

**UNIDAD DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER:
UN ESPACIO DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL EN TRABAJO SOCIAL.**

AURA ANDREA BECERRA VESGA

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA TRABAJO SOCIAL
BUCARAMANGA**

2012

**UNIDAD DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER:
UN ESPACIO DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL EN TRABAJO SOCIAL.**

AURA ANDREA BECERRA VESGA

Proyecto de grado para optar al título De Trabajadora Social

Directora

ADRIANA VEGA MARTINEZ

Trabajadora Social

UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER

FACULTAD CIENCIAS HUMANAS

ESCUELA TRABAJO SOCIAL

BUCARAMANGA

2012

DEDICADO A:

Este proyecto está dedicado a los pacientes de la unidad de oncología de la E.S.E Hospital Universitario de Santander, por y para quienes se hace posible, a mis profesores quienes aportaron sus conocimientos y con los cuales el desempeño como profesional fue el esperado, a mis padres porque sin su apoyo y esfuerzo no hubiese sido posible este triunfo.

Dedico mi triunfo a mis padres y mi hermano quienes son el motor de mi vida y por quienes seré una excelente profesional del Trabajo Social. A Don Vidal y a Don Ramón, mis abuelos, que desde el cielo acompañaron mi proceso.

AGRADECIMIENTOS

Gracias doy a Dios por darme la oportunidad de adquirir el don de gente y por permitirme cursar estos años en una de las universidades más prestigiosas de Colombia, la Universidad Industrial de Santander UIS, gracias a mi madre por su apoyo moral, a mi padre por su esfuerzo y dedicación, a mi hermano por todos los momentos de alegría, a Nury quien hizo parte importante de este proyecto, a Rosa mi compañera de viaje por su amistad y su apoyo, al HUS por recibirme, a Diana Isabel por abrirme un espacio en su oficina y en su corazón, a mi directora de proyecto por enseñarme a ser mejor profesional.

Por último agradezco a todas las personas que me acompañaron en el proceso de formación profesional porque me aportaron conocimientos y herramientas que me serán útiles para mi vida.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION	14
1. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA	18
1.1 LA SALUD	18
1.2 ENFERMEDAD	21
1.3 EL CÁNCER	22
1.4 ENFOQUE DE DERECHOS	29
1.5 LA RESILIENCIA	32
1.6 PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD	34
2. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA	39
2.1 CONTEXTO INTERNACIONAL	39
2.2. CONTEXTO NACIONAL	43
3. CARACTERIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN	51
3.1 E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER	51
3.1.1 Unidad de Oncología y Radioterapia	54
3.2 CARACTERIZACIÓN DEL GRUPO POBLACIONAL	57
4. CARACTERIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA	61
4.1 DIAGNÓSTICO	62
4.2. JUSTIFICACIÓN	67
4.3 DISEÑO METODOLÓGICO	69
4.4 OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN	70
4.5 PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN	71
5. EVALUACIÓN	85
6. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN: ORIENTACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO A LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES EN ETAPA DE DIAGNOSTICO ACERCA	

DE LA ENFERMEDAD ONCOLÓGICA PARA EL AUMENTO DE LAS CAPACIDADES RESILIENTES E INTEGRACIÓN A SU CIRCULO SOCIAL	89
6.1 JUSTIFICACIÓN	89
6.2 REFERENTE TEÓRICO	90
6.3 OBJETIVOS	92
6.3.1 General	92
6.3.2 Específicos	92
6.4 POBLACIÓN SUJETO DE INTERVENCIÓN	92
6.5 PROCESO METODOLÓGICO	93
6.5.1 fase 1 Acercamiento entre actores	93
6.5.2 Fase 2 – Implementación del proyecto	95
6.5.3 Fase 3 – Evaluación del proceso	96
7. CONCLUSIONES	97
8. RECOMENDACIONES	99
BIBLIOGRAFÍA	100
ANEXOS	105

LISTADO DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Determinantes de la salud	20
Figura 2. Organigrama Hospital Universitario de Santander	54

LISTADO DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Tipos de cáncer	23
Cuadro 2. Diferencias entre promoción de la salud y prevención de la enfermedad.	38
Cuadro 3. Relación de pacientes mensuales Régimen Subsidiado	60
Cuadro 4. Primer acercamiento a la realidad.	73
Cuadro 5. Conociendo sus derechos.	78
Cuadro 6. Refuerzo de la autovaloración, autonomía y autoestima	81
Cuadro 7. Fase 1 – Acercamiento entre actores	93
Cuadro 8. Fase 2 – Implementación del proyecto	95

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO A. Cáncer según su ubicación	105
ANEXO B. tratamientos para el cáncer	114
ANEXO C. protocolo de Observación	116
ANEXO D. Escala FES	119
ANEXO E. Fotos	122
ANEXO F. Folleto capacitación en derechos y deberes	123
ANEXO G. Trabajo con los grupos.	125
ANEXO H. Grupo talleres autoestima	126
ANEXO I. Test Autovaloración	127
ANEXO J. Cuento “el verdadero valor del anillo”.	129

RESUMEN

TITULO: UNIDAD DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER: UN ESPACIO DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL EN TRABAJO SOCIAL

AUTOR: AURA ANDREA BECERRA VESGA**

PALABRAS CLAVES: cáncer, Salud Pública, Resiliencia, Familia, Vínculo Familiar, derechos del paciente.

CONTENIDO

El presente trabajo de grado referencia la experiencia realizada en la unidad de oncología de la E.S.E Hospital Universitario de Santander HUS, en el marco de la práctica de formación profesional en Trabajo Social, la cual se desarrolló con los pacientes oncológicos y sus familias y cuidadores, asistentes a los servicios de la misma, durante el segundo periodo académico de 2011; este informe pretende realizar un acercamiento del profesional a los efectos psicosociales que trae la enfermedad oncológica y la importancia del vínculo familiar en el proceso de tratamiento para generar en el paciente mayor autovaloración y afianzar la resiliencia entre los unos y los otros.

Los temas abordados comprenden, el marco epistemológico, teórico-conceptual y normativo, seguido de una contextualización de morbi-mortalidad por cáncer en Colombia y el mundo, así como la descripción general de la institución y una caracterización de la población objeto de intervención; un diagnóstico desde el enfoque tradicional plasmado en un plan de acción que pretende dar respuesta a la problemática encontrada.

Finalmente se presenta una propuesta de intervención profesional: “la familia, el ente integrador del paciente oncológico” que surge como resultado del proceso desarrollado en el periodo antes mencionado, así como las limitaciones, aprendizajes adquiridos y experiencias vividas en la práctica profesional.

* Proyecto de Grado.

** Facultad de Ciencias Humanas. Escuela de Trabajo Social. Directora de Proyecto: Adriana Vega Martínez.

SUMMARY

TITLE UNIDAD DE ONCOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER: UN ESPACIO DE INTERVENCION PROFESIONAL EN TRABAJO SOCIAL*

AUTHOR: AURA ANDREA BECERRA VESGA**

KEYWORDS: Cancer, Health, Resilience, Family, Family Link, patient's rights.

ABSTRACT

This reference work degree in experience at the oncology unit of the ESE Hospital Universitario de Santander HUS, as part of the practice of professional training in social work, which is developing cancer patients and their families and care givers, attending the same services during the second academic period of 2011, this report tries to make a professional approach it the psychosocial effects that brings the cancer disease and the importance of family ties in the treatment process to generate in the elderly self-worth and strengthen resilience amongst one and all.

Topics covered include, the epistemological framework, theoretical conceptual and policy followed by a contextualization of morbidity and mortality from cancer in Colombia and the world as well as the general description of the institution and a characterization or the target population for intervention, a diagnosis from the traditional approach embodied in an action plan meant to address the problems found.

Finally, a proposal for professional intervention, "the family, being inclusive of cancer patient" that arises as a result of process developed in the period mentioned a above, and constraints, lessons learned and experiences gained in professional practice.

* Draft Grade.

** Faculty of Human Sciences. School of Social Work. Project Director: Adriana Vega Martinez.

INTRODUCCION

En Colombia, los tumores malignos constituyen una carga creciente para la población pues anualmente mueren cerca de 30.000 colombianos por esta causa, ocasionando daños y deterioros tanto a hombres como a mujeres que los padecen según cifras del Instituto Nacional de Cancerología, las causas que producen el cáncer son variadas, van desde los cambios demográficos y epidemiológicos hasta la intervención de factores que pueden ser ocasionados por las características genéticas, ambientales o constitucionales de la persona; así como también pueden ser causales los cambios sociales y culturales propios del desarrollo de una sociedad, algunos de los cuales pueden ser prevenidos, detectados y tratados a tiempo.

Ahora bien, el problema del cáncer siempre ha contado con una relevancia fundamental en gran parte de la investigación clínica, hecho que ha marcado un hito importante en la actividad científica pues, se parte de una concepción dinámica de la persona que se inscribe en un contexto social, histórico, político, económico y cultural de la realidad y que se ve sujeta a sus cambios se hace necesario acoger medidas educativas – formativas que contribuyan a la prevención de los factores de riesgo de esta patología.

De cara al contexto planteado en las líneas anteriores, se crea la Unidad de Oncología del Hospital Ramón González Valencia, hoy Hospital Universitario de Santander HUS, el cual ofrece un servicio de atención multidisciplinaria orientada a la promoción, prevención, determinación del diagnóstico y realización de tratamientos como cirugía, quimioterapia, radioterapia a la población infantil, adulta y adulta mayor con cáncer procedente del departamento de Santander y el Nororiente colombiano.

Este escenario se constituye en una oportunidad de múltiples alcances para el accionar profesional de Trabajo Social, de la mano con esta población y sus necesidades sentidas.

Todo con miras a incidir positivamente en la transformación de sus realidades sociales. Al respecto, se plantea intervenir a partir de la educación para la salud, en un proyecto que busca la transformación del pensamiento acerca de la enfermedad y de quienes la padecen, del sentimiento de frustración, confusión y desesperación, y del conocimiento de la población sujeto.

Lo anterior, con la pretensión de motivar comportamientos preventivos para asegurar el bienestar de la familia y la comunidad, a través de una eficaz intervención comunicativa e interactiva ya que ellos son los principales autores de sus resultados y respectivos cambios.

En el presente documento se recopila el proceso llevado a cabo durante la experiencia profesional de Trabajo Social que se desarrolló en el segundo periodo de 2011 para lo cual se describen las diferentes fases a saber: ubicación teórica-conceptual y legal, diagnóstico de la problemática social, planeación, ejecución, evaluación para, por último, plantear una propuesta de intervención que tiene por objetivo, brindar orientación y acompañamiento a las familias de los pacientes en etapa de diagnóstico acerca de la enfermedad oncológica para el aumento de las capacidades resilientes e integración a su círculo social. De esta forma, el primer capítulo establece un marco teórico-conceptual que sustenta la intervención social realizada, haciendo especial énfasis en la resiliencia y en el enfoque de derechos de los pacientes y sus familias y la importancia de la integralidad en su abordaje, de acuerdo a su realidad económica, política, social y cultural particular. En el segundo capítulo, se contempla la contextualización de la experiencia donde se ubica el marco legal y estadísticas de orden internacional y nacional, que permite la comprensión de la realidad de los enfermos de cáncer desde un enfoque

jurídico y de derechos. El tercer capítulo, expone la ubicación contextual a partir de la caracterización de la institución y población atendida en ella como objeto de intervención, desde la lectura analítica de las situaciones vivenciadas en el espacio propio de intervención.

En el cuarto capítulo se da un diagnóstico del objeto de intervención, se justifica la misma, se hace la planeación para dar cumplimiento al proceso y su respectiva ejecución. Teniendo en cuenta que toda intervención tiene sus limitaciones, se vislumbran en esta, el tiempo, ya que se hace demasiado corto para conseguir las metas trazadas y hace que el profesional tome medidas apresuradas en pro de lograrlas, el espacio aunque generoso, poco ayuda al desplazamiento de los pacientes por ende el desarrollo de las actividades se deben hacer en grupos aun cuando hayan sido previstas individualmente. Seguido se tiene un quinto capítulo donde se encuentra la evaluación y se da cuenta de las limitaciones, avances del proceso y el impacto generado en la población sujeto de intervención.

Finalmente en el sexto capítulo, se esboza una propuesta de intervención que busca continuar con el trabajo de intervención familiar de los pacientes de la unidad de oncología del HUS, su objetivo es el de orientar a las familias, a través de un acompañamiento riguroso, ante aquellas dudas, problemas, inquietudes y carencias sociales que surgen a partir del diagnóstico de enfermedad oncológica, aumentando las capacidades de resiliencia tanto del enfermo como de su familia y así integrarlo de nuevo a su círculo social. Por último se plantea un capítulo donde se concluye el periodo de intervención profesional y se dan ciertas recomendaciones a los próximos Trabajadores Sociales en formación, para la continuación del trabajo en el área de la salud y específicamente en la unidad de oncología del HUS.

La intervención en Trabajo Social presenta grandes alcances pues logra que los familiares de los pacientes oncológicos se integren y tomen las riendas del

proceso de tratamiento, así se genera un ambiente propicio para el mejoramiento de su calidad de vida y muestra como resultado que el vínculo familiar es esencial para el desarrollo de sus pacientes.

En esta oportunidad para el avance de la intervención se tuvieron en cuenta las metodologías de Trabajo Social individual y grupal ya que con ellas se permite presentar una estructura de conocer para diagnosticar, establecer un plan de acción, ejecutarlo y evaluar los procesos. Las metodologías escogidas fueron seleccionadas porque facilitan la intervención y ayudan a diagnosticar, establecer un plan de acción, ejecutarlo y evaluar sus procesos.

1. CONCEPTUALIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA

Para el adecuado desarrollo de la experiencia se vislumbran conceptos que llevarán el curso de la misma. Se tendrán en cuenta los siguientes: salud, enfermedad, cáncer, enfoque de derechos, resiliencia, promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

1.1 LA SALUD

La salud por ser un concepto que se adopta, depende de la cultura en la que se produce, pues ella es la que suministra el patrón que define la forma de estar o de ser sano. El fenómeno de la salud afecta significativamente, tanto a las comunidades, como a los individuos, esto ha hecho que se considere como una necesidad existencial básica para el hombre¹.

Por lo anteriormente expuesto, definir el término salud se hace difícil, pues se deben tener en cuenta la cultura y el imaginario que cada ser humano tenga de la misma; de ahí que se haga necesario esclarecer el concepto para tener una mejor comprensión de todos los aspectos relacionados con la salud.

La salud se consideraba como la ausencia de enfermedad en los años 40 del siglo pasado, por lo cual un hombre sano era el que no presentaba ningún signo ni síntoma de malestar.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1946, produce un nuevo concepto de salud que pretende ser más completo e integral; se plantea que la salud es “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia

¹ BLANCO RESTREPO, Jorge Humberto y MAYA MEJÍA, José María. Fundamentos de salud pública. Tomo I. Salud Pública. 2 ed. Medellín. Corporación para investigaciones biológicas. 2005. P1.

de enfermedad”.² Este concepto define la salud como algo positivo, pues sirve para ampliar la visión de los profesionales y ver al ser humano como un ser integral.

Según el Dr. David Bersh, salubrista colombiano, la salud es “un proceso continuo, de variaciones ininterrumpidas que acompañan el fenómeno vital en el hombre, y cuyos efectos sobre dicho fenómeno se reflejan en el grado de éxito que este tenga en el cumplimiento de su fin último³”.

En este sentido, algunos hablan de la salud como un proceso de equilibrio inestable, entre el individuo, la comunidad y el medio ambiente, este proceso es cambiante ya que se tienen en cuenta aspectos como la edad, sexo, condiciones ambientales, cultura, etc.⁴

Se entiende hoy que la salud:

- No es un estado sino un proceso
- No está directamente relacionada con el concepto de normalidad.
- Supera el aspecto biológico involucrando lo psíquico y lo social, es decir, al hombre integral⁵.

La salud y la enfermedad no son categorías o estados nítidamente diferenciados, sino que son parte de un continuo, son dos caras de una moneda; lo que llamamos enfermedad no es un evento súbito en la vida de las personas sino que es la expresión de los factores que rodean al hombre.

² Ibíd. pág. 1

³ RUIZ RODRÍGUEZ, Francisco y GARCÍA RUIZ, Solángel. Accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y su rehabilitación emocional. La intervención de salud mental en el área de rehabilitación laboral. Bogotá D.C. universidad del Rosario. 2010. p11.

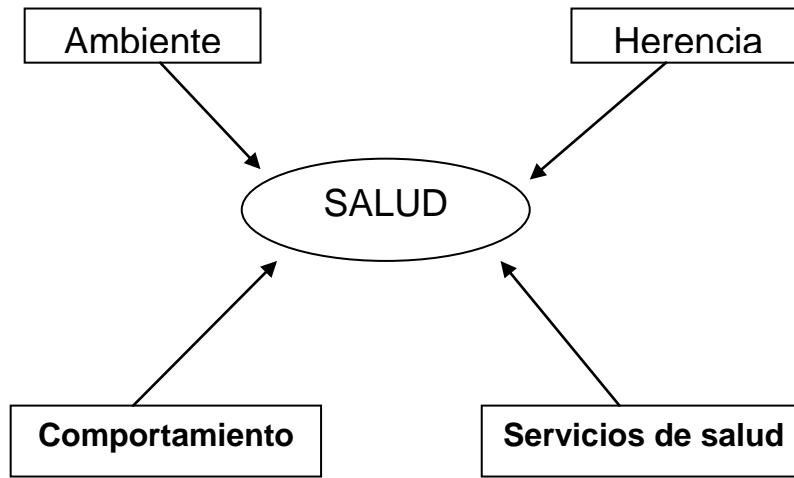
⁴ Op. Cit. BLANCO RESTREPO, Jorge Humberto y MAYA MEJÍA, José María. Pag. 3

⁵ Ibíd. Pag.3

Factores determinantes de la salud

Henrick Blum en 1971 planteó que la salud es la resultante de un gran número de fuerzas, las cuales el agrupa en cuatro (4) categorías de factores: ambiente, comportamiento humano, herencia y servicios de salud⁶.

Figura 1. Determinantes de la salud



Fuente: BLANCO RESTREPO, Jorge Humberto y MAYA MEJÍA, José María. Fundamentos de salud pública. Tomo I. Salud Pública. 2 ed. Medellín. Corporación para investigaciones biológicas. 2005. p3.

Pues bien, salvo los factores propios de la herencia genética de cada persona, los factores ambientales, el estilo de vida y los servicios de salud, pueden ser modificados para alcanzar o conservar la salud.

Vivir en entornos insanos, junto a aguas contaminadas o vertederos, carecer de agua potable para beber o asearse, o no disponer de redes de saneamiento o tratamiento de residuos aumenta drásticamente el riesgo de enfermedad.

La escasez de alimentos (desnutrición) o el consumo desequilibrado de ellos (malnutrición) es otro factor clave.

⁶ Op.cit. BLANCO RESTREPO, Jorge Humberto y MAYA MEJÍA, José María. p3

Algunas costumbres o hábitos de vida contribuyen al incremento de las enfermedades. Una educación adecuada orientada hacia la prevención reduciría muchas de las enfermedades que azotan el mundo.

1.2 ENFERMEDAD

La enfermedad no es algo extraño a la condición humana, sino que forma parte de su naturaleza, al igual que la salud, esto no quiere decir que sea negativa siempre como ocurre en el caso de las inflamaciones que ayudan a superar las infecciones y el dolor que protege de nuevos peligros. La enfermedad no deja de ser el resultado de una forma de relación del individuo con su ambiente.⁷

Existen diferentes factores que pueden provocar enfermedades al ser humano como: biológicos, físicos y químicos, de otros tipos, como el estrés, que pueden ser más difíciles de clasificar⁸.

Las enfermedades pueden clasificarse atendiendo a diferentes criterios, por su causa se distinguen: las infecciosas, provocadas por bacterias o virus y las parasitarias si se adquieren por algún tipo de parásito; según su prevalencia, en epidémicas si afectan a un amplio grupo de población y raras; dependiendo de su origen, en congénitas de nacimiento, hereditarias de familia y adquiridas contraídas en el medio; de acuerdo a su localización, en externas e internas; según su transcurso, en agudas y crónicas si se extienden indefinidamente a lo largo del tiempo, en este grupo se puede localizar la enfermedad que para el desarrollo de este trabajo corresponde, el cáncer.

⁷ MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE. SECRETARIA GENERAL DE EDUCACIÓN Y FORMACIÓN PROFESIONAL. Autonomía personal y salud. Inventora: EVA PÉREZ DE LA PLAZA. España. 2003. p11.

⁸ GORDIS, León. Epidemiología. 3 ed. Elsevier, saunders. Sl. 2000. p 25.

La incidencia de cáncer a nivel mundial ha experimentado un incremento significativo en los últimos años. Las enfermedades malignas de diversos tipos no solo han aumentado, también representan un alto porcentaje entre las primeras causas de muerte en países en vía de desarrollo como Colombia, de hecho en el mundo es la tercera causa de mortalidad y la tendencia es a seguir en ascenso, por esto dicha enfermedad se considera problema de Salud pública. Para muchos especialistas el cáncer es el resultado de vivir en la sociedad actual, basados en tal aseveración dicen que para ayudar a una persona que padece de Cáncer, debe buscarse la raíz del problema, sin obviar el factor psicosocial del individuo, lo que ha vivido, los problemas que ha enfrentado⁹.

