.v11.n2-3.47397

Netto, J. (1992). *Capitalismo monopolista y Servicio Social*. Cortez Editora.

Netto, J. (2003). *El Trabajo Social frente a la Constitución de Derechos Humanos. En la construcción del Proyecto Ético-político del Servicio Social frente a la crisis contemporánea*. Cortez Editora.

Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2006).

- Preguntas frecuentes sobre el enfoque de derechos humanos en la cooperación para el desarrollo. <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/FAQsp.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (1948). Constitución. <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>
- Organización Mundial de la Salud. (1998). Promoción de la Salud: Glosario. <https://www.who.int/healthpromotion/sobre/glosario/en/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2008). Subsana las desigualdades en una generación. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Cuidados paliativos. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2022). Cáncer. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2007). La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Atencion Primaria Salud-2007-SPA.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2009). Determinantes Sociales de la Salud. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
- Pérez, A. (2020). Implicaciones del Trabajo Social en la calidad de vida durante el proceso oncológico. Universidad de Zaragoza. Trabajo de grado. <https://zagan.unizar.es/record/101941/files/TAZ-TFG-2020-1503.pdf>
- Poussepin, M. (2021). Un carisma al servicio de la misión compartida. Santa Sede.

Resolución 1416 de 2016. [Ministerio de Salud y Protección Social]. Por la cual se adiciona el Manual de inscripción de Prestadores y Habitación de Servicios de Salud adoptado por la resolución 2003 de 2014. 20 de abril de 2016. Ministerio de Salud y Protección Social.

Resolución 2590 de 2012. [Ministerio de Salud y Protección Social]. Por el cual se constituye el Sistema Integrado en Red y el Sistema Nacional de Información para el Monitoreo, Seguimiento y Control de la Atención del Cáncer en los menores de 18 años, integrando la base de datos para la agilidad de la atención del menor con cáncer, el Registro Nacional de Cáncer Infantil y el Número Único Nacional para los beneficiarios de la Ley 1388 de 2010. 5 de septiembre de 2012. Ministerio de Salud y Protección Social.

Resolución 4496 de 2012. [Ministerio de Salud y Protección Social]. Por la cual se organiza el Sistema Nacional de Información en Cáncer y se crea el Observatorio Nacional de Cáncer para Colombia. 28 de diciembre de 2012. Ministerio de Salud y Protección Social.

Resolución 0247 de 2014. [Ministerio de Salud y Protección Social]. Por la cual se establece el reporte para el registro de pacientes con cáncer. 03 de febrero de 2014. Ministerio de Salud y Protección Social.

Resolución 0429 de 2016. [Ministerio de Salud y Protección Social]. Por la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud. 17 de febrero de 2016. Ministerio de Salud y Protección Social.

Resolución 3202 de 2016. [Ministerio de Salud y Protección Social]. Por la cual se adopta el Manual Metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS, se adopta un grupo de Rutas integrales de Atención en Salud desarrolladas por el Ministerio de Salud y Protección Social dentro de la Política de Atención Integral en Salud – PAIS y se dictan otras disposiciones. 25 de julio de 2016.

Ministerio de Salud y Protección Social.

Resolución 3280 de 2018. [Ministerio de Salud y Protección Social]. Por medio de la cual de adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Perinatal.

Rodríguez, K. et al. (2021). Intervención social en el área de oncología a nivel público y privado. Universidad Antonio José Camacho. Trabajo de grado para optar por el título de Trabajadoras sociales.

<https://repositorio.uniajc.edu.co/server/api/core/bitstreams/e940857b-cb95-42b0-bc5b-a5d8bf32db0b/content>

Romero, M. (2015). Intervención profesional del Trabajo social en el campo de la oncología. Cuadernos I Esfera pública y procesos de intervención en trabajo social. pp. 73 - 83.

<https://catspba.org.ar/wp-content/uploads/2019/06/I.-ESFERA-PUBLICA-Y-PROCESOS-DE-INTERVENCION-EN-TRABAJO-SOCIAL.pdf#page=73>

Salamanca, et al. (2020). *Experiencias personales y profesionales de pacientes con cáncer de mama adscritas a un centro de oncología de Santander*. Informes Psicológicos Vol. 20 No. 1 • Enero-Junio • 2020. Pp. 91-109. ISSN – e: 2422-3271

Secretaría de Salud de Santander (2023). Informe de Gestión 2022. Recuperado de <https://www.saludsantander.gov.co/informes/gestion-2022.pdf>

Sepúlveda, et al. (2002). *Palliative Care: the World Health Organization's global perspective*. Journal of Pain and Symptom Management, 24(2), 91-96.