1.3 EL CÁNCER

El cáncer constituye un grupo de enfermedades con grandes repercusiones, sociales, económicas y emocionales. La carga creciente del cáncer en el perfil de los colombianos amerita intervenciones oportunas, certeras y coordinadas para lograr el impacto esperado a nivel poblacional e individual sobre su incidencia, discapacidad, calidad de vida y mortalidad¹⁰.

Todo tipo de cáncer empieza en las células, que son las unidades básicas de vida del cuerpo. Para entender lo que es la enfermedad oncológica, ayuda saber lo que sucede cuando las células normales se hacen cancerosas.¹¹ Para corroborar la anterior información es pertinente tener en cuenta que el cáncer afecta todas las unidades del cuerpo y cada uno de ellos posee unas características y efectos en el paciente que lo padece. (Ver Anexo A).

Cáncer es un término que se usa para enfermedades en las que células anormales se dividen sin control y pueden invadir otros tejidos. Las células

⁹SANABRIA, Elizabeth. El cáncer: un problema de salud pública. Marzo 2011. [en línea]. Disponible en: <http://entretodosdigital.blogspot.com/2011/03/el-cancer-un-problema-de-salud-publica.html> (citado 18 enero 2012)

¹⁰BETANCURT PALACIO, Diego. Et al. MINISTERIO DE LA protección social. Plan nacional para el control del cáncer en Colombia 2010-2019. Bogotá. 2010. Pág. 5.

¹¹Ibíd. Pág. 2.

cancerosas pueden diseminarse a otras partes del cuerpo por el sistema sanguíneo y por el sistema linfático¹².

Cuadro 1. Tipos de cáncer

Tipo	Características
CARCINOMA	<p>Un carcinoma es una forma de cáncer con origen en células de tipo epitelial o glandular, de tipo maligno.</p> <p>Los dos grandes grupos de carcinomas son los carcinomas epidermoides y los adenocarcinomas.</p> <p>Los carcinomas constituyen el tipo más común de cáncer.</p> <p>Lugares comunes de carcinomas son la piel, la boca, el pulmón, las mamas, el estómago, el colon y el útero.¹³</p>
SARCOMA	<p>Un sarcoma es una neoplasia maligna que se origina en un tejido conjuntivo, como pueden ser hueso, cartílago, grasa, músculo, vasos sanguíneos, u otros.</p> <p>Sus características biológicas y clínicas son distintas a las de los carcinomas, ya que, al contrario que éstos, no derivan de células de origen epitelial, sino de aquellas células que durante la fase embrionaria forman el mesoderma.</p> <p>Se originan del tejido mesenquimal, poseen poco tejido conectivo y son de aspecto carnosos (fibrosarcoma, liposarcoma, miosarcoma)¹⁴.</p>
HEMATOLINFOIDE	<p>Los tumores hematolinfoides representan un grupo heterogéneo de proliferaciones malignas del sistema linfático. Su origen es extramedular. Esta heterogeneidad hace que puedan presentar entre ellos diferencias clínicas, patológicas, inmunológicas y citogenéticas, lo que además hace que el pronóstico de los diferentes tipos no sea el mismo.¹⁵</p>

Fuente: Elaboración propia de la autora del proyecto, 2012

¹² INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER. Definición del cáncer. [en línea]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es> (citado: 2012-01-16)

¹³ ARGILÉS HUGUET, Joseph Maria. El cáncer y su prevención. Barcelona. Universitat de Barcelona. 1998. P49.

¹⁴ *Ibíd.* p. 50

¹⁵ *Ibíd.* p. 50

Ahora bien, los diferentes tipos de cáncer no tienen una única forma de desarrollo y presentación, por esta razón se hace necesario correlacionar enfermedad-paciente con el propósito de determinar un posible camino para el tratamiento. En este sentido, se debe tener en cuenta:

- A) “El tiempo prolongado de latencia que separa la exposición a un carcinógeno y la manifestación clínica del cáncer.
- B) La participación de múltiples factores en el desarrollo de la enfermedad.
- C) La imposibilidad de determinar con precisión la duración del tratamiento”¹⁶.

Los tratamientos para el cáncer son opciones que el paciente y sus familias tienen, así, con cada uno de ellos se puede mejorar la calidad de vida y ampliar las posibilidades de aliviar los efectos físicos y psicológicos de la enfermedad. Cada uno de los tratamientos para el cáncer (radioterapia, quimioterapia, cirugía y otros tratamientos) tiene un efecto en el paciente que puede llegar a modificar sus estilos de vida, la cirugía, impide la invasión de la enfermedad, con la radioterapia se eliminan las células cancerígenas del tumor y el paciente es más tolerante a esta, mientras con la quimioterapia los efectos se hacen menos llevaderos ya que compromete el estado físico y metabólico del paciente. (Ver Anexo B).

Factores de riesgo del cáncer.

Dado que el cáncer no es una sola enfermedad, no tiene una sola causa. Muchas causas o factores de riesgo pueden contribuir a la posibilidad de que una persona contraiga el cáncer. Los factores de riesgo son diferentes con cada tipo de cáncer¹⁷.

¹⁶ BIBLIOTECA DIGITAL. El cáncer y el ambiente. [En línea]. Disponible en: http://bibliotecadigital.ilce.edu.mx/sites/ciencia/volumen2/ciencia3/096/html/sec_8.html (citado 29/11/11)

¹⁷ JARAMILLO ANTILLON, Juan. El cáncer: Fundamentos de oncología: análisis del problema en Costa Rica. San José de Costa Rica. Universidad de Costa Rica. 1991. p158

La Dieta: se le atribuye la primera causa de la aparición del cáncer, los alimentos que el ser humano consume contienen agentes carcinogénicos de origen natural o artificial los cuales se relacionan con determinadas apariciones de tumores malignos¹⁸.

El Alcohol: las bebidas alcohólicas pueden contener contaminantes con actividad carcinogénica, como compuestos, asimismo pueden encontrar residuos de pesticidas y aditivos que ocasionan la aparición de cáncer, uno de ellos el hepático¹⁹.

El Tabaco: aunque se considera una de las causas de contraer cáncer de pulmón, se atribuye también las afecciones de boca, faringe, laringe, esófago, vejiga, páncreas y riñón, ya que el tabaco contiene numerosos compuestos carcinógenos²⁰.

Exposición Solar y emisiones radioactivas: determinadas formas de energía pueden provocar asimismo importantes cambios en la estructura celular, consecuentemente inducir el crecimiento tumoral. Desde hace algunos años es sabido que la exposición al sol constituye un factor de riesgo dado que la luz ultravioleta presente en la radiación solar tiene la suficiente energía para penetrar la piel y causar daños irreversibles. Otro tipo de radiaciones como los rayos X, las radiaciones ionizantes y algunos tipos de emisiones radioactivas, son invasivos y se relacionan con el cáncer en los diferentes órganos del cuerpo humano²¹.

Los virus: este tipo de factor causal de cáncer es de baja incidencia, aunque poco se habla de ellos aparecen como causa de algunos tipos de cáncer, como el principal cáncer causado por virus se encuentra el de cérvix, por el Virus del

¹⁸ Ibíd. pág. 159

¹⁹ Ibíd. pág. 162

²⁰ Ibíd. pág. 164

²¹ Ibíd. pág. 167

Papiloma Humano VPH, otras asociaciones víricas con tumores son el cáncer hepático con el virus de la hepatitis B o la leucemia con el linfotrópico humano²².

Ciertos factores son capaces de originar cáncer en un porcentaje de los individuos expuestos a ellos. Entre éstos se encuentran la herencia, los productos químicos, las radiaciones ionizantes, las infecciones o virus y los traumas. Los investigadores estudian como estos diferentes factores pueden interactuar de una manera multifactorial y secuencial para producir tumores malignos. El cáncer es, en esencia, un proceso genético.²³

El envejecimiento es un factor fundamental en la aparición del cáncer. La incidencia de esta enfermedad aumenta considerablemente con la edad, muy probablemente porque se van acumulando factores de riesgo de determinados tipos de cáncer. La acumulación general de factores de riesgo se combina con la tendencia de los mecanismos de reparación celular a perder eficacia con la edad.

La aparición de la enfermedad de cáncer es un hecho imprevisible dentro de la evolución de las personas. Su presencia dentro de un miembro de la familia vulnera la seguridad en ellos mismos, dado que pone de manifiesto su fragilidad.

La enfermedad oncológica es considerada grave y como tal giran a su alrededor una serie de mitos y miedos, a menudo erróneos, que pueden llegar a bloquear las capacidades familiares y de la persona para afrontarla. Es por ello que, para iniciar un posible tratamiento, se debe empezar por la aplicación de una relación enfermedad-paciente, que no es otra cosa que la búsqueda e implementación de alternativas de intervención que pretenda aliviar un poco los sentimientos negativos que la enfermedad genera en los pacientes, y así, tratar de generar

²² *Ibíd.*, pág. 167

²³ GRUPO CORPORATIVO MONOGRAFIAS. Cáncer. [en línea]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos12/cance/cance.shtml> (citado: 2012-01-25).

estados de calma que de cierta manera los mantenga motivados a pesar de su condición, con el propósito, de hacer desaparecer los estigmas que durante muchos años se han tejido en torno al cáncer, y en esto juega un papel trascendental la coordinación entre los profesionales de la materia para garantizar el éxito de un tratamiento.

Por consiguiente se debe entender “los efectos que provoca la enfermedad, a nivel personal, familiar y social, teniendo en cuenta las diferentes influencias socioculturales y así poner en marcha sistemas de ayuda que permitan a las personas y sus familias afrontar la situación en la que se encuentran, por eso, para llevar a cabo lo mencionado se deben tener en cuenta los factores de riesgo del cáncer”²⁴ y los determinantes de la salud que están en los cuidados que se deben tener en cuenta con la edad, sexo y factores constitucionales, los estilos de vida de cada individuo, los mismos que son determinados por las redes sociales y comunitarias, todo esto inmerso en las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales tales como: educación, ambiente laboral, vivienda, servicios de atención en salud, entre otros.

Entre otras limitaciones, se encuentra el aislamiento social que genera en el paciente grandes dificultades, miedos y estigmatizaciones, ya que una persona que sufre el riesgo de morir es poco reconocida socialmente y por ende sus recursos económicos entran en déficit interfiriendo en el cumplimiento de los tratamientos y es así como su calidad de vida también flaquea.

Dado que el punto de partida de la atención integral al paciente oncológico es la concepción que se tiene de la atención misma y del atendido se hace preciso clarificar los enfoques²⁵ que darán base a la experiencia. Los enfoques constituyen

²⁴BORRÁS, José María. Modelo de trabajo social en la atención oncológica. Pág. 13. Institut català d' oncology. Català. 2004.

²⁵ Basado en el documento Lineamiento técnico para la organización del Sistema de Atención para la Protección Integral. Instituto de Bienestar Familiar. ICBF. Dirección técnica. 2007.

un sistema de conceptos por medio de los cuales es posible construir una imagen/idea sobre lo que se pretende conocer, abordar e intervenir y, que implica un esfuerzo de transversalización, es decir que se debe extender no solo en la formulación, sino en la implementación, aplicación y en el seguimiento de las estrategias o acciones propuestas²⁶.

El enfoque multidimensional de Trabajo Social pretende obtener una visión global de los casos atendidos, y una dimensión holística de la atención que se quiere ofrecer. Es necesario tener un conocimiento de los factores que, ante una determinada situación, en este caso la enfermedad oncológica, han provocado diversos tipos de reacciones y problemáticas²⁷.

A través de los años, los casos de cáncer en Colombia han venido en aumento. Anímicamente no solo las personas que lo padecen se ven afectadas sino también toda su familia, entendida ésta como sistema o conjunto de personas unidas por un vínculo consanguíneo o no, que conviven bajo un mismo techo, que se organizan en roles fijos como padre, madre y hermanos, con un modo de vida similar y sentimientos que los unen²⁸, han estado sesgados de una u otra forma por el desconocimiento de sus derechos, pues se limitan a acoger los “favores” otorgados por el Estados a través del Plan Obligatorio de Salud (POS) ejecutado por las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Sin embargo, esta enfermedad ha estado contemplada desde siempre en los diferentes POS que rigen al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).

²⁶ *Ibíd.* p.12.

²⁷ BORRAS, José María. *Óp. cit.* p. 17

²⁸ AVELLANEDA, Emma. No al cáncer. [En línea]. Disponible en: <http://hablemosobrepsicosociooncologia.blogspot.com/2010/09/rol-de-la-familia-en-el-paciente.html> (citado 03/12/11)

En 2011 se dicta un nuevo POS en donde se pone a disposición de la detección del cáncer más de cinco (5) procedimientos que no contemplaban el anterior como derechos que los pacientes poseen como beneficiarios del régimen de salud.

A partir del 1 de julio de 2012 todos los colombianos, sin importar el régimen al que estén afiliados, pueden acceder a un mismo Plan Obligatorio de Salud. El POS vigente en Colombia, definido por la Comisión de Regulación en Salud, CRES, en el Acuerdo 029 de 2011, es un conjunto de: 5.874 actividades, procedimientos e intervenciones en salud y servicios hospitalarios, y más de 730 medicamentos para la atención de toda y cualquier condición de salud, enfermedad o patología para usuarios de todas las edades²⁹.

Incluye un conjunto de acciones de prevención de la enfermedad y de recuperación de la salud desde la medicina preventiva hasta diversos tratamientos avanzados de todas y cualquiera de las enfermedades o condiciones que hacen necesaria la atención en salud.

1.4 ENFOQUE DE DERECHOS

Para garantizar los derechos de los grupos vulnerables la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y el Sistema Interamericano de Derechos Humanos cuentan con un cuerpo importante de instrumentos jurídicos, establecidos por el derecho internacional que protegen a todas las personas sin distinción de ningún tipo como raza, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de otro tipo, origen nacional o social, propiedad, nacimiento, etc.³⁰

²⁹ COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Acuerdo 029 de 2011. Por el cual se unifica el Plan Obligatorio de Salud POS. Bogotá. 2011. p1.

³⁰ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Derechos humanos y salud: personas expuestas al humo de tabaco ajeno. [en línea]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pub/10069_Fumadores.pdf (citado 2012-04-28)

Estas instancias se tiene en cuenta ya que el objeto de intervención profesional es un grupo vulnerable: los enfermos de cáncer los cuales aunque se encuentran olvidados hacen parte de un sistema que está obligado a atenderlos de la mejor manera. Por esto se acude a analizar el enfoque de derechos para comprender a profundidad sus pretensiones y poder aplicarlo en este proyecto.

El enfoque de los derechos humanos pretende ser una nueva mirada que concibe los derechos humanos de manera integral, interdependiente y complementaria, superando de este modo, la visión tradicional de generaciones de derechos y la asimilación de los derechos fundamentales únicamente con los derechos humanos de primera generación³¹.

Otra característica de este enfoque es su preocupación por la concreción o materialización real de los derechos y la atención integral a todos los seres humanos. Dicha materialización se realiza mediante la adopción de políticas públicas con perspectiva de derechos y con amplia participación de la sociedad civil; de esta manera, los derechos humanos se convierten en el referente y fin último para las políticas públicas y éstas a su vez, en el instrumento o medio idóneo para su realización.

De este modo, el enfoque de los derechos puede ser una perspectiva para guiar la acción e intervención de las autoridades públicas, a través de los diferentes planes y programas de desarrollo económico y social³².

Los derechos humanos (DD.HH.) son los derechos inherentes a la naturaleza del ser y sin los cuales no puede vivir, es así como surgen los derechos para los pacientes con enfermedades de alto costo entre ellas el cáncer, los cuales deben

³¹ JIMÉNEZ BENÍTEZ, William Guillermo. Enfoque de derechos. Escuela superior de administración pública. 2006. [en línea]. Disponible en: http://www.usergioarboleda.edu.co/civilizar/enfoque_DDHH.htm (citado 2011-11-30)

³²Ibíd. p. 2

gozar de un trato especial dentro del Sistema de seguridad social ya que éste juega un papel muy importante en la atención de paciente con dichas enfermedades y debe brindar acceso temprano y atención con calidad.

Entre los derechos que reafirman la importancia de desarrollar procedimientos eficaces para la protección de los pacientes en situaciones concretas, están:

“la consideración del paciente de cáncer como usuario de los servicios sanitarios, derecho del paciente de cáncer a la calidad de vida, a la integridad física y psíquica y al respeto a sus valores y creencias, al tratamiento médico, cuidados y apoyo psicosocial, a recibir información comprensible sobre el proceso de su enfermedad y adaptada a sus necesidades, a participar en la toma de decisiones sobre cualquier acto relativo a su enfermedad, a la confidencialidad de la información y al acceso a su historia clínica, a recibir apoyo social en el proceso de su enfermedad, a disponer de los mecanismos necesarios que aseguren el ejercicio de sus derechos, entre otros que velan por su integridad”³³.

Los servicios y atenciones en salud a que tienen derecho los habitantes del territorio nacional están regidos por la Ley 100 de 1993, la Ley 1122 de 2007 y las respectivas normas reglamentarias, entre estas, los acuerdos procedentes del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS)³⁴.

En sentencia T-760 de 2008, la Corte Constitucional ratificó el derecho a la salud como un derecho fundamental así sea considerado usualmente por la doctrina como un derecho social y tenga una dimensión prestacional. La Corte lo ha protegido por tres vías. La primera ha sido su relación de conexidad con el derecho a la vida, el derecho a la integridad personal y el derecho a la dignidad humana; la segunda, su naturaleza fundamental en contextos donde el paciente es un sujeto de especial protección, y la tercera, su fundamentalidad en lo que respecta a un ámbito básico³⁵.

³³ ASOCIACION EUROPEA CONTRA EL CANCER. Los derechos del paciente de cáncer. AECC. [en línea] Disponible en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/bibliotecadedocumentos/Documents/Declaraciones%20internacionales/derechos%20de%20los%20pacientes%20de%20c%C3%A1ncer.pdf> (citado 2012/12/03)

³⁴ COLOMBIA, DEFENSORIA DEL PUEBLO. La tutela y el derecho a la salud, periodo 2006-2008. Bogotá. 2009. p37.

³⁵ *Ibíd.* p.37

La Corte estableció que los derechos fundamentales son aquellos respecto de los cuales existe consenso sobre su naturaleza fundamental; que es todo derecho constitucional dirigido a lograr la dignidad humana y que sea traducible en un derecho subjetivo; también señaló que el derecho a la salud es un derecho fundamental “de manera autónoma”, cuando se puede concretar en una garantía subjetiva derivada de las normas que rigen el derecho a la salud, ya sea que se encuentren en la Constitución, en el bloque de constitucionalidad o en las leyes o normas que rigen³⁶.

La obligación del Estado no siempre está vinculada con la transferencia de fondos, algunos derechos requieren establecer algún tipo de regulación esto hace que la defensa y fomento de los derechos en salud que responden a las necesidades humanas encarnen la justificación y la motivación de la práctica del Trabajo Social en busca del bienestar social de los pacientes³⁷.

El Trabajo Social, comprometido con un proceso de realización humana supone un compromiso con la acción afirmativa de derechos de todos los sectores vulnerados en sus condiciones esenciales de dignidad humana, en este caso se habla de los pacientes oncológicos. La negación del derecho a la salud y el bienestar social, es en sentido global, lo que define el campo de la actuación del Trabajo Social en la unidad de oncología del Hospital Universitario de Santander.

1.5 LA RESILIENCIA

“El contraer cáncer es un hecho imprevisible dentro de la evolución de las personas; su presencia en un miembro de la familia pone de manifiesto su estado de fragilidad ya que vulnera la seguridad en sí mismo, las reacciones en este caso pueden ser múltiples y tienen que ver con el estilo de vida familiar, es decir con la manera en que cada familia afronta las situaciones complejas y las crisis. Al mismo tiempo dependen de factores externos como el pronóstico, las influencias sociales y culturales y del significado que la familia y el enfermo le dé a la enfermedad, sus creencias y expectativas frente a las causas, la evolución y los tratamientos³⁸”.

³⁶ *Ibíd*, p. 37

³⁷ *Ibíd.*, p. 2

³⁸ BORRAS, José María. *Op cit.* p 39

La enfermedad oncológica es considerada una enfermedad grave y como tal giran a su alrededor una serie de mitos y miedos, a menudo erróneos, que pueden llegar a bloquear las capacidades familiares y de la persona para afrontarla.

El hecho de asumir que la persona es un ser multidimensional y único, y que puede articular diferentes formas de sentir, de conocer y de existir, provoca así mismo que existan diferentes formas de sentir miedos, y diferentes formas y estilos de ajustarse a la situación de crisis. Por lo tanto esta concepción motiva a la posterior intervención individualizada y de familia³⁹.

En cada ser humano existe cierta interdependencia con la sociedad que resulta indispensable. La aparición de la enfermedad sitúa a la persona en una posición de crisis que afecta todo el sistema, es decir que con la aparición del cáncer se modifican las estructuras y conductas que rodean a la persona enferma⁴⁰.

La tendencia general de las familia en situación de crisis es la de unirse, y así buscar los recursos necesarios para resolver los problemas que la enfermedad pueda generar, pero se puede encontrar también la familia que al primer problema tiende a la desintegración, esto se evidencia en las familias intervenidas.

Por esto, es importante tener en cuenta que existen factores internos como la autoestima, el optimismo, la fe, la confianza en sí mismo, la responsabilidad, la capacidad de elegir el cambio de las competencias cognitivas. Además se refuerzan las posibilidades del grupo de apoyar a las personas como ser humano integro, seguro y capaz de salir adelante. Por ello es importante, además de desarrollar factores internos, afianzar los apoyos externos. Se habla entonces de la resiliencia del ser humano⁴¹.

³⁹ VILLALBA QUESADA, Cristina. El concepto de resiliencia. Aplicaciones en la intervención social. Departamento de Trabajo Social y Ciencias Sociales. Universidad Pablo de Olvide. Sevilla. Enero. 2004. p 5

⁴⁰ *Ibíd.* p6.

⁴¹ *Ibíd.* p7.

En el núcleo familiar, la resiliencia liga los procesos a los desafíos. La estrategia es identificar las fortalezas y debilidades de las familias para enfrentar los retos de la vida. El enfoque sistémico de la resiliencia, integra el pasado, el presente y el futuro de las familias y de los miembros que la componen.⁴²

Para una atención integral del paciente oncológico y en consecuencia con las teorías abordadas, se tendrá en cuenta el enfoque de promoción de la salud y prevención de la enfermedad ya que la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado y se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

1.6 PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD

La promoción de la salud es entendida como el proceso mediante el cual las personas y sus familias logran mejorar su nivel de salud al asumir un mayor control sobre sí mismas, para llevarla a cabo se incluyen acciones de educación, prevención y fomento de salud, y así se adquieran hábitos de vida saludables que permitan vivir sanamente.

En los últimos años se han tenido progresos en materia de prevención de la enfermedad y promoción de salud desde sus distintas etapas, lo cual hace que se alcancen prioridades cada vez mayores y se conviertan en instrumentos de transformación de estilos de vida, promoviendo formas de vida saludable entre los pacientes y sus familiares, no solamente previniendo los daños ocasionados por el desarrollo de la enfermedad, sino también brindando herramientas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida.

⁴² QUINTERO VELASQUEZ Ángela María. Resiliencia: contexto no clínico para Trabajo Social. En: revista cinde. Junio de 2010. Vol.3. p.7.

En Colombia, en el campo de la salud se ha trabajado fundamentalmente sobre cómo enfrentar la enfermedad, mas ocasionalmente en cómo prevenirla y poco en el cuidado de la salud, lo cual se pretende cambiar con la Promoción de la salud en los familiares de los pacientes oncológicos de la unidad.

Según la carta de Ottawa (1986), la Promoción de la Salud consiste en: 'Proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma'⁴³

De igual manera, plantea cinco (5) componentes para llevar a cabo dicha estrategia:

- *La elaboración de una política pública sana*
- *El refuerzo de la acción comunitaria logrado a través del empoderamiento del individuo y de los colectivos.*⁴⁴
- *La Promoción de la Salud favorece el desarrollo personal y social en la medida en que proporcione educación para la salud e información*⁴⁵.
- *La creación de ambientes*
- *La reorganización de los sistemas de salud*⁴⁶

Como se puede ver, la Promoción de la Salud está ligada al proceso vital humano con sus polaridades vida-muerte; los objetivos de la misma, enfatizan en el cuidado de la salud y de la vida, lo cual implica un cambio radical tanto en la estructura de los sistemas de salud, como en la asistencia y en la formación del

⁴³ RESTREPO, Helena E, et al. Promoción de la salud: como construir vida saludable. Bogotá. Panamericana. 2002. p26.

⁴⁴ LÓPEZ, M. Luz María. Formulación, Evaluación y Gestión de Proyectos. Manizales: Universidad de Caldas. julio de 1997, p. 44.

⁴⁵ *Ibíd.* pág. 45

⁴⁶ OMS/OPS. Promoción de la Salud: Una Antología. pág. 370

recurso humano, sin desconocer el componente curativo y preventivo, como lo expresa claramente Saúl Franco, médico especialista en medicina social⁴⁷.

“No estamos negando el momento curativo; estamos ampliando la dimensión a un territorio dentro del cual queda ubicado en un espacio propio, importante, pero en una dialéctica mayor, en un universo mayor, en una polaridad, en un orden de relación enormemente mayor... este universo mayor es dimensionado por los nuevos paradigmas en salud, recogidos por los fundamentos de la Promoción de la Salud”.⁴⁸

Es decir, la Promoción de la Salud es esencialmente protectora y de fomento de estilos de vida saludables, dirige sus esfuerzos tanto a la población general como a los individuos en el contexto de su vida cotidiana; busca actuar en lo colectivo sobre los determinantes de la salud y en últimas, promueve el desarrollo humano y el bienestar tanto de la persona sana como enferma, en este contexto, la enfermedad es vista como una oportunidad para el crecimiento.⁴⁹

Por lo anteriormente descrito toma mucha importancia la prevención de la enfermedad, definida esta como "la aplicación de medidas técnicas que incluye aspectos médicos y de otras disciplinas que tienen como finalidad impedir la aparición de la enfermedad (prevención primaria) curarla (prevención secundaria) y devolverle las capacidades perdidas (prevención terciaria)"⁵⁰

En gran parte este tema está basado en la experiencia profesional de trabajar en el campo de la salud, vinculado con la atención de pacientes oncológicos, ya que se vuelven enfáticos y exigentes los esfuerzos hacia la prevención de la

⁴⁷ PENDER, Nola J. “Teoría de Promoción de la Salud. Ni Teorías y Modelos de Enfermería. 1994. p. 52

⁴⁸ FRANCO, Saúl. Proceso vital humano - Proceso Salud enfermedad: Una nueva perspectiva. EN: Memorias de Ética, Universidad y Salud. Santafé de Bogotá: 1994 págs. 67 - 68

⁴⁹ Ibíd. Pág. 69

⁵⁰ GARCIA OSPINA, Consuelo y TOBON CORREA Ofelia. Op cit.. P. 26

enfermedad y la promoción de la salud; no basta el argumento básico de que no se debe esperar a que las personas desarrollen la enfermedad, y que es posible, en muchos casos, tomar medidas concretas para evitar su padecimiento y dolor.

Cuando se trabaja como profesional en funciones específicas de esos campos, es posible visualizar con claridad que la acción efectiva debe orientarse hacia dos enfoques básicos, estrechamente relacionadas: la actuación sobre los determinantes de la salud y el desarrollo de una cultura de la salud que privilegie estilos de vida y comportamientos saludables⁵¹.

Para los Trabajadores Sociales que se desempeñan en este campo, la vivencia refuerza con vitalidad la necesidad de actuar en todas las funciones de la “Salud Pública, entendida como el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país”⁵², porque todas son precisas, pero es necesario dar más énfasis a las funciones de prevención de la enfermedad, protección de la salud y la promoción de la salud. De ésta manera, se está brindando un aporte a la vida saludable, a mejores oportunidades de desarrollo integral del ser humano y a manejar una mayor calidad de vida, lo que finalmente redundará en un desarrollo de la sociedad más equitativo⁵³.

El Trabajo Social se orienta a descubrir y potenciar las capacidades de individuos, grupos y comunidades. También, a generar procesos de participación e implicación, de formación y de organización para ayudar a las personas a la

⁵¹ Ibid. pag 23

⁵²DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACION. Salud Pública. [en línea]. Disponible en:<http://www.dnp.gov.co/Programas/Educaci%C3%B3nculturasaludempleoypobreza/Subdirecci%C3%B3ndeSalud/Saludp%C3%BAblica.aspx> (citado 2011-11-26)

⁵³. DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACION. Salud Pública. Op cit. P. 2

adquisición o incremento de los conocimientos y habilidades sociales que precisan.

Entre promoción y prevención se evidencian marcadas diferencias ya que una apunta al mejoramiento de la salud y adopción de hábitos de vida saludables y la otra busca controlar la incidencia de determinadas enfermedades, sin embargo, tienen en cuenta algunos aspectos similares, aunque las poblaciones y los niveles de intervención son distintos.

Cuadro 2. Diferencias entre promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

PROMOCIÓN	PREVENCIÓN
<ul style="list-style-type: none"> • Proceso que da a la población los medios para ejercer un mayor control sobre su salud. • Tiene un enfoque poblacional. • Esfuerzos realizados para mantener y mejorar la salud de individuos, familias y comunidades. • Medidas destinadas a modificar conductas y comportamientos. • Entre otros. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acción que viene del sector sanitario, considera a los individuos y poblaciones como expuestos a factores de riesgo. • Cuenta con un enfoque de riesgo. • Medidas directas dirigidas al bloqueo de la enfermedad. • Medidas específicas para el control de determinadas enfermedades. • Entre otros.

Fuente: Patricia Redondo. Prevención de la enfermedad 2004.

Del cuadro anterior se puede deducir que la prevención influye en quienes están en riesgo de contraer una enfermedad, en lo que la promoción de la salud se centra en incidir sobre los determinantes que tienen algún efecto favorable en la salud del ser humano.

2. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA

2.1 CONTEXTO INTERNACIONAL

En el siglo XX, mientras en países de Asia, Latinoamérica y África, la población migraba de zonas rurales a zonas urbanas y se agrupaban en aglomeraciones cada vez más grandes y complejas; las poblaciones de Europa, Japón y Norteamérica, entraron en procesos de envejecimiento. Los hábitos y estilos de vida se fueron modificando, por ejemplo en sectores donde predominaba la agricultura, fueron reemplazados por una cultura donde prevalecían las relaciones comerciales. Esta situación ha conducido a mejoras en el bienestar y las condiciones de vida de un porcentaje de la población, pero para otra gran proporción estos cambios se han reflejado en pobreza e inequidad⁵⁴.

El 26 de abril de 1986, la explosión de la planta nuclear nº4 en Chernobyl, Ucrania, que dejó miles de muertos por la onda expansiva y por las grandes cantidades de material radiactivo que fue lanzado a la atmosfera; las dosis de radiación a las que fueron expuestas las poblaciones de Rusia, Ucrania y Bielorrusia, tuvieron impacto sobre su salud, ya que desarrollaron leucemia en algunas ocasiones y algunas mujeres dieron a luz a niños con defectos congénitos⁵⁵.

En cuanto a los efectos estocásticos a largo plazo se ha calculado en 200 el número aproximado de fallecimientos tardíos por cáncer a que puede dar lugar; dichos efectos deberían significar un aumento de menos del 1% de la tasa

⁵⁴OMS. 2002

⁵⁵ FOOD AND AGRICULTURE ORGANIZATION (FAO). Boletín: La precipitación radioactiva sobre los suelos, los cultivos y los alimentos. Roma. 1993. Vol. 2.

probable de mortalidad por cáncer observadas normalmente en la población afectada.⁵⁶

Esta información podrá quedar falseada ya que científicos de la Comisión Científica de las Naciones Unidas sobre Efectos de las Radiaciones Atómicas UNSCEAR, afirman que solo 134 miembros del personal de la planta y de los equipos de emergencia fueron expuestos a muy elevadas dosis de radiación ionizante y que sufrieron por consecuencia la enfermedad aguda de radiación, solo 28 de ellos murieron por esta causa y 2 a causa de quemaduras generales y que por lo tanto estas fueron las únicas muertes de esta explosión⁵⁷.

Existen otras guerras como la vivida entre EEUU y Japón que desato el lanzamiento de las bombas atómicas en las ciudades de Hiroshima y Nagasaki, en 1945, esto causó muertes a gran escala y desencadenó enfermedades como el cáncer producido por la redistribución cromosómica en el cuerpo humano, así lo aseguran los científicos de la Fundación para la Investigación de Efectos de la Radiación, en Hiroshima⁵⁸.

El cáncer de la tiroides está vinculado con la exposición interna y externa a la radiación y que ese efecto ha quedado demostrado con otras precipitaciones radiactivas como la registrada en la planta nuclear de Chernobyl en 1986⁵⁹.

Relacionado con los cambios producidos por los procesos de industrialización, contaminación y urbanización, y sumado a esto, los cambios generados en los estilos de vida, se ha contribuido entonces al aumento indiscriminado de la aparición de enfermedades, como el cáncer, puesto (por ejemplo) que, aumenta la oferta de productos como el alcohol y el tabaco que son dos factores de riesgo importantes para desarrollar este tipo de afección⁶⁰.

⁵⁶ Ibíd. p5

⁵⁷ Ibíd. p6

⁵⁸ Ibíd p7

⁵⁹ Ibíd p7

⁶⁰ibíd. p11

A través del tiempo, las sociedades han buscado progreso usando para ello maquinas de radiación que contribuyen de una u otra manera con la aparición de esta enfermedad.

Los científicos afirman que las radiaciones, sea por el medio que fuere o en la cantidad que fuere, producen intoxicaciones orgánicas que pueden concluir en cáncer; los rayo X, la energía nuclear y la radiación ultravioleta pueden ser cancerígenos porque producen cambios celulares y por ende un desequilibrio químico que sobrepasa los riesgos de contraer la enfermedad⁶¹.

Otro de los causantes de la aparición del cáncer es el uso de transgénicos que son organismos que han sido modificados genéticamente, intercambiando genes con otras especies, la mayor parte son plantas destinadas a la alimentación y que han venido cobrando fuerza en la industria del comercio, pero estudios realizados por científicos especializados arrojan resultados alarmantes en relación de éstos con la aparición del cáncer en ratas; el trabajo también considera los efectos del glifosato, un herbicida muy usado porque mata a las malas hierbas y respeta los cultivos, cuyos genes son modificados precisamente para resistir este producto químico.

Fue así como, en el siglo XX, el cáncer se convirtió en una nueva epidemia. Esta epidemia se mide en términos de su incidencia⁶². En 1996, se presentaron 10.3 millones de casos, y se calcula que en el año 2020 se presentarán 14.7 millones de casos. En la medida en que los países del tercer mundo han alterado sus patrones y hábitos de vida se han visto enfrentados al reto del cáncer. Sin embargo, a diferencia de lo que sucede en los países desarrollados, la mayoría de los países pobres no cuenta con el dinero, el personal técnico ni la infraestructura para realizar una adecuada detección temprana del cáncer, y sí adolece de graves deficiencias para ofrecer un tratamiento adecuado a los casos nuevos de cáncer. La distribución del cáncer no es homogénea en el mundo. Algunos tipos de cáncer se juzgan como propios de los países desarrollados, como los de mama, colon y recto; otros son propios del subdesarrollo, como el de cuello uterino y el gástrico. Los primeros se denominan así porque, comparativamente, su incidencia es mucho más alta en los países desarrollados precisamente porque estos países iniciaron

⁶¹ NEIRA, Mariana, LUZURIAGA, Hugo. El hombre que cura el cáncer. 2ed. Quito. Abya-yala. 2000. p46.

⁶² Incidencia: es el número de los casos nuevos en la población medidos durante un determinado periodo de tiempo.

sus procesos de industrialización más temprano que los países pobres. Los cánceres denominados “del subdesarrollo” se llaman así porque las tasas de mortalidad que producen son mucho más altas en estos países, principalmente por fallas de diagnóstico y falta de tratamiento oportuno⁶³.

La Organización Mundial de la Salud OMS⁶⁴ muestra que la incidencia mundial de cáncer podría aumentar en un 50% y llegar a 15 millones de nuevos casos en el año 2020. El pronunciado aumento del número de nuevos casos previsto en todo el mundo, de 10 millones en 2000 a 15 millones en 2020, se debe sobre todo al continuo envejecimiento de la población, tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo, y también a la tendencia actual de la prevalencia del consumo de tabaco y a la creciente adopción de modos de vida malsanos.

Según la OMS:

- ✓ *El cáncer es la primera causa de mortalidad a nivel mundial; se le atribuyen 7,6 millones de defunciones ocurridas en 2008 (aproximadamente, un 13% del total)*
- ✓ *El consumo de tabaco es un importante factor de riesgo de contraer cáncer. El consumo nocivo de alcohol, la mala alimentación y la inactividad física son otros factores de riesgo importantes.*
- ✓ *Ciertas infecciones causan hasta un 20% de las muertes por cáncer en los países de ingresos bajos y medianos, y un 9% en los países de ingresos altos.*
- ✓ *Más del 30% de las defunciones por cáncer son prevenibles.*
- ✓ *El cáncer comienza con una modificación en una sola célula, que puede haber sido iniciada por agentes externos o por factores genéticos heredados⁶⁵.*

La Asociación Española Contra el Cáncer AECC⁶⁶ muestra con claridad la incidencia que ha venido teniendo el cáncer a nivel mundial, en su informe anual para 2002 publica que por cada 5 millones de nuevos casos mueren 3,7 millones de hombres y en las mujeres por cada 5 millones de nuevos casos, mueren aproximadamente 2,9 millones de ellas.

⁶³ Óp. Cit. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Instituto Nacional de Cancerología E.S.E 2004. Pág. 9-10

⁶⁴ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Centros de prensa. [en línea]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr27/es/index.html> (citado 2012-04-26)

⁶⁵ Globocan 2008, IARC, 2010.

⁶⁶ ASOCIACION ESPAÑOLA CONTRA EL CANCER. Incidencia mundial de cáncer. [en línea]. <https://www.aecc.es/Paginas/PaginaPrincipal.aspx> (citado 26/04/12)

Los nuevos casos de cáncer en el mundo se estiman en 10.900.000 para 2002, de los cuales un 1% pertenecen a Oceanía con 109.000, África cuenta con el 6% de estos, es decir, 652.000, Sudamérica con el 7,7% o sea 837.000 casos, siendo los continentes con menor incidencia. Los continentes con la mayor morbilidad por cáncer son Asia con el 44,9%, 4.900.000 nuevos casos, se tiene a Europa con el 26% y un número estimado de 2.824.000 personas padeciendo está fatal enfermedad.⁶⁷ La mortalidad por cáncer en todos los continentes se encuentra directamente proporcional a la morbilidad.

Los cánceres más frecuentes en los países desarrollados son los de pulmón, mama, próstata, colorrectales, vejiga y cuello del útero. En los países en desarrollo, además de los cánceres de pulmón y mama constituyen un problema frecuente los canceres de estómago, cérvix, hígado y esófago, esto es un reflejo de los distintos factores de riesgo que predominan en ambas zonas.

2.2. CONTEXTO NACIONAL

En Colombia, el creciente aumento de enfermos con cáncer ha generado un impacto social y económico considerable, dado que anualmente están falleciendo alrededor de 28 mil hombres y mujeres por esta causa⁶⁸ esto se debe a la detección tardía de esta enfermedad; con el aumento en las tasas de incidencia y mortalidad en Colombia, el cáncer se ha convertido en un problema de salud pública, que con el pasar de las décadas sigue aumentando, dado que la mayoría de los casos se diagnostican cuando la enfermedad se encuentra ya muy avanzada y las posibilidades de recuperación y de que el tratamiento funcione son escasas.

⁶⁷ *Ibíd.* Pág. 2

⁶⁸ INSTITUTO NACIONAL de cancerología. Estadísticas de cáncer. [en línea]. Disponible en: www.cancer.gov.co (citado 2011-12-12)

En Colombia, la incidencia de cáncer tiene unas cifras importantes desde el año 2004 donde se reportan entre los más padecidos el cáncer de estómago que anualmente cobra como víctimas a 4512 hombres y 3003 mujeres, el cáncer de colon 2055 hombres y 2389 mujeres, se habla también del cáncer de pulmón con 3044 hombres y 1983 mujeres se dice que está en crecimiento debido al uso indiscriminado de tabaco en las últimas décadas; para el cáncer de próstata se tiene que atacar a más de 7957 hombres, el de mama y cuello uterino 6999 y 5603 mujeres respectivamente, el Linfoma Hodgkin, la enfermedad de Hodgkin y las leucemias afectan en su mayoría a los niños, niñas y adolescentes sin discriminar a los adultos jóvenes y adultos mayores teniendo aproximadamente 12848 casos anuales⁶⁹.

Estas cifras han determinado con el tiempo que el cáncer es una problemática que está cobrando vidas de manera acelerada y que se han podido prevenir evitando adoptar malos hábitos de vida, teniendo en cuenta los determinantes de salud y los factores de riesgo de la misma.

El cáncer en Colombia cobra anualmente 30.000 víctimas de los aprox. 70.000 diagnosticados⁷⁰, cifra que, a primera vista es desorbitante, pero que también responde a la ineficaz planeación que se ha tenido en Colombia para mitigar la mortalidad en pacientes con cáncer. La cifra habla de procesos preventivos y de tratamientos que no han generado el resultado que se esperaba.