Unión Internacional Contra el Cáncer [UICC]. (2018). Declaración de derechos del paciente con cáncer.

<https://www.uicc.org/sites/main/files/atoms/files/Declaraci%C3%B3n%20de%20los%20Derechos%20del%20Paciente%20con%20C%C3%A1ncer.pdf>

Vanzini, L. (s.f.). El Trabajo Social en el ámbito de los cuidados paliativos: una profundización sobre el rol profesional. Documentos de Trabajo Social. No. 47. Pp. 184-199. ISSN 1133-6552

Varies, J.A. (2020). El Trabajo Social en el campo de la salud: desafíos y perspectivas en la coyuntura COVID-19. Trabajo Social Hoy, (89), 7-26.

<https://doi.org/10.12960/TSH.2020.0001>

Viscarret, J. (2007). *Modelos y métodos de intervención en Trabajo Social*. Alianza.  
<https://juanherrera.files.wordpress.com/2009/09/capitulo-8-modelos-de-intervencion-en-ts.pdf>

Vygotsky, L. (1979). El desarrollo de los procesos psicológicos superiores. Grijalbo.

Zambrano-Albán, A. et al. (2022). *Afectación psicológica y social en las familias de los pacientes con cáncer*. Pol. Con. (Edición núm. 70) Vol. 7, No 5, Mayo 2022, pp. 427-442, ISSN: 2550 - 682X

Zuluaga, O. L. (1999). Pedagogía e historia: La historicidad de la pedagogía. La enseñanza, un objeto de saber. Siglo del Hombre Editores.

## Apéndice

### Matriz Categorical

Categoría	Definición	Subcategoría	Definición	Preguntas a pacientes	Preguntas a cuidadores	Preguntas a expertos
Caracterización socioeconómica	Esta categoría busca conocer las condiciones sociales y económicas de los pacientes. Permite identificar características demográficas relevantes.	Edad	Rango de edad de la muestra poblacional. Permite analizar grupos etarios más afectados.	¿qué edad tiene?	¿qué edad tiene?	¿qué edad en promedio tienen los pacientes que atiende?
		Sexo	Distribución por sexo. Útil para conocer diferencias por género.	¿Cuál es su sexo?	¿Cuál es su sexo?	¿Podría mencionar en promedio cuál es la mayor población entre mujeres y hombres que atiende?
		Estrato	Nivel socioeconómico según estratificación. Sirve para relacionar con acceso a servicios.	¿Qué estrato es?	¿Qué estrato es?	¿La mayoría de sus pacientes pertenecen a qué nivel socioeconómico?

Nivel educativo	Escolaridad alcanzada. Puede evidenciar limitaciones de conocimiento.	¿Qué nivel educativo alcanzó?	¿Qué nivel educativo alcanzó?	¿En promedio la mayoría de sus pacientes tienen algún nivel educativo?
Ocupación	Actividad laboral o económica. Muestra impactos laborales de la enfermedad.	¿Tiene trabajo? ¿A qué se dedica?	¿Tiene trabajo? ¿A qué se dedica?	¿En promedio sus pacientes laboran o laboraban como empleados públicos, del sector privado o independientes?
Lugar de procedencia	Zona geográfica de residencia del paciente. Identifica posibles brechas territoriales.	¿De dónde es? ¿Dónde vive actualmente?	¿De dónde es? ¿Dónde vive actualmente?	¿Podría identificar de que región provienen sus pacientes?
Tipología familiar	Composición y dinámica familiar del paciente. Fundamental para el apoyo durante la enfermedad.	¿Con quién vive? ¿Cuántos hijos tiene? ¿Estado civil?	¿Con quién vive? ¿Cuántos hijos tiene? ¿Estado civil?	¿Considera usted desde su experiencia, que los pacientes que ha atendido