Por ejemplo, sólo teniendo en cuenta el Departamento de Santander son innumerables los casos nuevos de cáncer ya que esta enfermedad en sus inicios es asintomática y los pacientes llegan a reclirse en el Hospital Universitario de Santander (HUS) por dolores que ellos no asocian con esta causa. El Hospital Universitario de Santander (HUS) atiende mensualmente 436 casos de cáncer

⁶⁹ CANCER EN CIFRAS. Incidencia. [en línea]. Disponible en: <http://www.cancer.gov.co/documentos/Incidencia/Tabla%202.pdf> (citado 2012-04-26)

⁷⁰ Ibid. p. 4

nuevos, contando que para el cálculo de esta se cifra se tiene presente la remisión de pacientes que se hace de otras partes del País. Debido al desconocimiento de la enfermedad se tiene que enfatizar en un estudio epidemiológico que propicie como resultado unas estrategias concretas para una posible prevención del cáncer.

Para la mitigación de este problema el Ministerio de la Protección Social, como ente rector del sistema general de seguridad social en salud SGSSS, tiene la función de proveer de manera integral, las acciones de salud individuales y colectivas con la participación responsable de todos los sectores de la sociedad, para mejorar las condiciones de salud de la población⁷¹. Para ello adquiere compromisos que favorecen la salud de los colombianos y el desarrollo integral de los mismos. Por lo anterior surge el Plan Nacional de Salud Pública donde se establecen las prioridades, objetivos, metas y estrategias para velar por los derechos en salud que los nacionales poseen, en el caso específico los enfermos de cáncer se encuentran protegidos por dichas políticas, aunque en ocasiones se vean de una u otra manera vulnerados y obligados a interponer acciones de tutela en contra del SGSSS.

Los factores descritos anteriormente, son modificables al menos teóricamente, y por ello, las acciones de la salud pública deben dirigirse hacia esa modificación. En este caso es pertinente referenciar que “la salud pública es vista como el conjunto de acciones que deben ser realizadas con fines concretos, para mejorar la salud de las poblaciones, puesto que la salud y la salud pública son el resultado de la interacción de elementos internos y externos con esto llevar a cabo la aplicación de efectivas medidas de prevención y control”.⁷²

⁷¹ Ibid. p21

⁷² Ibid. p28

De acuerdo con el International Agency for Research on Cancer, IARC, para 2002 en Colombia se presentaron cerca de 70.750 casos nuevos de incidencia de cáncer, sin incluir el cáncer de piel que es el más frecuente, pero del que no se tienen cifras de magnitud⁷³. En 2005 se presentaron 30.693 defunciones por cáncer que es representativo frente al total de defunciones en ese año. Para el área metropolitana de Bucaramanga las tasas reportadas fueron en el periodo de 2000-2004 de 98.1 nuevos casos por 100.000 hombres y 120 nuevos casos por 100.000 mujeres.⁷⁴

En adultos, las principales localizaciones de cáncer en hombres son: próstata, pulmón, colon, recto y estómago, mientras que en las mujeres son el cáncer de cuello uterino, mama y pulmón. En los niños los más frecuentes son las leucemias, tumores en el SNC y los linfomas.⁷⁵

Es así como se hacen muy necesarias las normas y leyes reguladoras de las entidades promotoras de Salud EPS y de los servicios de Salud en general ya que ellas garantizan el total desarrollo de un tratamiento digno de alcanzar la cura para este problema de salud pública.

La carta magna de Colombia CP 1991, en su artículo 48 plantea la seguridad social como un servicio público de carácter obligatorio, a cargo del Estado, donde también garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social. En el artículo 49 se refiere a que la atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos y por ende garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, prevención y recuperación de la salud. Al llegar al artículo 50 se encuentra que todo niño menor de un año que no esté cubierto por algún tipo de protección o de seguridad social, tendrá derecho a recibir atención gratuita en todas las instituciones de salud que reciban aportes

⁷³ Ibid. p29

⁷⁴ Ibid. P. 9

⁷⁵ Ibid. P. 10

del Estado. La ley reglamentará la materia. (Constitución Política de Colombia de 1991. Presidencia de la República)⁷⁶. Importante aporte para la intervención profesional en Trabajo Social ya que brinda herramientas para la educación en derechos de los pacientes oncológicos y sus familias.

A partir de 1993 la Seguridad Social Integral en Colombia empieza a ser el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen la persona y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica, individual y la integración de la comunidad.⁷⁷

La prestación de servicios de salud actualmente en Colombia se da a través de la implementación de la Ley 100 de 1993 que reemplazó el Sistema Nacional de Salud por el Sistema General de Seguridad Social en salud SGSSS y dio lugar a diversas transformaciones en las relaciones Individuo – instituciones prestadoras de salud, esta Ley reúne de manera coordinada un conjunto de normas, procedimientos y entidades a las cuales podrán tener acceso todas las personas y la comunidad con el fin de mejorar su calidad de vida y que esté de acuerdo con los cánones de dignidad humana.

La Ley 100 de 1993, prevé que el SGSSS debe establecer unos mecanismos de control de los servicios para garantizar a los pacientes la calidad en la atención oportuna, humanizada, personalizada e integral y de acuerdo con los estándares establecidos para el personal profesional.⁷⁸

⁷⁶ CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE COLOMBIA. De los derechos y deberes del ciudadano.1991

⁷⁷ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA. Ley 100 de 1993. [en línea].

Disponible en: <http://www.colombia.com/actualidad/images/2008/leyes/ley100.pdf> (citado 2011-26-12)

⁷⁸ LOSADA, Mauricio y RODRIGUEZ, Augusto. calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing. [en línea]. disponible en:

http://cuadernosadministracion.javeriana.edu.co/pdfs/10_34_calidad_servicios_salud.pdf.

Para dar continuación a la línea de políticas y normativas en Colombia en relación a la detección temprana del cáncer, se cuenta con la resolución 412 del 2000 donde se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de obligatorio cumplimiento, además se adoptan las normas técnicas y guías de atención de las enfermedades de interés en salud pública para el desarrollo de las acciones de prevención de la enfermedad y promoción de la salud. Esta resolución se aplica en todas las Entidades Promotoras de Salud EPS y las entidades Administradoras del Régimen Subsidiado ARS.

Debido a la incidencia de cáncer en el país se hace necesario establecer patrones, normas que reglamenten los procedimientos que deben llevarse a cabo para el manejo adecuado de este problema de salud pública. El congreso promueve entonces la Ley 1384 de 2010 “Sandra Ceballos” *“Por medio de la cual se establecen las acciones para el control integral del cáncer en la población colombiana, de manera que se reduzca la mortalidad y la morbilidad por cáncer adulto, así como mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos, a través de la garantía por parte del Estado y de los actores que intervienen en el Sistema General de Seguridad Social en Salud vigente, de la prestación de todos los servicios que se requieran para su prevención, detección temprana, tratamiento integral, rehabilitación y cuidado paliativo”*.⁷⁹ Ley con la cual los pacientes oncológicos tienen de una u otra manera acceso al conocimiento de sus derechos por medio del trabajo continuo de las personas que velan por promoverla.

⁷⁹ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1384 de 2010: Por la cual se establecen las acciones para el control integral del cáncer en la población colombiana, de manera que se reduzca la mortalidad y la morbilidad por cáncer adulto, así como mejorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos, a través de la garantía por parte del Estado y de los actores que intervienen en el Sistema General de Seguridad Social en Salud vigente, de la prestación de todos los servicios que se requieran para su prevención, detección temprana, tratamiento integral, rehabilitación y cuidado paliativo. [en línea]. Congreso de la república. (abril de 2010). Diario oficial. Bogotá, 2010. N° 20. (citado). (06/10/11). Disponible en: <http://web.presidencia.gov.co/leyes/2010/abril/ley138419042010.pdf>.

Al igual estos planteamientos normativos o de orientaciones esbozados en los sistemas de salud tanto nacionales como internacionales pretenden abordar una serie de aspectos fundamentales para la prevención del cáncer, definiendo como base: la cobertura, la calidad de los servicios, tamizaje, la detección temprana, etc.

Como anteriormente fue expresado en Colombia la salud es un derecho fundamental inalienable, por ende el congreso de la república dicta leyes que promueven la garantía de esta. Es así como en enero de 2011 se promulga la ley 1438, “la cual tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país”⁸⁰. Con esta ley se pretende unificar los planes de beneficio para todos los colombianos y se fortalece el aseguramiento.

Las leyes, acuerdos y decretos para la salud dictados en Colombia, hacen un gran recorrido por los derechos que deben ser reconocidos en los pacientes y que de una u otra forma siguen siendo vulnerados en Hospitales, clínicas y centros de salud por falta de recursos, ya sean insumos hospitalarios o humanos, esta carencia obliga entonces, a que la calidad de los servicios prestados sea deficiente y por ende se muestre la salud como un servicio más de los que el usuario tiene que pagar y no como el derecho del que la constitución nacional habla.

Teniendo en cuenta que la calidad del servicio es concebida por los pacientes y sus familias como la oportunidad en la atención, se pone de manifiesto las cifras

⁸⁰ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPÚBLICA. Ley 1438 de 2011: por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. [en línea]. Congreso de la república. (enero de 2011). Diario oficial. Bogotá, 2010. N° 20. (citado). (06/10/11). Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Normatividad/LEY%201438%20DE%202011.pdf>.

dadas por la defensoría del pueblo en su última publicación del estudio sobre tutelas de salud⁸¹ donde muestra que para el año 2004 el servicio de salud y en especial el oncológico tiene 334 tutelas por falta de pruebas diagnósticas, 1094 tutelas por cirugía oncológica, 7546 tutelas por tratamientos no realizados, 3.666 por el incumplimiento en la entrega de medicamentos, para los procedimientos oncológicos se tienen 387 tutelas, por citas médicas se registran 171. Analizando estos datos se puede deducir que son elevados los casos en que el incumplimiento del SGSSS puede llegar a causar daños irremediables a los pacientes oncológicos del país.

⁸¹DEFENSORÍA DEL PUEBLO. Estudio sobre tutelas en salud. . [en línea] Bucaramanga. 2010 (disponible en) http://www.defensoria.org.co/red/?_item=0203&_secc=02&ts=1(citado 2012-26.12)

3. CARACTERIZACIÓN DE LA INSTITUCIÓN

3.1 E.S.E HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER

El Hospital Universitario de Santander (ESE HUS), se constituye como el Centro de referencia de la Red de Servicios de Salud en Santander, sur del Cesar, sur de Bolívar, Norte de Santander y Arauca, para cubrir la demanda de servicios en salud de la población asegurada, tanto de nivel contributivo como subsidiado. Presta servicios de salud en el Cuarto Nivel de atención y de alta complejidad en los departamentos arriba referenciados. Se encuentra ubicado en la carrera 33 N° 28 – 126 del barrio la Aurora de Bucaramanga. Cuando se crea el Hospital, la población beneficiada se distribuyó de la siguiente manera:

“La población atendida en un 70% corresponde al área metropolitana; 11.4% a Barrancabermeja, 3.3% a García Rovira, 3.3% a Vélez, 1.6% a Guanentá y 1.5 % a comuneros”⁸²

*La Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander, es una institución pública de orden departamental, prestadora de servicios de salud de mediana y alta complejidad con estándares de calidad; centro de referencia de la salud de servicios, de investigación científica y formación de talento humano en salud. Sus propósitos están orientados a contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la comunidad del Nororiente Colombiano, mediante el trabajo de un equipo humano calificado, con apoyo tecnológico, a través de un proceso administrativo transparente y el compromiso con la academia, apoyado en la investigación y generación de conocimiento.*⁸³

La misión del E.S.E HUS, está orientada hacia el cubrimiento de las necesidades de salud de la población que hace parte del Nororiente Colombiano, donde sus intereses están dirigidos hacia la prestación de un servicio de salud mediante el

⁸²HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER. Modelo de Hospital Público Universitario del País. Colombia, 2006. Primera edición. Redacción de textos de la oficina de desarrollo institucional. Pág. 3 Citado por BAYONA, Contreras Mileydi. Informe Final Practica II. Trabajo Social. 2010

⁸³ ESE HUS Óp. Cit. 2

ofrecimiento de un equipo humano capacitado, la formación de nuevos profesionales, gracias a la apertura del Hospital como un referente educativo.

Objetivos corporativos

- **Responsabilidad Social:** Ofrecer servicios de salud y educación de alto nivel científico con calidad humana, tecnológica y compromiso social, para el área del Nororiente Colombiano.
- **Calidad del servicio:** Garantizar servicios de salud competitivos y apoyo a la formación académica, que lleven al crecimiento continuo de la empresa y generen confianza en las personas hospitalizadas, con base en eficiencia, efectividad, eficacia y oportunidad.
- **Competitividad:** Disponer de Recurso Humano idóneo y de alto perfil científico que, apoyado en equipo tecnológico moderno, permita a la Institución liderar el sector.
- **Transparencia:** La labor de las personas de la empresa se caracterizará por la congruencia en el pensar, actuar y decir, en el ejercicio y desarrollo de su profesión.
- **Financiero:** consolidar una empresa de crecimiento continuo, económicamente sólida, que garantice la satisfacción de sus clientes internos y externos.⁸⁴

Los objetivos corporativos que persigue el Hospital, están dirigidos hacia la prestación de servicios integrales en salud, cubriendo las diferentes necesidades de salud de la población que hace parte del Nororiente Colombiano. Proponiendo acciones que permitan el mejoramiento continuo (tanto a nivel administrativo como de profesionales de la salud, es decir de todos y todas las personas que conforman el Hospital) de las condiciones de atención en salud, mediante la apertura de espacios de investigación y formación, es decir la integración en el hospital de un modelo docencia – servicio, puesto que este modelo apoya la estabilidad económica del Hospital y la prestación del servicio con oportunidad, continuidad, eficiencia e interdisciplinariedad⁸⁵.

⁸⁴HUS. Cartilla institucional. Colombia, 2006

⁸⁵ Ibíd. p24

Productos o servicios

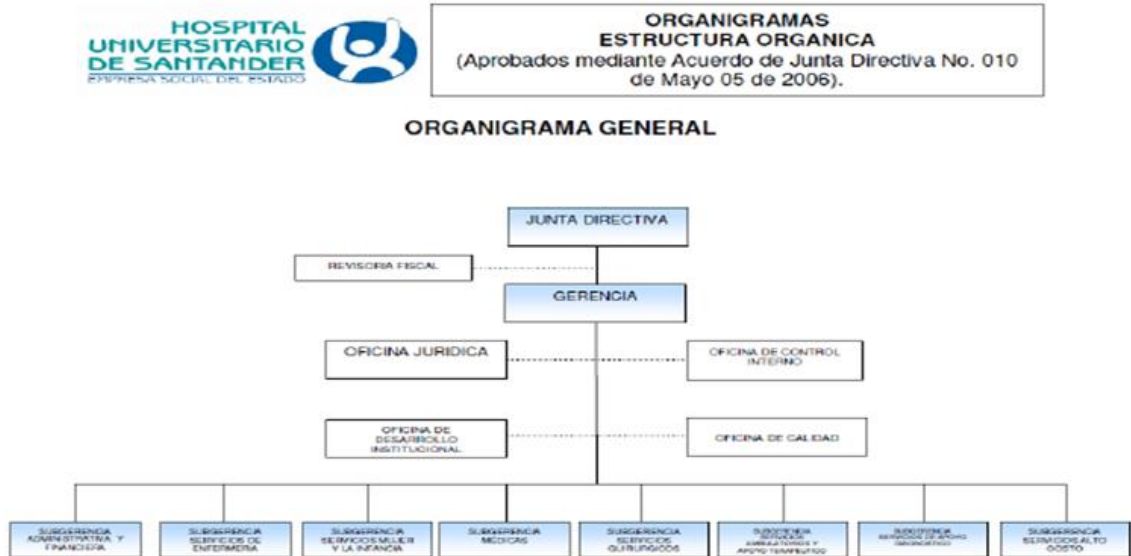
En las diferentes subgerencias en las que se encuentra dividido el Hospital, se prestan servicios de salud de acuerdo a su especialidad, como se menciona a continuación:

- *La Subgerencia de servicios de alto costo presta servicios referentes a Cirugía Plástica y Quemados, Oncológica, UCI Pediatría, Unidad Renal y VIH/SIDA.*
- La Subgerencia que presta Servicios Ambulatorios y Apoyo Terapéutico
- La Subgerencia de Servicios de Enfermería (El HUS en su Hogar)
- La Subgerencia de Servicios de la Mujer y la Infancia (Ginecología, Pediatría y Urgencias Pediátricas)
- La Subgerencia de Servicios de Apoyo Diagnóstico (Imágenes Diagnósticas, Laboratorio Clínico, Banco de Sangre, Patología y Medicina Nuclear)
- La Subgerencia de Servicios Quirúrgicos (Especialidades)
- La Subgerencia de Servicios Médicos (Medicina Interna y Urgencias Adultos).

El anterior portafolio de servicios convierte al E.S.E HUS en una entidad competitiva, con altos niveles de complejidad en cuanto a la intervención y cuenta igualmente con un personal a cargo competente, para garantizar el funcionamiento y mantenimiento de la institución.

ORGANIGRAMA

Figura 2. Organigrama Hospital Universitario de Santander



Fuente: Hospital universitario de Santander, Cartilla institucional 2006

Dentro de la estructura organizacional de la E.S.E HUS se encuentra la subgerencia de servicios de alto costo la cual tiene a su cargo la Unidad de Oncología y Radioterapia en donde se enmarca la intervención profesional de Trabajo Social.

3.1.1 Unidad de Oncología y Radioterapia. La práctica de Trabajo Social se encuentra ubicada en la Unidad de Oncología y Radioterapia del E.S.E HUS, donde se prestan servicios de atención interdisciplinarios, con el propósito de realizar una intervención orientada hacia la *“promoción, prevención, determinación del diagnóstico y realización de tratamientos como cirugía oncológica, quimioterapia, radioterapia a la población infantil, adulta y adulta mayor con cáncer procedente del departamento de Santander y el Nororiente colombiano”*.⁸⁶

⁸⁶ UNIDAD DE ONCOLOGÍA Y RADIOTERAPIA, manual de Proceso Oncología y Radioterapia. Misión y Visión Bucaramanga, Octubre 2008. P16

3.1.1.1. Misión de la Unidad de Oncología y Radioterapia. La misión de la Unidad está orientada hacia la intervención multidisciplinaria de afecciones en la persona causadas por una enfermedad como el cáncer. Permitiendo la intervención a nivel biológico, psicológico y social, puesto que cuenta con los profesionales en salud pertinentes para su atención y profesionales de las ciencias humanas (Trabajo Social y Psicología), que permiten el abordaje de este fenómeno desde todas las dimensiones posibles dando respuesta no solo a las consecuencias a nivel de la salud sino a nivel social y emocional, teniendo como base principal el ser humano y su dignidad⁸⁷.

3.1.1.2 Visión de la Unidad de Oncología y Radioterapia

“La Unidad de Oncología y Radioterapia de la E.S.E Hospital Universitario de Santander es un servicio de atención multidisciplinaria en Oncología orientada a la promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer en la población infantil y adulta, con cáncer procedente del departamento de Santander y el Nororiente Colombiano.”⁸⁸.

En la visión de la Unidad se ve reflejado el compromiso con la salud y el mejoramiento de la calidad de vida y bienestar del/la paciente oncológico, con el fin principal de brindar una atención integral, que responda no solo a las necesidades físicas y biológicas, sino psicologías y sociales.

3.1.1.3 Dirección del Trabajo Social en la unidad. La intervención realizada por parte de Trabajo Social se ubica en la subgerencia de alto costo respondiendo a las necesidades tanto del HUS como de los niños, niñas y adolescentes, personas adultas y adultas mayores que conviven con cáncer y, que su actual sector de residencia se encuentra ubicado en el nororiente colombiano.

⁸⁷ Óp. Cit. Manual de Proceso Oncología y Radioterapia. Octubre 2008.

⁸⁸ Óp. Cit. Manual de Proceso Oncología y Radioterapia. Octubre 2008.

Con el objetivo principal de proporcionar orientación, información y educación de manera oportuna y eficaz, frente a las diversas situaciones que se presentan a partir del momento en el que se diagnostica a una persona con esta patología. Entre estas orientaciones se encuentran las referentes a los diferentes tipos de procedimientos, tratamientos, trámites que deben realizar para acceder a la atención, de igual forma en compañía con psicología se realiza un trabajo de acompañamiento educativo y por ende psicosocial a cada uno de los/las pacientes y sus familiares con el fin de contribuir a la aceptación y generación de perspectivas de vida diferentes que contribuyan a una mejor calidad de vida tanto del paciente como de su familia.

Para que este tipo de intervención sea válida, se debe conocer al enfermo y a las personas que lo rodean, sus experiencias previas respecto a la enfermedad y la atención recibida, el nivel de información sobre la enfermedad tanto de la persona como de su familia. Conocer sus creencias, tradiciones y concepciones frente a las necesidades y problemáticas que se generan a partir de esta situación. Las principales acciones desarrolladas con estas personas son las de asesoramiento y orientación continua ante situaciones de conflicto o tensión. La exaltación constante de las capacidades y habilidades de los enfermos y su familia, igualmente se deben facilitar espacios de expresión donde se puedan observar los sentimientos y emociones frente a cualquier evento o situación. Siempre que se realice este tipo de acercamientos con los pacientes, sus familiares y/o cuidadores se debe evaluar la necesidad de remisión con otros servicios sociales o profesionales, y así abarcar todas las problemáticas y efectos que produce esta enfermedad en las personas.