					cuentan con familias nucleares, monoparentales, extensas?
EPS y régimen	Entidad promotora de salud a la cual está afiliado el paciente. Esta subcategoría permite conocer la distribución de los pacientes según su aseguramiento en salud. Esto puede ser relevante para analizar posibles diferencias o limitaciones en la prestación de servicios de acuerdo con la EPS.	¿Qué EPS tiene? ¿A qué régimen está vinculado?	¿Qué EPS tiene? ¿A qué régimen está vinculado?	¿Los usuarios vinculados a tratamientos de cáncer y que usted ha atendido en su mayoría pertenecen a qué EPS? ¿La EPS del paciente puede influir en su tratamiento?	
Ingresos económicos	Monto aproximado de los ingresos	¿Cuenta con alguna ayuda del	¿Cuenta con alguna ayuda del	¿Podría mencionar porcentualmente	

---

mensuales del paciente y su grupo familiar. Esta subcategoría busca explorar los ingresos monetarios con los que cuenta el paciente y su núcleo familiar para cubrir sus necesidades básicas.

gobierno? ¿Cuál es su ingreso promedio al mes?

gobierno? ¿Cuál es su ingreso promedio al mes?

cuantos de sus pacientes le han manifestado no tener ingresos económicos?

Situación de salud	Busca conocer las condiciones y estado actual de salud de los pacientes oncológicos.	Tipo de cáncer	Localización anatómica del cáncer diagnosticado.	¿Qué cáncer le han diagnosticado? ¿En qué estadio se encuentra?	¿Qué cáncer le han diagnosticado? ¿En qué estadio se encuentra?	¿En promedio, el hospital y el área de oncología, tienen una recepción más frecuente de que tipo de cáncer? Podría nombrar los tres más frecuentes.
		Tiempo de diagnóstico	Fecha aproximada del diagnóstico médico.	¿Hace cuánto le diagnosticaron la enfermedad?	¿Hace cuánto le diagnosticaron la enfermedad?	¿Teniendo en cuenta los protocolos

institucionales y los procesos de atención con la EPS, en promedio cuánto tiempo podría tomar para que un paciente sea diagnosticado con cáncer?

Tratamientos	Tipo de tratamiento médico recibido (quimio, radio, cirugía).	¿Qué tratamientos ha recibido? ¿Por cuánto tiempo ha recibido el tratamiento?	¿Qué tratamientos ha recibido? ¿Por cuánto tiempo ha recibido cada uno?	¿Teniendo en cuenta los recursos institucionales, podría describir cuáles son los tratamientos que el Hospital mayormente le brinda a los pacientes?
Cuidados paliativos	Medidas terapéuticas para mejorar calidad	¿Sabe qué son los cuidados	¿Sabe qué son los cuidados	¿Qué se entiende cómo cuidado

---

recibidos de vida del paciente. paliativos? ¿Ha recibido cuidados paliativos? ¿Desde cuándo recibe cuidado paliativo? paliativos? ¿Ha recibido cuidados paliativos? ¿Desde cuándo recibe cuidado paliativo? paliativo?

---

<p>Conocimiento y exigibilidad de derechos</p>	<p>Indaga sobre el conocimiento y ejercicio de los derechos como pacientes oncológicos.</p>	<p>Nivel de conocimiento de derechos</p>	<p>Grado de información que tienen los pacientes sobre sus derechos.</p>	<p>¿Conoce sus derechos como paciente oncológico?</p>	<p>¿Conocen los derechos que tiene el paciente oncológico?</p>	<p>¿Al momento de ser diagnosticados con cáncer, los encargados de la atención y del área le dan a conocer a los pacientes sus derechos?</p>
		<p>Mecanismos de exigencia empleados</p>	<p>Acciones realizadas para exigir el cumplimiento de sus derechos ante las instituciones.</p>	<p>¿Ha tenido que llevar a cabo algún mecanismo de exigencia para que le atiendan?</p>	<p>¿Han tenido que llevar a cabo algún mecanismo de exigencia para que le atiendan?</p>	<p>¿En la atención a pacientes oncológicos tanto los profesionales o el área de atención han recibido quejas, derechos de</p>

---

petición por alguna  
situación en  
específico?