También se debe intervenir de forma individual, cuando se requiere con el fin de conocer a fondo la realidad vivida y sentida narrada directamente desde el/la persona que convive con el cáncer. De esta atención se manifestará la necesidad de trabajar con el sistema familiar y/o los cuidadores principales, puesto que ante

un evento inesperado como este una familia puede dividirse e incluso disolverse. Trabajar con la familia como el principal grupo en el que se desenvuelve una persona, es primordial para garantizar un bienestar del enfermo, y evitar que se presenten situaciones como miedos, incertidumbres, que afecten a la persona y a la familia contribuyendo al malestar individual y familiar.

La intervención que se desarrolla a nivel familiar puede implicar unos beneficios como, la creación de un clima donde se pueda compartir y comprender los sentimientos y la situación de las personas. Evitar miedos y obligaciones a comportarse de determinada forma; fortaleciendo el diálogo al interior de la familia y evitando que se genere dependencia de los/las profesionales que se encargan de su atención y promoviendo el respeto a la intimidad de los miembros de la familia y la autonomía e independencia en la toma de decisiones. Es importante también, impulsar la participación de toda la familia en el cuidado del paciente.

3.2 CARACTERIZACIÓN DEL GRUPO POBLACIONAL

La población sujeto de intervención se constituye por 267 pacientes conformados por 102 hombres de edades que oscilan entre los 20 y los 90 años, de los cuales el 1,87% están entre los 20-30 años, el mismo porcentaje para el intervalo de los 30-40, 3,37% se encuentran entre los 40-50 años, el 7,11% entre los 50-60, el mayor porcentaje se encuentra en las edades de 60-70 años con 11,23%, el 10,11% son hombres entre los 70-80 y por último el 2,62% entre los 80-90 años; 165 mujeres de edades variantes entre 20 y 90 años las cuales el 2,24% se encuentran entre los 20-30 años, el 5,99% están entre los 30-40, 10,11% entre los 40-50 años, el porcentaje se ubica en las edades de 50-60 años con el 15,73%, un 11,23% entre los 60-70 años, en el intervalo de los 70-80 años un 12,73%, y un 3,74% en edades de 80-90 años.

Por lo anteriormente expuesto, se evidencia que el cáncer es una enfermedad que no discrimina sexo, edad, posición social, religiosa o política. Esto ocasiona de cierto modo un impacto social y hospitalario alarmante en donde es prudente seguir trazando mecanismos de alerta y de defensa ya que, como está señalado anteriormente, son todos los miembros de la comunidad la que se encuentra en riesgo. Los porcentajes que se muestran en el estudio señalan que la incidencia de esta enfermedad está comprendida entre los 30 y 80 años, registrándose en las edades en donde el ser humano demuestra su mayor capacidad física e intelectual.

De la totalidad de los pacientes el 43,83% proviene de la ciudad de Bucaramanga, siendo este porcentaje el más alto, el 34,08% viene de las demás ciudades de Santander y el 9,34% de las veredas santandereanas, de los departamentos costeros como Magdalena, Cesar, Bolívar, Córdoba procede el 3,74%, el 4,49% vienen de las zonas de Arauca y el 2,99% de Norte de Santander, se atendieron en mínima proporción pacientes procedentes de Boyacá 1,49%. A todos ellos se les atendió con por lo menos uno de sus familiares, con el fin de promover su participación en el proceso salud- enfermedad.

Si se tiene presente la procedencia de la población sujeto intervención se puede analizar que aquellos que viven en pequeñas poblaciones aisladas del departamento son víctimas del desconocimiento de los factores de riesgo debido al abandono gubernamental, la carencia de recursos económicos y académicos que les podría de cierta manera contrarrestar su actual realidad social.

De la población residente en la ciudad de Bucaramanga y ciudades aledañas se puede estimar que estas personas tienen inadecuados hábitos y estilos de vida (alimentación, estrés laboral, factores genéticos, etc.) a pesar de que tienen oportunidades de conocer y adoptar e implementar mecanismos y actitudes

preventivos frente a la enfermedad.

De los casos de cáncer atendidos en mujeres se puede analizar que predominan el de mama y cérvix con un porcentaje del 23,6% y 18,54% respectivamente, en los hombres el cáncer de próstata con 21,09%, pulmón con 14,76%, sin dejar de lado los cánceres de colon y gástrico que atacan en igualdad de condiciones tanto a mujeres como a hombres. Sobre esto se puede decir que existen zonas corporales vulnerables dependiendo del sexo del paciente. En el caso de las mujeres se puede apreciar que los casos de cáncer más comunes están ligados a su salud sexual y reproductiva, lo que conlleva a pensar que muchos de estos casos se encuentran directamente relacionados con el inicio de la vida sexual a temprana edad, la higiene corporal, la falta de seguir una rutina o asistencia ginecológica, el rango de paridad, la presencia del Virus del Papiloma Humano (VPH) entre otros. En relación con los hombres los casos presentados pueden ser atribuidos a diversos factores, incluyendo la genética y una dieta inadecuada, lo cual se agudiza cuando no existen planes de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Los pacientes atendidos se encuentran registrados en el régimen subsidiado del SGSSS, en ocasiones se atienden particulares; la relación de ellos se presenta en el siguiente cuadro en el que se establece el nombre de la entidad promotora de salud subsidiada (EPS'S) y el número de pacientes.

Cuadro 3. Relación de pacientes mensuales Régimen Subsidiado

EPS´S	# PACIENTES
Comfenalco	20
Asmet Salud	21
Emdis	22
Solsalud	44
Caprecom	27
Coomeva	9
Fundación Medico Preventiva FMP	8
Comparta	21
Cafesalud	18
Cajasan	18
Salud Vida	18
Coosalud	9
Secretaria de Salud	20
Dusakawi	5
Particular	7

Fuente: Registro de atención a pacientes. Departamento de Trabajo Social, unidad de oncología. 2011

4. CARACTERIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA

La práctica académica de Trabajo Social inicia con la etapa de ubicación institucional, dicha etapa ayuda a conocer la realidad de los actores en este caso pacientes, profesionales de la salud, familias y cuidadores, determinando así la problemática presentada por lo que se hace necesario la intervención profesional que facilite la mejora en la prestación de los servicios oncológicos.

A continuación se presenta el proceso que se realizó que parte de la determinación de la problemática que se logra al desarrollar un modelo de intervención tradicional, el cual lleva a cabo ciertos procesos a saber: diagnóstico social, posterior planeación y diseño de planes operativos y su respectiva ejecución.

Para la elaboración del diagnóstico se tuvo en cuenta el método tradicional el cual se fundamenta en la evidencia social vista como la naturaleza de las dificultades sociales y los medios de solución, que se logra con las entrevistas a los pacientes, el contacto familiar y recopilación de información otras fuentes. El diagnóstico se desarrolló a medida que el contacto con la realidad se hacía posible.

Las razones por las cuales se determinó realizar este tipo de planeación en el HUS fueron debido a que permitió un análisis profundo de la situación teniendo en cuenta el entorno donde se examinan los actores y el medio donde se desarrollan.

El proceso de intervención profesional está basado en dos pilares fundamentales de acción: el primero está relacionado con la restitución de los derechos de los pacientes, los cuales permiten garantizar su calidad de vida, a la vez genera espacios de participación social y control de los servicios de salud y el segundo contempla el vínculo familiar como herramienta importante en el proceso de

tratamiento del paciente ya que promueve la aceptación, autovaloración e introducciones de los mismos círculo social.

A continuación se observará la información obtenida de la realidad, que hace parte del diagnóstico.

4.1 DIAGNÓSTICO

La E.S.E Hospital Universitario de Santander es una institución pública de orden departamental prestadora de servicios de salud, dentro de los que se encuentra la unidad de oncología que atiende a personas con una de las enfermedades más silenciosas y agresivas del ser humano: el cáncer.

La unidad de oncología y radioterapia atiende en promedio 300 pacientes nuevos mensuales y realiza 463 controles a pacientes antiguos de los cuales 3.02% padecen cáncer de próstata, 3.23% cáncer de pulmón, 6.91% cáncer de cérvix, 3.67% cáncer gástrico, 3.02% cáncer de piel, 10.36% cáncer de mama, 2.15% cáncer de recto y canal anal, 2.63% cáncer de colon y un 4.10% en los demás cánceres vistos⁸⁹.

Según la resolución N° 1043 de 2006 y las resoluciones N° 2680 y N° 3763 de 2007 por las cuales se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud IPS para habilitar sus servicios, la unidad de oncología y radioterapia, cuenta con deficiencias y debido a esto se encuentra limitada para prestar servicios con calidad, de acuerdo a las expectativas en este tipo de intervención, lo que conlleva a un posible deterioro de la salud del paciente.

⁸⁹ HOSPITAL UNIVERISTARIO DE SANTANDER. estadísticas de la unidad de oncología. Oficina de Trabajo Social. 2011

A pesar de lo anterior, el equipo de trabajo logra corresponder con las exigencias de las diversas demandas presentes en la población objeto de intervención, pues existe un fuerte compromiso por parte de los mismos. Vale la pena decir que el equipo está conformado por especialistas en oncología: oncólogo clínico, radioterapeutas, cirujanos de cabeza y cuello, gastroenterólogo oncólogo, cirujanos de tejidos blandos, residentes médicos en sus diversas especialidades, enfermeros jefes, tecnólogas en radioterapia y medicina nuclear y auxiliares de enfermería.

El equipo médico se complementa con la intervención de Trabajo Social en el tratamiento, a partir de la atención psicosocial, fortaleciendo las potencialidades individuales y colectivas, la participación de los miembros de la familiar y grupos de pares necesarios para el desarrollo de habilidades como la autoestima, asertividad, resiliencia, autodeterminación, etc.

Asimismo, existen instituciones educativas como universidades que suministran talento humano en proceso de formación profesional para cooperar en la restitución de derechos humanos de los usuarios como uno de los propósitos característicos del HUS.

Aun cuando el equipo profesional posee alto grado de pertenencia por sus labores, existen falencias que podrían repercutir en el óptimo desarrollo de su desempeño. Se encuentran desorganizadas las historias clínicas lo que dificulta la intervención y la eficiencia del proceso, debido a que se genera en el equipo de trabajo estrés y un clima laboral que no es el apropiado, para la atención de los pacientes.

Como es sabido, cada ser humano configura un mundo de conocimientos y realidades que, para los pacientes oncológicos tienden a ser las mismas, el miedo que produce saber que la enfermedad los va a deteriorar progresivamente, los

volverá vulnerables y excluidos de sus círculos sociales pues, generalmente, el sentimiento de los demás obedece a lastima o compasión, lo cual genera en el enfermo, quien a su vez es sujeto de derechos; el aislamiento, tristeza, depresión, angustia, etc., lo que configura un malestar constante y por ende el deterioro progresivo de su calidad de vida.

Para los pacientes de la Unidad de oncología y radioterapia es de trascendental importancia contar con el cumplimiento del derecho a la vida y a la salud, pues se encuentran en constante lucha con la muerte. Vivir digna y plenamente es inherente a la condición humana y se expresa en determinada calidad de vida, transitada con dignidad y un mínimo de ética y justicia, esta última con una participación casi nula en el sistema de salud.

Todos los pacientes tienen derecho a tener comunicación clara y completa con el médico sobre su enfermedad, procedimientos, pronóstico, tratamiento y sus riesgos. Aceptar o rechazar por escrito los procedimientos,⁹⁰ recibir la mejor asistencia médica disponible, oportuna, segura y continua, pero lamentablemente el cumplimiento de lo anterior se hace cada día más difícil, pues vale la pena mencionar que la mayoría de los pacientes vienen de zonas rurales y algunas veces analfabetas y el lenguaje técnico usado por los profesionales, genera en ellos malos entendidos que se convierten en barreras de acceso a las prestaciones del servicio de salud.

Por lo anteriormente mencionado, se tuvo en cuenta que la familia es poderosa por su influencia perdurable en las vidas humanas, es el primer grupo con el cual se entra en contacto al nacer, y dentro del cual se permanecerá toda ó la mayor parte de la vida. La familia influye en el proceso de la socialización y desarrollo de la personalidad, en este caso se evidencia entonces que los pacientes de la

⁹⁰ COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Constitución política de 1991: Capítulo II. Artículos 48 y 49. Congreso de la república. (20 julio 1991). Bogotá, 1991(20 dic 2011). 1991

unidad de oncología renuncian a los tratamientos de radio y quimioterapia porque tienen poco acompañamiento de sus familias.

En conjunto con los pacientes, se determinaron los tipos de familias que tenían, siendo estas en ocasiones monoparentales donde el cabeza debía trabajar para poder solventar los gastos del tratamiento, lo que traduce que el paciente se presentara solo o en compañía de alguien cercano (amigo, vecino, primo, sobrino, etc.) al HUS; familias recompuestas, aunque numerosas, todos sus miembros se excusaban en sus trabajos, quehaceres, ocupaciones que absorben el tiempo que deben tener para su pariente enfermo.

Entonces expresan, que hablar de disciplina en el trascurso de los tratamientos no es tan fácil ya que para la permanencia de los ellos en los mismos se necesita el fuerte acompañamiento de su familia primaria, hijos, esposa o esposo, padres, lo que en la unidad de oncología no se alcanza a percibir, anulando entonces la efectividad del tratamiento.

Aun cuando existe una ruta de atención adecuada, se evidencia demora en la prestación del servicio de salud, manoseo de pacientes y las tardanzas en las oportunidades para consultas médicas, lo cual, expresión de los pacientes, hace que los usuarios se sientan desorientados, ocasionando muy seguramente el abandono de tratamiento a lo que responde el deterioro de la calidad de vida no solo del enfermo sino de todos aquellos que se constituyen nodos de su red social.

Por lo anterior, se hace necesaria la intervención en cuanto a estrategias orientadas a Informar, Educar y Comunicar (IEC), en la prevención de la enfermedad y promoción de la salud en los pacientes que padecen cáncer, contribuyendo así al mejoramiento de su calidad de vida.

Desde Trabajo Social se busca movilizar los recursos que tienen los pacientes con sus redes sociales y de apoyo para crear un mecanismo que satisfaga sus necesidades físicas, emocionales, sociales, etc., basado siempre en la justicia e inclusión social.

Se menciona también que, el enfoque de atención de los usuarios que prima en el Hospital está orientada hacia la parte clínica (Modelo biomédico – organicista) dejando de lado aspectos esenciales del entorno (como aspectos sociales, culturales, ambientales, económicos, familiares), que son determinantes para la evolución, adherencia a los tratamientos y sobre todo la aceptación de su nueva condición y nuevo estilo de vida. Al respecto se puede resaltar el trabajo en redes que se puede establecer entre el hospital y entidades que presten el mismo servicio, al igual que puede apoyarse en entidades que complementan la atención de la población como hogares de paso, ONG's, fundaciones de apoyo, ICBF, entre otras.

Debido a la relevancia del cáncer, se hace necesario acoger medidas que contribuyan a la prevención de la enfermedad, evitando el incremento de los casos de cáncer, no solo por la exposición a los factores de riesgo, sino considerando la adquisición de hábitos saludables en las diferentes etapas de la vida dando importancia a los pacientes con cáncer, se plantea entonces intervenir mediante educación para la salud para lograr así cambios en el pensamiento, sentimiento y conocimiento de la población sujeto de intervención, motivando comportamientos preventivos para asegurar el bienestar de la familia y la comunidad, a través de una eficaz intervención comunicativa e interactiva.

Es necesario que Trabajo Social participe en los procesos de intervención a través de la formulación de estrategias IEC de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que contribuyan a generar beneficios a la sociedad en general. De no ser así, se prolonga las consecuencias perturbando la calidad de vida de las

personas, pues el cáncer no solo afecta la salud física sino también el equilibrio emocional, psicosocial, moral, etc., constituyéndose como una problemática de salud pública que inquieta no solo el ámbito individual sino a los círculos sociales al que pertenecen los pacientes.

A la luz de lo expuesto se evidencia que el problema presentado en los pacientes se centra en el desconocimiento de sus derechos, lo que desencadena el bajo acompañamiento de sus familiares al cumplimiento de los diferentes tratamientos, y a su vez repercute en el nivel de resiliencia que estos tienen para superar la adversidad.

4.2. JUSTIFICACIÓN

El cáncer es un conjunto de enfermedades en las cuales el organismo produce un exceso de células malignas causando deterioro de la calidad de vida de quien lo padece⁹¹. Los pacientes oncológicos presentan la necesidad de una atención psicosocial a sí mismos y a su familia, para afrontar esta situación, en ocasiones los recursos personales y familiares que se tienen cerca en su entorno social, no son suficientes y se requiere de una atención especializada.

El eje de intervención desde Trabajo Social es la activación de la resiliencia en las familias que atraviesan un conflicto o un problema, en este caso, una enfermedad catastrófica como el cáncer. Los seres humanos tienen la capacidad para devenir resilientes y poder enfrentar los eventos negativos y las situaciones de adversidad que nos afectan. Y en este proceso necesitan del otro como punto de apoyo para la superación de esa adversidad. El secreto está en ayudar a las familias a fortalecerse, a reconocer sus fortalezas y confiar en ellas, y a adquirir mayor

⁹¹ ENCICLOPEDIA LIBRE. El cáncer. [en línea] Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/C%C3%A1ncer> (citado 2012/01/03)

conciencia social para promover cambios que reduzcan la inequidad y el sufrimiento⁹².

Si bien es cierto que hoy en día la mitad de los pacientes se curan, también lo es que la otra mitad no lo hace. Esto sigue alimentando el miedo de los pacientes y sus familiares que, en muchas ocasiones, al sentirse decepcionados con las posibilidades de la medicina tradicional, buscan soluciones milagrosas en la medicina alternativa y la intervención de curanderos⁹³.

Así, se pueden presentar entonces estrategias de intervención social que conforme grupos de autoayuda entendidos como una forma fundamental de conseguir apoyo. Este, es determinante en el proceso salud-enfermedad ya que brinda a los pacientes herramientas con las cuales motivan el término de su tratamiento. En este contexto la aparición del profesional de Trabajo Social y su intervención orientada a acompañar, ayudar y capacitar a las personas e n sus procesos vitales y de superación, hace que la enfermedad sea más llevadera tanto para el paciente como para sus familiares y cuidadores ya que los ayuda a ser responsables, ser libres de elegir y ejercer la participación en su proceso de tratamiento, así como a facilitar los cambios de aquellas situaciones que supongan un obstáculo para el desarrollo humano, en este caso su situación de morbilidad.

Reconociendo que, simultáneamente, el paciente desea, no sólo ser un usuario más, sino también tener un papel activo en el trato con profesionales e instituciones sanitarias, para poder hacer valer sus derechos, se presenta esta propuesta con el fin de promover el conocimiento de los derechos tanto en el paciente como en sus familiares, además de intervenir para erradicar los efectos psicosociales que trae consigo la enfermedad, pues a menudo el núcleo familiar

⁹²VILLALBA QUESADA, Cristina. El concepto de resiliencia. Aplicaciones en la intervención Social. Departamento de Trabajo Social y Ciencias Sociales. Universidad Pablo de Olvide. Sevilla. Enero 2004. Pág. 5.

⁹³ BARROS, José María. Op cit. p. 34.

incluyendo al enfermo centra toda sus capacidades cuidadoras en todo aquello que tiene que ver con la enfermedad, dejando de lado aspectos propios del desarrollo personal y del grupo familiar.

4.3 DISEÑO METODOLÓGICO

La metodología empleada para llevar a cabo el proceso de intervención profesional para apuntarle al mejoramiento de la resiliencia que tienen los pacientes y las familiares que asisten a la Unidad de oncología y radioterapia del HUS, mediante la intervención profesional de Trabajo Social y adoptando herramientas IEC para llevar a cabo el cumplimiento del mismo, se estructuró de la siguiente forma:

En un primer momento se tuvo en cuenta los marcos de referencia como el enfoque de derechos, los conceptos de salud, enfermedad, cáncer y resiliencia, así como la legislación y el contexto respectivos a nivel internacional y nacional. Seguido de esto se elaboró una caracterización socio familiar con la que se pudo construir un diagnóstico situacional a partir de las actividades formuladas para dicho propósito, esto se logró gracias a la participación de los pacientes y a la de sus familiares.

En un segundo momento y partiendo del diagnóstico, se procede a la recolección de los datos y saberes que poseen los pacientes en cuanto a sus derechos, obteniendo que la mayoría de ellos los desconocen, así que se elaboran talleres de capacitación en derechos y deberes para informarlos y garantizar la apropiación por ende su efectivo cumplimiento.

En un tercer momento y en vista de las falencias en la capacidad resiliente de algunos pacientes, se implementaron actividades de reconocimiento del

autoestima, autovaloración y autonomía para fomentar y fortalecer en ellos estas habilidades.

En un cuarto momento se evaluó el proceso de modo que se pudiesen recuperar los logros y fortalecer los desaciertos si estos llegaran a aparecer, después se dieron conclusiones y recomendaciones para que los futuros practicantes tengan en cuenta en sus intervenciones profesionales.

Transversalmente a estos momentos, se trazan los procesos que están institucionalizados como quehacer profesional de Trabajo Social, se tienen entonces, entre otros, la gestión con el régimen contributivo y subsidiado, para la realización de exámenes que no realiza la institución, coordinar la remisión de los pacientes a otras instituciones, realizar los trámites con las EPS y EPS'S para la consecución de materiales necesarios para los tratamientos, ubicación de pacientes en hogares de paso destinado para ello.

4.4 OBJETIVOS DE INTERVENCIÓN

OBJETIVO GENERAL.

Mejorar el nivel de resiliencia de los pacientes de la unidad de oncología y radioterapia mediante la intervención profesional de Trabajo Social, creando espacios de intervención psicosocial que garanticen el efectivo abordaje de la enfermedad, mediante la definición e implementación de estrategias de información, educación y comunicación, IEC, de modo que se fortalezca el empoderamiento de los derechos, conductas resilientes y vínculos familiares de los pacientes de la Unidad de Oncología y Radioterapia del HUS.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fortalecer vínculos familiares, en torno al proceso de tratamiento de los pacientes, fomentando el acompañamiento necesario, a través de la orientación psicosocial individual y familiar.
- Establecer escenarios de información, con los pacientes y sus familias, entorno al eje de derechos y deberes que poseen como enfermos oncológicos, por medio de actividades edu-comunicativas.
- Promover la autovaloración, la autoestima y la autonomía en los pacientes oncológicos por medio de talleres lúdicos reflexivos.

4.5 PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN

Para la realización del proceso de intervención profesional se tuvo como prioridad, vistas las necesidades existentes, trabajar en temas fundamentales como el empoderamiento de derechos, el fortalecimiento del vínculo familiar y los comportamientos resilientes en cada uno de los pacientes y sus familias, ya que son aspectos importantes para conseguir la atención integral y garantizar el mejoramiento de la calidad de vida de los mismos.

El proceso de intervención profesional tuvo dos campos de acción, uno de ellos, el trabajo planteado en este proyecto y el otro enmarca las actividades propias del Trabajo Social en la Unidad de Oncología y Radioterapia del HUS, las cuales se enuncian a continuación, remisiones, gestión de tratamientos, autorizaciones, hogares de paso, ambulancias, entre otras. Estas actividades vistas para el presente trabajo como satélites o complementarias se constituyen como claves para el fortalecimiento del aprendizaje en la formación profesional.

Se hace conveniente para este documento remitirse a los implicados en la experiencia, quienes durante el proceso fueron adquiriendo conocimiento acerca de los derechos y los deberes que tiene un paciente oncológico, precisamente son ellos los principales actores a quienes fue dirigida la práctica encabezada por la estudiante de último semestre de Trabajos Social, su par idóneo, que se convierte en un soporte importante de la misma, el equipo multidisciplinario en salud, pues refuerza la intervención de la profesión en lo que respecta al proceso salud enfermedad; otros actores involucrados en el proceso son las entidades promotoras de salud, ya que son las movilizadoras de los recursos para los pacientes.

La experiencia desde Trabajo Social se hace verdaderamente corta pues no se atiende a la totalidad de los pacientes que asisten a la Unidad de Oncología y Radioterapia, esto de cierta manera genera conflicto entre lo planeado y lo ejecutado. Teniendo en cuenta las barreras que se presentan durante la estancia en la institución, se generan unos interrogantes a saber: ¿se reduce la práctica a la mera gestión de trámites? ¿Cómo es asumido Trabajo social para el equipo médico? ¿Acaso no se puede atender pacientes en consulta por Trabajo Social? Con estos cuestionamientos se pretende llegar más allá de supuestos lógicos en relación con el quehacer del trabajador social y echar luces sobre la función y el rol que este cumple a la hora de ejecutar el trabajo asignado.

Trabajo Social tiene un amplio campo de acción en lo que se refiere al área de la salud pues se convierte en educador, orientador, investigador, mediador entre los diferentes actores del proceso; hace parte activa del mismo y enriquece cada día su conocimiento acerca del objeto de su intervención. A continuación se presentan cada uno de los objetivos trazados en la planeación con su respectiva ejecución. Se hace importante aclarar que para la intervención profesional se tuvo en cuenta la totalidad de la población sujeto de intervención, que como se anuncia en el numeral 3.2 se constituye por 267 pacientes.

Cuadro 4. Primer acercamiento a la realidad.

Objetivo específico	Actividades	Resultados esperados	Resultados Obtenidos
<p>Fortalecer vínculos familiares en torno al proceso de tratamiento de los pacientes a través de la orientación psicosocial individual y familiar.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reunión con la profesional de psicología con el fin poner en manifiesto las diferentes formas de hacer la caracterización socio familiar. 2. Establecimiento de la herramienta a utilizar. 3. Aplicación de la escala de clima familiar FES. 	<p>*Caracterización socio familiar.</p>	<p>Se logró caracterizar a 267 pacientes y 267 familiares</p>
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Análisis de los resultados de la aplicación de la prueba. 2. Detección de las necesidades de los pacientes. 3. Segmentación de los pacientes según las necesidades encontradas como afines. 	<p>* Diagnóstico situacional</p>	<p>Se determinaron las características socio familiares de los 267 pacientes atendidos.</p> <p>Del total de la población 67 personas no mostraron actitud positiva frente a su enfermedad.</p>

	1. Orientación personalizada.	* Contacto directo con todos los pacientes y algunos miembros del grupo familiar.	Se atendió de manera interprofesional (Trabajo Social y Psicología) a 80 pacientes, como casos individuales y terapia de familia
	Evaluación del proceso.		

Fuente: Elaboración propia de la autora del proyecto, 2012.

Para el desarrollo de este objetivo inicialmente se tuvo una reunión con la profesional en Psicología con el fin de determinar aspectos generales de la población sujeto de intervención, para lo que se realizó una caracterización socio-familiar utilizando la escala de clima familiar (FES)⁹⁴, en la cual la estudiante de Trabajo Social sirvió como observadora del proceso teniendo en cuenta un protocolo de observación⁹⁵ (ver anexo C) para tomar de allí algunos datos que son competencia de su objeto de estudio. En dicha escala se pueden apreciar las características socio-ambientales de todo tipo de familia, lo que permite evaluar las relaciones interpersonales entre los miembros de la misma y de los pacientes atendidos, los aspectos de desarrollo que tienen mayor importancia en ella y su estructura básica (ver anexo D).

⁹⁴ UNIVERSIDAD DE STANFORD. The Social Climate Scales: Family, work, Correctional Institutions and Classroom Environment Scales.. 1982. R.H. Moos, B.S. Moos y E.J. Trickett

⁹⁵ Sn. La observación directa y la entrevista. Protocolo. [en línea] (Disponible en) http://www.who.int/patientsafety/research/methodological_guide/Method5_Protocol.pdf (citado 12/12/2011).

De la observación se retoma una dimensión que, a juicio de la profesional de Trabajo Social, aplica para lo propuesto en este objetivo. De esta forma, se selecciona la dimensión de las relaciones que valora el grado de comunicación y libre expresión dentro de la familia y el grado de interacción conflictiva que la caracteriza.

En el proceso de caracterización socio-familiar se tuvo en cuenta: la cohesión, la expresividad y el conflicto, encontrándose que existen diversas situaciones experimentadas y visualizadas, por los diferentes integrantes del grupo familiar, entre estos casos se verifican núcleos familiares fortalecidos, integrantes de la misma que guardan fidelidad y empatía con el enfermo, otros que adoptan actitudes de inquietud, cuestionamiento e incluso investigan sobre los efectos de la enfermedad y sus posibles tratamientos manteniendo contacto directo con médicos, especialistas, enfermeras y demás profesionales del área de la salud; y se evidencia que existen familias cuyos miembros tienen tendencia a la huida mostrándose indolentes e indiferentes tal vez por efectos del proceso de duelo o incluso por problemas netamente familiares. Lo anteriormente expuesto describe la cohesión existente entre ellos y por ende se convierte en un reto para la profesional de Trabajo Social en formación ya que cada caso debe ser abordado con minucia, tacto y muy profesionalmente.

En cuanto a la expresividad se percibe que el sentimiento recurrente es el duelo, o la tristeza, los cuales son manifestados por el llanto, el mal genio, impotencia tanto de quien padece la enfermedad como de su familia; también se aprecian enfermos y familiares quienes guardan esperanza de una posible recuperación y aquellos que aceptan con naturalidad y resignación por la realidad que están viviendo. En lo que concierne al conflicto, los sujetos de intervención presentan sentimientos encontrados por resignación, aceptación y negación respecto al sufrimiento o padecimiento de su ser querido. Otro conflicto registrado obedece al desconocimiento de los derechos y beneficios que deben llegar a ellos por

responsabilidad de su entidad promotora de salud (EPS) y de otros entes gubernamentales. Asimismo se conocieron casos en los que se cuestiona la eficacia del tratamiento médico y la competencia del profesional de la salud.

En consecuencia con lo observado y analizado por parte de la Trabajadora Social en formación se hace evidente la necesidad de una intervención integral tanto a familias como a pacientes, lo que para este proyecto es visto como, el diagnóstico situacional, ya que los vínculos familiares en la mayoría de ellos se han ido deteriorando significativamente, pues como se ha mencionado anteriormente, el hecho de que un miembro del núcleo padezca de enfermedades oncológicas hace que en algunas ocasiones se adopten comportamientos y actitudes poco resilientes como: rechazo, aislamiento, inestabilidad emocional, entre otros.

Para llevar a cabo las actividades propuestas, se incentivó la participación de por lo menos dos (2) de los familiares de los 267 pacientes sujetos de intervención, para que tomaran parte en procesos formativos en cuanto a la enfermedad y sus distintas formas de afrontarla; teniendo éxito en dicha convocatoria.

También se implementaron campañas de vinculación familiar, tales como capacitaciones, charlas, talleres referentes al papel que cumple el acompañamiento de los seres queridos en el proceso de tratamiento. En este escenario la Trabajadora Social desempeña un rol orientador en donde se hace necesaria la participación de la totalidad del grupo aboliendo de esta forma la exposición magistral, amoldándose a las condiciones deseables del grupo para llevar a cabo tal actividad.

Mediante la realización de las campañas se pudo observar que tanto familias como pacientes asumen la importancia de participar e involucrarse en el proceso Salud-Enfermedad pues el acompañamiento es una de las formas más importantes de sobrellevar la enfermedad y de adentrar al paciente en su círculo

social, no solo porque se hace necesario medicamente sino porque repercute en la adquisición de conocimiento para generar impactos positivos en los demás nodos que articulan las redes sociales del paciente, como un eje fundamental en su cotidianidad, lo cual puede influir en la adquisición de hábitos de vida saludables y en la generación de un entorno social, cultural y familiar deseado que contribuyan al buen manejo de la salud como determinantes de la misma.

De esta manera, se propició un ambiente de comunicación asertiva, el cual se considera una estrategia pertinente y eficaz para propagar la educación para la salud a partir de la cooperación de diversos implicados esperados, como acompañantes y cuidadores; cada una de las campañas de fortalecimiento propuestas arrojaron resultados positivos ya que se notaron cambios en sus actitudes y aptitudes entendiendo la enfermedad, concientizándose de la realidad vivida, fortaleciendo los lazos familiares y siendo más responsables en su papel como acudientes en los procedimientos médicos (quimioterapia, radioterapia y cirugía) ya que en seguimientos hechos oportunamente se advirtió que las familias se comprometen en el fortalecimiento de sus vínculos, al igual que al proceso de tratamiento de sus enfermos y corresponden a los deberes y obligaciones que adquieren con los mismos.

Cuadro 5. Conocimiento de sus derechos.

Objetivo específico	Actividades	Resultados esperados	Resultados obtenidos
<p>Establecer escenarios de información, con los pacientes y sus familias, entorno al eje de derechos y deberes que poseen como enfermos oncológicos, por medio de actividades educativas comunicativas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> *documentación en legislación para pacientes oncológicos. *convocatoria a los sujetos de intervención * Identificación de pre saberes acerca del tema en encuentros con los pacientes y sus familias. * Talleres de capacitaciones en derechos y deberes. * Evaluación de los conocimientos adquiridos. 	<p>Apropiación de saberes sobre deberes y derechos frente a la condición patológica tanto en familiares como en pacientes.</p>	<p>El 60% de los pacientes lograron el reconocimiento de sus derechos como pacientes oncológicos, gracias a exigir la garantía de los mismos.</p>

Fuente: Elaboración propia de la autora del proyecto, 2012.

Todos los pacientes están en la obligación de conocer su situación en cuanto a derechos y deberes que adquieren por el hecho de serlo, entonces se hizo necesario convocar a la totalidad de ellos para, en plenaria, conocer sus inquietudes, opiniones y percepciones acerca de su proceso salud-enfermedad (ver anexo E) y con base en lo expresado poder brindarles asesoría o en dado caso intervenir desde el quehacer profesional.

Para el desarrollo de este objetivo se adoptó una actitud investigativa y lectora ya que se hizo necesaria la documentación sobre legislación para pacientes oncológicos, lo cual proporcionó herramientas a la profesional en formación que sirvieron de ayuda y base para las capacitaciones que se plantearon.

En un primer encuentro se determinó un espacio de participación de los pacientes y sus familias para conocer e identificar los pre saberes en legislación o supuestos que en ese momento tienen; entre estos pre saberes se argumenta que algunos pacientes por desconocimiento de la ley se someten a cuidadores de salud que les coartan el derecho a ser tratado con respeto y dignidad. Se les niega acceso a sus datos médicos, a una segunda opinión o a cambiar de tratante y hasta se les informa de su diagnóstico y pronóstico en forma insuficiente. Como consecuencia de esto se genera un estado permanente de ansiedad e impotencia en el paciente y familias que repercuten negativamente en la efectividad de los tratamientos y en la calidad de vida.

Los pacientes y sus familias manifiestan que no existe un marco legal que sea del conocimiento público sobre los derechos del paciente en general, mucho menos de los pacientes de cáncer, por lo que se propicia un ambiente donde prosperan abusos por negligencia; ante esta situación se hace prioritario que se tomen medidas y mecanismos de información que les oriente en el tema. Los mecanismos adoptados fueron las capacitaciones en derechos y deberes. Para la realización de estas se tuvo la presencia de una profesional en enfermería que desde hace varios años se dedica a fortalecer y proporcionar conocimientos en derechos a los pacientes y sus familias (ver anexo F). Dicho encuentro se llevó a cabo en las instalaciones de la Unidad de Oncología y Radioterapia del HUS, los participantes se ubicaron en la sala de espera donde se dio paso a las charlas educativas las cuales tomaron el curso deseado ya que todos los asistentes obtuvieron el conocimiento y las herramientas necesarias para garantizar el servicio con calidad (ver anexo G). Una vez culminada la capacitación se procedió

a evaluar los conocimientos adquiridos mediante la técnica de pregunta abierta, lo cual constató la aprehensión y comprensión de la información suministrada, lo que de cierto modo generó la satisfacción de los pacientes y sus familias, concluyendo que los servicios deben ser prestados con calidad, garantizando el abordaje integral de la enfermedad.

Muchos de los actores convocados para dichas actividades marcaron hito en sus aprendizajes, pues con el transcurrir del tiempo se fue apreciando cómo hacen valer sus derechos y ponen en práctica sus deberes; se observa que las personas poseen iniciativas propias para de cierta forma superar la condición que afecta todos los ámbitos de su vida, esto desata el compromiso e independencia que hace mejorar su calidad de vida.

Lo anterior se considera pertinente y eficaz dado a la cooperación de los pacientes para el desarrollo de tal proceso ya que se ajustaba a sus condiciones y necesidades generando nuevos conocimientos y promoviendo de esta manera la prevención de la propagación de ésta problemática.

Cuadro 6. Refuerzo de la autovaloración, autonomía y autoestima

Objetivo específico	Actividades	Resultados esperados	Resultados obtenidos
Promover la autovaloración, la autoestima y la autonomía en los pacientes oncológicos por medio de talleres lúdicos reflexivos.	*reconocimiento de las historias de vida de los pacientes. * Establecimiento de los grupos de trabajo. * Talleres de formación.	Intervenir a los pacientes que en el diagnóstico no mostraron actitud positiva frente a su enfermedad, para mejorar sus habilidades “auto”	75% de los pacientes intervenidos lograron expresar sus sentimientos frente a la patología destacando signos de resiliencia.

Fuente: Elaboración propia de la autora del proyecto, 2012.

Para el cumplimiento de este objetivo fue importante el reconocimiento de las historias de vida de los pacientes ya que con ello se hizo un tamizaje para identificar a los pacientes que están siendo víctimas de la baja autoestima y así poder trabajar con ellos. Para esto fue necesario que la Trabajadora Social retomara la información recopilada en los ejercicios anteriores (observación, capacitaciones y encuentros) para segmentar a los pacientes según características similares de baja autoestima, autovaloración y autonomía, así el grupo de trabajo se redujo a 67 pacientes que presentan dichas problemáticas. (Ver anexo H)

Con los grupos establecidos se trabajó para intervenir con mayor ahínco en las necesidades identificadas teniendo en cuenta lo observado durante el proceso de acercamiento a la realidad y durante los encuentros de capacitación. De esta manera se agruparon 15 pacientes con problemas de autovaloración, 35 pacientes

con un nivel de autoestima bajo y 17 pacientes lo cuales dejan de lado su autonomía.

Autovaloración: Taller “**Aprende a sacar lo mejor de Ti**”: Para este taller se tuvo en cuenta el concepto de autovaloración y los supuestos de cada uno de los pacientes en cuanto al tema, reconociendo que cada uno es un ser único y que desarrolla un papel importante en el círculo social al que pertenece; la iniciativa de este taller fue aprender a ser conscientes de las virtudes y defectos puliendo aquellos que se dejen y puedan pulir. Se inculco en ellos el empoderamiento de sus cualidades pues si estos se potencializan se obtendrán respuestas positivas en los tratamientos. (Ver anexo I)

El taller consistió en la aplicación de pruebas de autovaloración y determinar junto con los pacientes un cronograma de actividades en el cual se tuvieron en cuenta momentos de automotivación, autodefinición y autovaloración. Los resultados arrojados en las pruebas muestran que algunos los pacientes suelen ser personas que aunque no se creen inferiores al resto si consideran a los demás en una posición más elevada a la suya. Esto supone que, inconscientemente, se sientan en una posición retrasada en relación a los que le rodean a la hora de iniciar o realizar alguna acción, lo que se une a su condición de enfermedad. Otros de ellos tienen una buena confianza en sí mismos, pero en ocasiones ésta puede llegar a ceder. Son personas que intentan mantenerse fuertes con respecto a los demás aunque en su interior están sufriendo, lo que sustenta el trabajo de aprehensión que en este taller se quiso afianzar.

Esta jornada se realizó en las instalaciones de la Unidad de Oncología y Radioterapia, para la segunda semana del mes de noviembre, al cual asistieron los 15 pacientes con problemas de autovaloración detectados en la primera reunión.

Autoestima: Taller “**el verdadero valor del anillo**” (ver anexo J): para esta actividad se contó con los 35 pacientes ubicados en el grupo con problemas de autoestima, se realizó en la Unidad de Oncología y Radioterapia del HUS.

Para la realización del taller se tuvo en cuenta la dinámica de la lectura de un cuento llamado “el verdadero valor del anillo”, después de esto se les pide a cada participante escribir la moraleja y llevarla al plano de vivencia personal, los resultados de esta actividad se dieron a conocer con la técnica de conversatorio, en donde hubo retroalimentación y cada vivencia fue un aprendizaje más en la vida de los pacientes.

Autonomía: Taller “**Autonomía se escribe con A**”: Este taller pretende que los pacientes adquieran costumbres, hábitos, habilidades, técnicas y autonomía para enfrentarse con éxito a las actividades cotidianas, sin dejar de saberse paciente oncológico. Después de una exposición magistral se les pide a los pacientes que redacten sus propios conceptos de autonomía, con el fin de evaluar el aprendizaje y la efectividad del taller.

Se hace necesario que este objetivo siga siendo desarrollado para que se de continuidad al proceso de promover en los pacientes su autovaloración, autoestima y autonomía y así mejorar sus relaciones interpersonales.

Gracias a los esfuerzos conjuntos con el grupo interdisciplinario y con la profesional de Trabajo Social los objetivos planteados dieron la respuesta que se buscaba, los pacientes internalizaron sus derechos y deberes, tomaron conciencia de la importancia que tiene el vínculo familiar y lograron fomentar la autovaloración, alcanzando así una mejor calidad de vida.