Calidad de la atención integral	Valora la percepción de los pacientes sobre la atención recibida por el equipo de salud.	Acompañami ento psicosocial	Percepción de la orientación sociofamiliar recibida. Percepción del apoyo de psicología.	¿Ha recibido atención o acompañamiento de profesionales en Trabajo Social? ¿Por qué motivo acudió a Trabajo Social?	¿Ha recibido atención o acompañamient o de profesionales en Trabajo Social? ¿Por qué motivo acudió a Trabajo Social?	¿Conoce cuál es el rol de la trabajadora social en la unidad de oncología?
		Acompañami ento del programa de PYP	Percepción de los pacientes sobre la atención y orientación brindada desde el programa de promoción y prevención.	¿Conoce el programa de promoción y mantenimiento de la salud que tiene el HUS? ¿Ha recibido algún tipo de acompañamiento por parte de los profesionales de	¿Conoce el programa de promoción y mantenimiento de la salud que tiene el HUS? ¿Ha recibido algún tipo de acompañamient o por parte de	¿Qué se entiende por PYP? ¿Identifica si el programa de PYP realiza algún tipo de acompañamiento a pacientes del área de oncología? ¿De qué manera se

<p>PYP en psicología o TS?</p>	<p>los profesionales de PYP en psicología o TS?</p>	<p>aborda la prevención en pacientes oncológicos y sus familiares? ¿Cuáles serían esos acompañamientos? ¿Considerando que el cáncer es una enfermedad genética en muchos casos, considera importante realizar actividades de prevención con familiares de los pacientes ya diagnosticados? ¿Qué actividades extramurales se pueden orientar desde PYP para la</p>
------------------------------------	---	---

---

detección temprana del cáncer?

<p>Articulación entre servicios</p> <p>Analiza la coordinación entre los diferentes servicios y programas de la institución de salud.</p>		<p>Remisiones</p>	<p>Derivaciones entre servicios para complementariedad de tratamiento.</p>	<p>¿Con qué profesionales psicosociales le han remitido?</p>	<p>¿Como cuidador le han remitido con profesionales psicosociales? ¿Con qué profesionales psicosociales le han remitido?</p>	<p>¿Para usted es importante remitir a un paciente oncológico con profesionales expertos en salud mental y acompañamiento social? ¿En algún momento los ha remitido? ¿Por qué llevó a cabo la remisión?</p>
		<p>Seguimientos</p>	<p>Monitoreo continuo de cada paciente.</p>	<p>¿Los médicos han hecho seguimiento de su enfermedad?</p>	<p>¿Los médicos han hecho seguimiento de la enfermedad?</p>	<p>¿En su opinión, cómo deberían realizarse los seguimientos a los pacientes además del acompañamiento</p>

médico?

Aspectos familiares relacionados al diagnóstico de cáncer	Esta categoría buscaría explorar el impacto que tiene el diagnóstico de cáncer sobre la dinámica y organización familiar.	Cambios en los roles familiares	Indaga cómo la enfermedad modifica roles y responsabilidades de los miembros de la familia.	¿Quiénes le han acompañado en este proceso? ¿Qué clase de apoyo recibe de ellos?	¿Quiénes le han acompañado en este proceso? ¿Qué clase de apoyo recibe de ellos?	¿En términos familiares qué es lo más importante para un paciente durante su tratamiento?
		Efectos psicoemocionales en la familia	Identifica reacciones emocionales prevalentes en el núcleo familiar frente al diagnóstico	¿Tiene algún tipo de acompañamiento espiritual?	¿Han recibido algún tipo de acompañamiento o psicoterapéutico en este tiempo? ¿Tiene algún tipo de acompañamiento o espiritual?	¿Desde la experiencia médica, el acompañamiento socioemocional es relevante para el tratamiento proporcionado al paciente? ¿En qué aspecto considera usted que influye positivamente?
			Analiza la disponibilidad de parientes cercanos que	¿Quién es la persona de su familia que se	¿Es usted el cuidador principal? ¿Qué	Desde su experiencia, ¿quién es el principal

pueden prestar apoyo e identifica al familiar que asume el rol de cuidador primario del paciente.

encarga de cuidarle y apoyarle durante la enfermedad?

parentesco tienen? ¿Quién le ayuda a usted?

cuidador del paciente? ¿Llega usted a tener conocimiento de que tal están las redes de apoyo familiares del paciente? ¿Cómo considera usted que debería realizarse el proceso de acompañamiento con un paciente diagnosticado?