Además de lo planeado se desarrollaron actividades complementarias cuya finalidad recaía en brindar apoyo a la profesional de Trabajo Social en el quehacer

propio. Entre estas actividades satélites se encuentran: gestión de recursos e insumos para tratamientos, remisiones a hogares de paso, seguimientos a pacientes que abandonan tratamiento, intermediación entre paciente, IPS y EPS, entre otras. Dichas actividades generaron un impacto positivo tanto para los pacientes, sus familiares, la profesional en Trabajo Social y la estudiante, ya que se satisfizo las necesidades, problemáticas y carencias que se presentaron en el cotidiano de los pacientes, además reforzó el aprendizaje del área de salud en Trabajo Social y la experiencia de la estudiante y por último el proceso alivió la carga laboral de la profesional.

5. EVALUACIÓN

El proceso de intervención profesional en Trabajo social realizado en la Unidad de Oncología y Radioterapia del HUS durante el periodo comprendido entre septiembre de 2011 y enero de 2012, estuvo enriquecida por aprendizajes y adquisición de nuevos conocimientos que ayudan a fortalecer al profesional en todos los ámbitos de su vida.

Gracias al gran apoyo que se tiene de la profesional en Trabajo Social la experiencia se hizo llevadera pues su orientación permanente guió el proceso, y suministró elementos importantes para el desarrollo de las diferentes acciones y a las que se ven enfrentadas diariamente las personas que acuden a la Unidad de Oncología y Radioterapia del E.S.E HUS. Las actividades complementarias contribuyeron a la generación de conocimiento en cuanto a los procesos que se desarrollan en el área de la salud como quehacer profesional.

La presencia del profesional en Trabajo Social se hace necesaria ya que la parte social en una unidad con una problemática tan compleja no se evidencia pues todo se convierte en un proceso mecánico de atención. En estas situaciones, generar cierta empatía y asertividad en la comunicación con la persona es un poco más fácil pues se emplean entonces todas las habilidades para crear un vínculo donde la persona se dé cuenta de que existe una profesión capaz de escuchar y ofrecer alguna alternativa de solución a determinada situación.

Por otra parte, tanto las personas como la misma profesional y estudiantes en práctica se encuentran con las múltiples dificultades y limitaciones en cuanto a recursos, espacios para desarrollar procesos de intervención más adecuados a la realidad y, que debido al compromiso con la profesión y con las personas son

asumidas en su totalidad por las personas (mismas) para generar impacto y poder desarrollar todas las acciones de intervención propuestas.

Una vez terminada la práctica profesional se procede a evaluar el cometido de las metas trazadas, donde se encuentra que cada una de ellas se cumplió, obteniendo resultados satisfactorios para la consecución del objetivo planteado, pues progresivamente en la unidad de oncología se presentaron más casos de acompañamiento familiar al paciente, reacomodación de roles en la familia y cumplimiento y garantía de los derechos de los pacientes. Se pudo entrever que las actividades realizadas durante el tiempo de practica dieron fruto e hicieron mella en cada una de las familias y pacientes intervenidos, esto sin desconocer las limitaciones de espacio y tiempo que en ocasiones obstruyeron el proceso, todo en un marco de normalidad de funcionamiento de la unidad.

Para la evaluación del cumplimiento de objetivos de intervención profesional, proceso metodológico, efectividad en el uso de técnicas de intervención y el cumplimiento de los objetivos, se tendrán en cuenta los siguientes interrogantes: ¿Qué grupo se benefició? ¿En qué medida? ¿De qué manera?; así como la eficiencia, eficacia, impacto, pertinencia y viabilidad del proyecto.

Para este caso el objeto de intervención profesional se centra en dos entes uno es la familia ya que si se despierta el interés de participar en el proceso de tratamiento de su familiar enfermo contribuye a la mejor aceptación del mismo, el otro corresponde al paciente porque sobre el recae el desconocimiento de sus derechos, la garantía de los mismos y su debido cumplimiento, lo que hace que la intervención de la profesional de Trabajo Social en formación se puntualice en orientar a los actores en lo que concierne al cáncer y sus efectos a nivel personal y familiar con el fin de ayudar a superarlos, todo esto en la medida en que se fueron conociendo y determinando las dificultades y necesidades latentes en cada una de las familias que demandaron el servicio, los recursos utilizados para dicha

intervención: los talleres, las charlas y conversaciones se convierten en la mejor alternativa de influencia social.

Con los objetivos planteados se pretendía influir en el fortalecimiento del vínculo familiar para mitigar los efectos psicosociales que tiene la enfermedad. Cada una de las actividades propuestas arrojaron resultados satisfactorios puesto que se logra integrar a cada uno de los actores al proceso lo que da la seguridad de que si se siguen implementando se obtendrán beneficios incomparables para los pacientes y sus familias. Lo que se puede llamar de una u otra forma un impacto que genera cambios en cuanto a los hábitos de vida que hasta el momento de la intervención se practicaban. Cada ser humano es un mundo y por ende la comunicación con el profesional se hace un poco difícil, lo que incide en el desarrollo del proceso, en ocasiones se hacía complicado volcar los estándares establecidos por la sociedad pero mediante la buena intervención profesional se logra influir en ellos, buscando así el mejoramiento de la calidad de vida de los sujetos de intervención.

Con todos estos elementos, en lo que concierne a la ejecución del presente proyecto, se ha determinado con precisión las recomendaciones útiles y pertinentes que ha dejado este como un componente de aprendizaje. Dicho componente, se sitúa en el marco del quehacer profesional en el área de la salud puesto que cada experiencia está ligada a una nueva adquisición de herramientas que hacen que se crezca personal y profesionalmente, en este caso la intervención de Trabajo Social deja huella tanto en pacientes como en sus familias pasando por los profesionales ya que no solo se basó en la mera aplicación de mecanismos de intervención sino que dio paso al acercamiento personal paciente-medico con el fin de hacer de este un trato más Social e interactivo, lo cual ayudará a fortalecer las capacidades de todos los implicados en el trabajo con pacientes enfermos de cáncer, especialmente, la familia, que ha sido el ámbito que se ha propuesto como elemento fundamental en la vida del paciente.

Con este proyecto se quiso apuntar a construir cambios importantes y significativos en las actitudes y comportamientos de los pacientes y sus familias en cuanto al proceso salud-enfermedad y en las estrategias para el tratamiento del cáncer. No han sido recomendaciones operativas, ni mucho menos, simples procesos metodológicos al margen de una lectura de la realidad, ya que, la génesis de dicho proyecto fue siempre la interpretación de una realidad concreta, el cáncer, que afecta a muchas personas en el mundo entero.

Por esta razón, se tiene en cuenta un proceso metodológico que involucra a todos los actores del proyecto especialmente a las familias ya que se convierten en una alternativa para el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes, los objetivos planteados dieron como resultado la integración familiar, por ende una mejor incidencia de los tratamientos, los pacientes y sus familias reconocieron cuáles son sus derechos, los factores de riesgo de contraer la enfermedad y lo importante del fortalecimiento de los vínculos entre ellos, todo esto se logró debido al buen uso y manejo de las técnicas de intervención escogidas pues fueron dinámicas y participativas lo que ayudan a garantizar el cumplimiento de los objetivos trazados.

6. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN: ORIENTACIÓN Y ACOMPAÑAMIENTO A LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES EN ETAPA DE DIAGNÓSTICO ACERCA DE LA ENFERMEDAD ONCOLÓGICA PARA EL AUMENTO DE LAS CAPACIDADES RESILIENTES E INTEGRACIÓN A SU CIRCULO SOCIAL

“El amor de tus familiares y hacia tus familiares, es eso que te hace despertar cada día, te da aliento esperanzas y fuerzas para afrontar todos los obstáculos y retos que se te presenten en la vida. Y al final agradecerás a Dios por ese amor que te acompañó cuando más lo necesitabas.”

LEINAD.

6.1 JUSTIFICACIÓN

Dentro de las numerosas posibilidades de realización profesional que ofrece el Hospital Universitario de Santander (HUS), una de las más enriquecedoras, a nivel personal, ha sido la experiencia en Trabajo Social y en él, especialmente, lo aprendido en la Unidad de Oncología y Radioterapia, permitiendo al estudiante la realización libre y consciente de su ejercicio profesional.

El paciente oncológico enfrenta múltiples problemas médicos, psicológicos y sociales, cuya complejidad aumenta con el tiempo y están directamente asociados a los diferentes estadios de la enfermedad y a los procesos terapéuticos. Así mismo, está obligado a realizar ineludibles cambios individuales, familiares, laborales y sociales en muchos aspectos de su vida cotidiana. Sin duda alguna, esto lleva consigo la dificultad para sobrellevar esta enfermedad, así, modos de asimilación y aceptación de la enfermedad tienen un papel imprescindible que incidirá en la calidad de vida del paciente, al igual que el soporte familiar.

En este sentido se propone la continuación del trabajo con el sistema familiar, entendiendo la familia como un grupo implicado en la atención de la persona enferma ya que trae consigo una serie de beneficios. Todos sus miembros están invitados a participar activa y conscientemente en el cuidado del paciente, es importante motivar esta implicación y verla como unidad cuidadora.

Uno de los principales puntos que el Trabajador Social debe considerar en su rol es el trato directo con los miembros que conforman el núcleo familiar del paciente recién diagnosticado. La pericia como maneje las situaciones, los estados anímicos, los infortunios y los acontecimientos de gravedad que experimente la familia durante la enfermedad de su ser querido van a convertirse de cierto modo en un ente evaluador de su trabajo. Por esta razón se hace importante trabajar directamente en esta instancia con la familia ya que ella conforma el primer grupo de auto-ayuda que posee el paciente y es primordial que los lazos se fortalezcan o se mantengan fortalecidos como método de motivación en el proceso de tratamiento del enfermo.

6.2 REFERENTE TEÓRICO

1. «El conjunto de demandas funcionales encargadas de organizar la interacción de los miembros dentro y fuera del sistema. Dentro de esa organización y para que se produzca la interacción, se crean pautas y patrones de conducta, en los que están insertos, de forma implícita, toda una carga de valores, secretos, normas, sistemas de creencias, reglas, mitos., etc., que son introducidas en el sistema familiar de generación en generación, confirmando estructuras determinadas de comunicación sistémicas».⁹⁶
2. Dentro de una normalidad evolutiva, la estructura familiar tiende a cambiar y a readaptarse al medio con el paso del tiempo; esto se debe tanto al impulso

⁹⁶Minuchin, S. y otros, Técnicas de terapia familiar, Ed. Paidós, Buenos Aires, 1981, pág. 25.

propio de cada uno de los miembros del sistema familiar, en sus diversas fases de crecimiento, como a la necesidad de adecuarse en sus comportamientos e interrelaciones a las exigencias y condicionamientos de la sociedad en que está inserto ese sistema.⁹⁷

3. La aparición de una enfermedad como el cáncer, es un hecho con el que no se cuenta dentro de la evolución de las personas. Según Mathilde du Ranquet, las crisis ligadas a acontecimientos imprevisibles son desencadenadas por factores que significan una amenaza para la integridad física y mental de las personas.⁹⁸ La tendencia de algunas familias es la de ejercer una fuerza centrípeta, es decir, unirse en situación de crisis para superar el mal momento, superar los problemas, pero existen otras con fuerza centrífuga, huyen del problema.

4. Los tipos de estructura familiar en los que viven los enfermos de cáncer, tienen una dinámica y capacidad emocional propia que determinan muchos de los problemas específicos que se dan en un sistema familiar cuando uno de sus miembros está afectado por la enfermedad. Las características de comportamiento pueden ser diferentes y se deben tener en cuenta las estructuras familiares, los cambios en el modelo familiar, la vulnerabilidad de los miembros, el ciclo vital de la misma, ya que a menudo centra todas sus capacidades cuidadoras en todo aquello que tiene que ver con la enfermedad, dejando de lado aspectos propios del desarrollo personal y del grupo familiar.⁹⁹

De acuerdo con lo planteado se hace necesario implementar un programa de intervención donde se contemple la importancia del **acompañamiento familiar** para el paciente, pues, mejora la calidad de vida del mismo y lo pone en un

⁹⁷ PALOMAR VILLENA, Manuela; SUAREZ SOTO, Esperanza. El modelo sistémico en el trabajo social familiar: consideraciones teóricas y orientaciones prácticas. Alicante, España, 1999, pág. 176.

⁹⁸ DU RANQUET, Mathilde. Los modelos de trabajo social intervención con personas y familias. Cap. La intervención en situación de crisis. Siglo 21. España editores, Madrid. 1996.

⁹⁹ Op cit. Modelo de trabajo social en la atención oncológica. pág. 7

sistema de apoyo en donde es visto como alguien importante en el engranaje de la estructura familiar, sin discriminarlo por su condición.

6.3 OBJETIVOS

6.3.1 General. Orientar a las familias a través de un acompañamiento en Trabajo Social cuando se presentan dudas, problemas, inquietudes y carencias sociales que surgen a partir del diagnóstico de enfermedad oncológica, aumentando las capacidades de Resiliencia para la integración del paciente a su círculo social.

6.3.2 Específicos

- Identificar las problemáticas sociales asociadas a la enfermedad del cáncer de las familias de los pacientes recién diagnosticados en la Unidad de Oncología y Radioterapia del HUS, para conocer los niveles de resiliencia de las mismas.
- Fomentar el contacto de los familiares con el paciente para afianzar lazos de solidaridad y apoyo constante.
- Apoyar psicosocialmente a las familias y pacientes que lo requieren, brindando herramientas para fortalecer el vínculo familiar.
- Vincular a las familias al tratamiento bio-medico-social del paciente para mantenerlo dentro de su rol como integrante activo de la misma.

6.4 POBLACION SUJETO DE INTERVENCION

La población sujeto de intervención está determinada por las familias de los pacientes recién diagnosticados con cáncer en la Unidad de Oncología y Radioterapia del HUS.

6.5 PROCESO METODOLÓGICO

Para el desarrollo de la propuesta y el cumplimiento de los objetivos planteados por la misma se hace necesario desarrollar 3 fases fundamentales que permitan la participación e interacción de la Unidad de Oncología y Radioterapia, sus funcionarios, los usuarios y el profesional de Trabajo Social en formación, en el proceso de orientación familiar que ayude al aumento de las capacidades resilientes de la familia y el paciente.

6.5.1 fase 1 Acercamiento entre actores. En esta primera fase se pretende generar un acercamiento entre los actores involucrados en el proyecto. Este permitirá identificar las necesidades psicosociales que poseen las familias, de igual manera organizar el cronograma de trabajo, la forma de convocatoria y determinar la cantidad familias que harán parte del proceso.

Cuadro 7. Fase 1 – Acercamiento entre actores

PROPOSITO	ACTIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS	PARTICIPANTES
Presentación de la profesional de Trabajo Social en formación a los pacientes y familiares para generar el acercamiento entre los actores y ella.	<ul style="list-style-type: none"> *Reconocimiento de los pacientes recién diagnosticados y sus familias. * Convocatoria para reunirse con la profesional en formación. * Formalización de la reunión. * Taller de Reconocimiento. 	Generación de espacios de confianza entre la profesional en formación, los pacientes y sus familias.	<ul style="list-style-type: none"> *Profesional de Trabajo Social en formación. * pacientes recién diagnosticados * Familiares.
Conocimiento de las necesidades psicosociales de las familias de los pacientes oncológicos para determinar el nivel de resiliencia de los mismos.	<ul style="list-style-type: none"> *Recopilación de la información obtenida en el taller anterior. * Segmentación de las familias que tiene características similares. * Convocatoria a reunión por 	Abordaje de la totalidad de las necesidades y fortalecimiento de la capacidad de resiliencia de la familia en situaciones difíciles, para este caso la enfermedad oncológica.	<ul style="list-style-type: none"> *Profesional de Trabajo Social en formación. * Familias.

	<p>grupos para determinar necesidades.</p> <p>* Aplicación de talleres para conocer la capacidad resiliente de las familias.</p> <p>* Determinación de grupos de trabajo según las necesidades y nivel de resiliencia similares.</p>		
<p>Planeación del programa a desarrollar con las familias y pacientes de la Unidad de oncología del HUS.</p>	<p>*Programación de los tiempos que se emplearan en la planeación y sus actividades.</p> <p>* Diseño del programa acorde a las necesidades detectadas y basado en la resiliencia.</p> <p>* Coordinación de tiempos, espacios y actividades.</p> <p>* Ejecución de Actividades.</p> <p>- talleres</p> <p>- capacitaciones</p> <p>- seminarios, etc.</p>	<p>Desarrollo e implementación satisfactoria del programa planeado.</p>	<p>*Profesional de Trabajo Social en formación.</p> <p>*colaboradores en el diseño del programa.</p> <p>*familias.</p>
<p>Evaluación del proceso.</p>	<p>*implementación de una evaluación tipo test, para corroborar que las actividades cumplieron su objetivo.</p>	<p>Generación de impacto positivo en las familias, quienes deben adoptar actitudes resilientes frente a sus necesidades.</p>	

Fuente: elaboración propia de la autora del proyecto, 2012.

6.5.2 Fase 2 – Implementación del proyecto. En esta fase se llevará a cabo el proceso de orientación familiar para el fomento del contacto entre ellos y el paciente así se afianza el apoyo y el vínculo de los mismos que favorece el tratamiento oncológico. Se realizara de una forma participativa, abierta y dinámica con el fin de integrar a los actores y facilitar la aprehensión de los conocimientos brindados.

Cuadro 8. Fase 2 – Implementación del proyecto

PROPOSITO	ACTIVIDADES	RESULTADOS ESPERADOS	PARTICIPANTES
Fomento del contacto familiar para generación de lazos fuertes de solidaridad y apoyo.	*Preparación del tema. * Organización de los materiales. *Convocatoria para la realización de los talleres. * Desarrollo de los talleres.	Fortalecimiento del vínculo familiar.	*Profesional de Trabajo Social en formación. *Pacientes. *Familiares.
Apoyo psicosocial personalizado.	*recepción del caso. *Atención propiamente dicha. *visita familiar si resulta necesario. *Remisión al profesional competente. *Seguimiento del caso. *Evaluación interna del proceso.	Atención psicosocial a la totalidad de las familias y pacientes que lo requieran.	*Profesional de Trabajo Social en formación. *Pacientes. *Familiares. *Equipo interdisciplinario.
Vinculación de las familias al tratamiento bio-médico-social del	*Documentación previa. *organización del material.	Cohesión total de los miembros de la familia	*Profesional de Trabajo Social en formación.

paciente.	<ul style="list-style-type: none"> * Invitación de profesionales como: médicos, psicólogos, enfermeros. * Convocatoria a seminarios y capacitaciones. * Desarrollo de dichas actividades. 	con su ser querido y los tratamientos que se llevan a cabo con él.	<ul style="list-style-type: none"> *Pacientes. *Familiares. *Equipo interdisciplinario.
-----------	--	--	--

Fuente: elaboración propia de la autora del proyecto. 2012

6.5.3 Fase 3 – Evaluación del proceso. Finalizado el proceso planteado anteriormente, se deben identificar las limitaciones y los alcances que se tuvieron con el fin de determinar futuros cambios y prevenir malos usos del mismo por parte de los actores involucrados (Directivos de la institución, Trabajadores Sociales de la Unidad de Oncología y Radioterapia del HUS, familiares vinculados al programa, Trabajadora Social en formación y los pacientes) en el proceso.

7. CONCLUSIONES

- Se concluye la experiencia con la satisfacción de que el 90% de los pacientes intervenidos y sus familias adoptaron conductas resilientes, generando empatía y asertividad en las comunicaciones, logrando expresar sus sentimientos frente a la enfermedad y destacando valiosos signos de resiliencia, que fue a lo que apuntó el objetivo.
- En la experiencia se pudieron determinar las características socio familiares, en conjunto con los pacientes, logrando así caracterizar la población con la cual se iba a trabajar, para esto se tomó una muestra de 267 pacientes y 267 familiares, logrando el reconocimiento de sus derechos y por ende garantizando el efectivo cumplimiento de los mismos.
- El trabajo con los pacientes oncológicos manifiesta grandes retos ya que se busca el mejoramiento de su calidad de vida y se debe entonces tener en cuenta cada una de las costumbres y creencias del enfermo y su familia, además establecer un principio: “no solo está enfermo el paciente, su familia también”, por lo que se hace compleja la intervención de Trabajo Social.
- La atención directa de los pacientes y familiares fue enriquecedora, ya que se pudo determinar que en situaciones complicadas en ocasiones se tiende a la unión, y en otras al esparcimientos de los vínculos, el cual fue complementado por los profesionales que acompañaron el proceso de intervención, pues es reforzada con las actividades propuestas en este proyecto y a su vez contribuyo al fortalecimiento de esos vínculos familiares.
- La unidad de Oncología y Radioterapia del HUS se convierte en un espacio importante para llevar a cabo la práctica profesional, pues abre sus puertas

para que el/la profesional de Trabajo Social en formación profundice sus conocimientos y crezca en todos los ámbitos de la vida.

8. RECOMENDACIONES

- Se recomienda tener en cuenta las características que conforman el entorno familiar del paciente, ya que se debe tener presente que cada núcleo familiar es diferente en creencias y culturas y la pluralidad de conceptos y de ideas conllevan a que se implementen nuevas estrategias, mecanismos de control, actos de regulación en los procesos clínicos, legales y cooperativos.
- Es importante mantener a la familia como primera red de apoyo del paciente, ya que en situaciones difíciles tiende a la huida o simplemente adopta actitudes de aislamiento frente a la problemática, lo que deteriora ocasionalmente el proceso de tratamiento de su ser querido. En la experiencia se observó que algunas familias perciben la enfermedad como un objeto disociador, generador de angustias y el camino más fácil en algunos miembros del núcleo familiar es la indolencia y la indiferencia.
- Se hace necesario implementar en la Unidad de Oncología y Radioterapia del HUS un programa de reconocimiento psicosocial del paciente y sus familias con el fin de conocer las condiciones en las que viven y poder actuar basados en ello ya que en la Unidad no se cuenta con una base de datos completa que muestre dicha caracterización.
- Se recomienda mantener activo el rol del Trabajador Social en la unidad de oncología y radioterapia del HUS, ya que se convierte en un espacio para que éste asuma una postura crítica, donde ponga en práctica los principios éticos aprendidos en las aulas de clase, y así se reflejen en el reconocimiento de los derechos humanos y la especificidad del quehacer profesional en el área de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

- AGUIRRE DE CARCER, Anna Novellas. Modelo de trabajo social en la atención oncológica. Cataluña. Junio 2004.
- ARGILÉS HUGUET, Joseph María. El cáncer y su prevención. Barcelona. Universitat de Barcelona. 1998. 356p. ISBN: 84-8338-037-4
- BARRANCO EXPÓSITO, Carmen. La intervención en trabajo social desde la calidad integrada. Centro Superior de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad de La Laguna. 2000. P 80.
- BLANCO RESTREPO, Jorge Humberto, MAYA MEJÍA, José María. Fundamentos de salud pública. Tomo I salud pública, 2 ed. Medellín. Corporación par investigaciones biológicas, CIB. 2005. 200 p. ISBN: 958-9400-81-7
- Boletín de suelo de la FAO. La precipitación radioactiva sobre los suelos, los cultivos y los alimentos. Roma. 1993. Vol. 2. ISSN: 0253-2058
- BORELLI, Francesc Carrió. El modelo biopsicosocial en evolución. Grupo comunicación y salud, España. Universidad de Barcelona. 2002. Artículo 45.714.
- DOS SANTOS SILVA, Isabel. Epidemiología del cáncer: principios y métodos. OMS. 1995

- DU RANQUET, Mathilde. Los modelos de trabajo social intervención con personas y familias. Cap. La intervención en situación de crisis. Siglo 21. España editores, Madrid. 1996. 265p.
- ESPAÑA, MINISTERIO DE EDUCACIÓN, CULTURA Y DEPORTE. SECRETARIA GENERAL DE EDUCACIÓN Y FORMACIÓN PROFESIONAL. Autonomía personal y salud. Inventora: EVA PÉREZ DE LA PLAZA. España. 2003. 63p.
- FRANCO, Saúl. Proceso vital humano - Proceso Salud enfermedad: Una nueva perspectiva. EN: Memorias de Ética, Universidad y Salud. Santafé de Bogotá: 1994 págs. 67 – 68
- GORDIS, León. Epidemiología. 3 ed. Elsevier, saunders. SI. 2000. 343p.
- GUERRINI, María Eugenia. La intervención con familias desde el Trabajo Social. Margen56. Ed. 56. 2009.
- JARAMILLO ANTILLON, Juan. El cáncer: Fundamentos de oncología: análisis del problema en Costa Rica. San José de Costa Rica. Universidad de Costa Rica. 1991. 457p. ISBN: 9977-67-177-X
- NEIRA, Mariana, LUZURIAGA, Hugo. El hombre que cura el cáncer. 2ed. Quito. Abya-yala. 2000. 191p. ISBN: 9978-04-
- PALOMAR VILLENA, Manuela; SUAREZ SOTO, Esperanza. El modelo sistémico en el trabajo social familiar: consideraciones teóricas y orientaciones prácticas. Alicante, España, 1999, 345p.

- PLAN ONCOLOGICO, comunidad valencia. Información para el paciente oncológico. Generalitat valenciana. Consejería de sanitat. Valencia 2005.
- PENDER, Nola J. "Teoría de Promoción de la Salud. Ni Teorías y Modelos de Enfermería. 1994. 108p.
- REPÚBLICA DE COLOMBIA. GOBERNACIÓN DE SANTANDER. Creación de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de Santander. Decreto 000025 de 2005.
- RESTREPO, Helena E, et al. Promoción de la salud: como construir vida saludable. Bogotá. Panamericana. 2002. 298p. ISBN: 958-9181-55-4
- REYES, Olga Lizeth. Informe final de práctica. Universidad Industrial de Santander. 2011.
- R.H. Moos, B.S. Moos y E.J. Trickett. The Social Climate Scales: Family, work, Correctional Institutions and Classroom Environment Scales. Universidad de Stanford. 1982.
- RUIZ RODRÍGUEZ, Francisco y GARCÍA RUIZ, Solángel. Accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y su rehabilitación emocional. La intervención de salud mental en el area de rehabilitación laboral. Bogotá D.C. universidad del Rosario. 2010. 107p. ISBN: 978-958-738-084-2.
- VILLALBA QUESADA, Cristina. El concepto de resiliencia. Aplicaciones en la intervención social. Departamento de Trabajo Social y Ciencias Sociales. Universidad Pablo de Olvide. Sevilla. Enero. 2004. 356p.

En internet:

- BARROS, José María. Modelo de Trabajo Social en la atención oncológica. Institut Catalá d'oncologia, Junio de 2004. [en línea]. Disponible en: http://www.iconcologia.net/castella/hospitalet/imatges/modelo_trabajosocial.pdf (20 noviembre 2011)

- BLANCO, Amalio; DIAZ, Darío. El bienestar social: su concepto y medición. Universidad de Madrid. [en línea]. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/3149.pdf> (30 de octubre)

- COLOMBIA, MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Acuerdo 029 de 2011. Por el cual se unifica el Plan Obligatorio de Salud POS. Bogotá. 2011. 20p.

- COLOMBIA, DEFENSORÍA DEL PUEBLO. La tutela y el derecho a la salud, periodo 2006-2008. Bogotá. 2009. 104p. ISBN: 978-958-9353-98-1

- HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER E.S.E HUS. [en línea]. Disponible en: http://www.hus.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=14&Itemid=28 (15 octubre 2011)

- MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL, Instituto Nacional de Cancerología E.S.E 2004. El cáncer, el cáncer, aspectos básicos sobre su biología, clínica, prevención, diagnóstico y tratamiento. [en línea]. Disponible en: <http://www.cancer.gov.co/documentos/Cartillas/Elcancer.pdf> (01 diciembre 2011)

- OCHOA, Jaramillo Francisco Luis; MONTOYA, Vélez Liliana Patricia. Mortalidad por Cáncer en Colombia 2001. [en línea]. Disponible en: http://www.ces.edu.co/Descargas/Publ_Med_Vol18_2/Cancer.pdf (15 enero 2012)

ANEXOS

ANEXO A. Cáncer según su ubicación

CANCER	CARACTERISTICAS
SENO	<p>Cáncer que se forma en los tejidos de la mama, por lo general en los conductos (tubos que llevan leche al pezón) y los lobulillos (glándulas que producen leche). Se puede presentar tanto en los hombres como en las mujeres, aunque el cáncer de mama masculino es raro.¹⁰⁰</p>
PRÓSTATA	<p>El cáncer se produce cuando algunas células prostáticas mutan y comienzan a multiplicarse descontroladamente. Éstas también podrían propagarse desde la próstata a otras partes del cuerpo, especialmente los huesos y los ganglios linfáticos originando una metástasis. Esta afección puede causar dolor, micción dificultosa, disfunción eréctil, entre otros síntomas.</p> <p>La enfermedad se desarrolla más frecuentemente en individuos mayores de 50 años. Es el segundo tipo de cáncer más común en hombres. Sin embargo, muchos hombres que desarrollan cáncer de próstata nunca tienen síntomas, ni son sometidos a terapia. Diversos factores, incluyendo la genética y la dieta, han sido implicados en su desarrollo.¹⁰¹</p>
GÁSTRICO	<p>Cáncer que se forma en los tejidos que revisten el estómago. Hay diferentes tipos de cáncer que pueden ocurrir en el estómago. El más común se denomina</p>

¹⁰⁰ TIPOS DE CANCER. Instituto Nacional de Cáncer. Boletín 1. Vol. 4. [en línea]. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/tipos> (citado 2012-01-03)

¹⁰¹ CANCER DE PROSTATA. [en línea]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/C%C3%A1ncer_de_pr%C3%B3stata (citado 2012-01-18)

	adenocarcinoma, el cual comienza a partir de uno de los tipos comunes de células en el revestimiento del estómago. La cirugía para extirpar el estómago (gastrectomía) es el único tratamiento que puede curar la afección. La radioterapia y la quimioterapia pueden ayudar. Para muchos pacientes, la radioterapia y la quimioterapia después de la cirugía pueden mejorar las posibilidades de una curación. ¹⁰²
CERVIX	Cáncer que se forma en los tejidos del cuello uterino (el órgano que conecta el útero con la vagina). Por lo general, es un cáncer que crece lentamente, que puede no tener síntomas pero que puede encontrarse con un frotis de Papanicolaou común (un procedimiento en el que se raspan células del cuello uterino y se observan bajo un microscopio). La causa del cáncer de cuello uterino es casi siempre por infección con el virus del papiloma humano (VPH). ¹⁰³
TIROIDES	Cáncer que se forma en la glándula tiroidea (un órgano ubicado en la base de la garganta que produce hormonas que ayudan a controlar la frecuencia cardíaca, la presión arterial, la temperatura del cuerpo y el peso). Los cuatro tipos más importantes de cáncer de tiroides son el papilar, el folicular, el medular y el anaplásico. Los cuatro tipos se determinan de acuerdo con el aspecto de las células bajo un microscopio. ¹⁰⁴
PANCREAS	Los cambios o mutaciones que se producen en el ADN de las personas indican que podrían ser éstos los responsables de que las células del páncreas se transformen en cancerosas. Por tanto, es posible que los cambios en el

¹⁰² MEDLINE PLUS: Información de la salud para usted. Cáncer gástrico. [en línea]. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000223.htm> (citado 2012-01-18)

¹⁰³ Op. cit. instituto nacional de cáncer.

¹⁰⁴ Ibíd. Pag.5

	ADN heredados de una generación a otra aumenten el riesgo no sólo desarrollar este tipo de cáncer, sino incluso otros, ya que comportan la activación de oncogenes (cancerosos) o la desactivación de genes supresores de tumores. También factores como la edad, el tipo de alimentación etc. son la causa de padecer esta enfermedad ¹⁰⁵ .
RECTO Y CÓLON	Cáncer que se presenta en los tejidos del colon (la parte más larga del intestino grueso). La mayoría de los cánceres de colon son adenocarcinomas (cánceres que empiezan en las células que producen y liberan el moco y otros líquidos). ¹⁰⁶
LINFOMA NO HODGKIN	Se caracterizan por ganglios linfáticos agrandados, fiebre y pérdida de peso. Hay muchos tipos diferentes de LNH que se dividen en agresivos (de crecimiento rápido) e indolentes (de crecimiento lento) y a su vez se clasifican como LNH de células B o LNH de células T. El pronóstico y el tratamiento dependen del estadio y del tipo de la enfermedad. ¹⁰⁷
ENFERMEDAD DE HODGKIN	Tipo poco común de linfoma de Hodgkin, el cual es un cáncer del sistema inmunitario. Se caracteriza por la presencia de un tipo de célula que se llama célula en palomita de maíz, en vez de la célula típica de Reed-Sternberg presente en el linfoma de Hodgkin clásico. ¹⁰⁸
RENAL	Cáncer que se forma en tejidos de los riñones. El cáncer de riñón comprende el carcinoma de células renales (cáncer que se forma en el recubrimiento de tubos muy pequeños del riñón que filtran la sangre y eliminan los productos de desperdicio) y el carcinoma de la pelvis renal (cáncer que se forma en el centro del riñón donde se

¹⁰⁵BRISTOL-MYERS, Squibb.Enfermedades: cáncer de páncreas. [en línea]. Disponible en: <http://www.dmedicina.com/enfermedades/cancer/cancer-de-pancreas> (citado 2012-01-20)

¹⁰⁶ Ibid. Pág.1

¹⁰⁷ Ibid. Pág. 3

¹⁰⁸ Ibid. Pág. 3

	acumula la orina). También comprende el tumor de Wilms, que es un tipo de cáncer de riñón que suele desarrollarse en niños menores de 5 años de edad. ¹⁰⁹
OVARIO	Es una enfermedad que suele producir pocos síntomas, pudiendo alcanzar tamaños muy grandes antes de causarlos. El primer síntoma puede ser un ligero malestar en la parte inferior del abdomen, similar a una indigestión; la hemorragia uterina no es frecuente. El hecho de que una paciente posmenopáusica tenga ovarios de mayor tamaño puede ser un signo precoz de cáncer, a pesar de que su crecimiento también puede deberse a quistes, a masas no cancerosas y a otros trastornos. Asimismo, puede aparecer líquido en el abdomen y éste puede hincharse, debido a ello o al aumento de tamaño del ovario. En esta fase, la mujer puede tener dolor en la pelvis, anemia y pérdida de peso. En algún caso excepcional, el cáncer de ovario secreta hormonas que producen un crecimiento excesivo del revestimiento interno uterino, un aumento en el tamaño de las mamas o un mayor desarrollo del vello. ¹¹⁰
CANAL ANAL	.El cáncer de ano surge de las células de la piel que rodean la abertura del ano o en el canal anal dentro de dicha abertura. Los cánceres de ano surgen de las células de la piel y se denominan carcinomas espinocelulares. Las células que se están transformando en malignas pero que no han invadido la piel con profundidad se denominan “displasia de alto grado”, “carcinoma in situ” o “enfermedad de Bowen”. ¹¹¹
PENE	El cáncer de pene es un tumor maligno, que se caracteriza por el crecimiento

¹⁰⁹ Ibíd. Pág. 8

¹¹⁰ Op. cit. BRISTOL-MYERS, Squibb.

¹¹¹ ASCRS: cáncer de ano. (en línea). Disponible en:

http://www.fascrs.org/patients/conditions/spanish_brochures/c%3%A1ncer_de_ano/ (citado 2012-01-23)

	<p>incontrolado de células y tejido. Este crecimiento es mucho más rápido que el de las células normales, lo que provoca la invasión y progresiva destrucción de órganos y tejidos vecinos. Estas células cancerígenas además poseen la propiedad de expandirse por todo el organismo por medio de la corriente sanguínea o de la linfática. Cuando las células logran su crecimiento a distancia, estamos ante un caso de metástasis.</p> <p>En el caso particular del cáncer de pene, las células cancerosas se originan en los tejidos de este órgano. Afortunadamente, este tipo de cáncer es poco común. La mayoría de los cánceres de pene son carcinomas de la piel, y se originan con mayor frecuencia en el glande y rara vez en el prepucio o en el cuerpo del pene, formando masas ulcerativas. Tienen a progresar afectando al resto del glande o a los cuerpos cavernosos. Se extienden por vía linfática.¹¹²</p>
LARINGE / FARINGE	<p>Es el crecimiento sin control y en forma anormal de células derivadas de tejidos de la laringe. Según de que tejido se trate será el tipo de cáncer. Aquellos que se derivan de las células que recubre la mucosa de la laringe, generan el llamado carcinoma escamoso o epidermoide, que es el más frecuente en esta localización.¹¹³</p>
HUESO	<p>El cáncer que se origina en el mismo hueso (cáncer primario) no tiene las mismas características que el que se ha propagado hasta el hueso proveniente de otro tumor (cáncer secundario o metástasis). El tipo más común de cáncer primario es el osteosarcoma, que se forma en tejido óseo en desarrollo. El condrosarcoma prolifera en el cartílago y el</p>

¹¹² INSTITUTO DE CIRUGIA, urológica avanzada. Cáncer de pene. 2002. [en línea]. Disponible en: <http://www.urologia.tv/icua/es/diseases.aspx?cod=16> (citado 2012-01-23)

¹¹³ ONCOLOGIA: cáncer de laringe. [en línea]. Disponible en: [http://www.oncologia.es/laringe.php\(2012-01.23\)](http://www.oncologia.es/laringe.php(2012-01.23))

	sarcoma de Ewing se origina en el tejido inmaduro de la médula ósea. El sarcoma de Ewing y el osteosarcoma ocurren más frecuentemente en niños y adolescentes, mientras que el condrosarcoma afecta principalmente a adultos. ¹¹⁴
BOCA	Se caracteriza por la aparición de llagas que no cicatrizan en un breve proceso de tiempo, del mismo modo, también se puede producir un adormecimiento prolongado de los labios, variaciones repentinas en el tono de voz, sufrimiento y dolor de oídos o molestias al tragar algunos alimentos ¹¹⁵
VESÍCULA	El cáncer de la vesícula biliar, un tipo de cáncer poco común, es una enfermedad en la que se encuentran células cancerosas (malignas) en los tejidos de la vesícula biliar. El cáncer de la vesícula biliar es difícil de detectar (diagnosticar) debido a que la vesícula biliar está escondida detrás de otros órganos en el abdomen. A veces se detecta accidentalmente después de que se ha extraído la vesícula biliar por otras razones. ¹¹⁶
VULVA	Este cáncer casi siempre afecta los labios, los pliegues de piel por fuera de la vagina. En algunos casos, el cáncer de la vulva puede comenzar en el clítoris o en las glándulas a los lados de la abertura vaginal. El cáncer de la vulva es relativamente raro. Entre los factores de riesgo se pueden mencionar: <ul style="list-style-type: none"> • Infección por el virus del papiloma

¹¹⁴ CASTILLO R. Dr. Gustavo. Directorio de enfermedades de la A a la Z. [en línea]. Disponible en: http://www.entornomedico.org/enfermedadesdelaalaz/index.php?option=com_content&view=article&id=145&Itemid=161 (2012-01-25)

¹¹⁵ FARMACIA, SALUD y medicina natural: síntomas del cáncer de boca. [en línea]. Disponible en: <http://blogdefarmacia.com/sintomas-del-cancer-de-boca/> (citado 2012-01-24)

¹¹⁶ VESICULA BILIAR, Cáncer de. [en línea]. Disponible en: http://www.pulevasalud.com/ps/subcategoria.jsp?ID_CATEGORIA=102385&RUTA=1-747-1159-2715-102369-102385 (citado 2012-01-26)

	<p>humano (VPH o verrugas genitales) en mujeres menores de 50 años</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambios cutáneos crónicos como liquen escleroso o hiperplasia escamosa en mujeres de más de 50 años • Antecedentes de cáncer cervical o cáncer vaginal • Tabaquismo¹¹⁷
<p>CEREBRO</p>	<p>Existen dos tipos principales de cáncer cerebral. El cáncer cerebral primario comienza en el cerebro. El cáncer cerebral metastásico comienza en otra parte del cuerpo y después pasa al cerebro. Los tumores cerebrales pueden ser benignos, sin células cancerosas o malignos, con células cancerosas que crecen rápidamente.</p> <p>Los tumores cerebrales pueden causar muchos síntomas. Algunos de los más comunes son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolores de cabeza, generalmente peores en las mañanas • Náusea y vómitos • Cambios en la capacidad para hablar, escuchar o ver • Problemas de equilibrio o al caminar • Problemas con el pensamiento o la memoria • Sacudidas o espasmos musculares • Entumecimiento u hormigueo en los brazos o las piernas <p>No se conoce la causa exacta de los tumores cerebrales. En raras ocasiones los médicos pueden explicar el motivo por el cual ciertas personas desarrollan un tumor cerebral y otras no¹¹⁸.</p>

¹¹⁷Op. Cit. MEDLINE PLUS: cancer de vulva.

¹¹⁸Op. Cit. Instituto nacional de cáncer.

<p style="text-align: center;">PULMÓN</p>	<p>Cáncer que se forma en los tejidos del pulmón, por lo general, en las células que recubren las vías respiratorias. Los dos tipos más importantes de cáncer de pulmón son el cáncer de pulmón de células pequeñas y el cáncer de pulmón de células no pequeñas¹¹⁹. Las manifestaciones clínicas del cáncer de pulmón son muy variables al depender tanto del tipo de tumor, como de la localización y extensión del mismo.¹²⁰</p>
<p style="text-align: center;">HÍGADO</p>	<p>El cáncer de hígado es una enfermedad en la que las células del hígado se hacen anormales, crecen fuera de control y forman un tumor canceroso. Este tipo de cáncer se llama cáncer primario de hígado. El cáncer primario de hígado se llama también hepatoma maligno o carcinoma hepatocelular. Niños muy pequeños pueden desarrollar otra forma de cáncer de hígado que se conoce como hepatoblastoma.</p> <p>El cáncer que se disemina al hígado desde otra parte del cuerpo (cáncer metastásico) no es lo mismo que el cáncer primario de hígado. Esta hoja informativa trata del cáncer primario de hígado en adultos. Para información sobre el hepatoblastoma o sobre cáncer que se ha diseminado al hígado desde otro sitio, contacte el Servicio de Información sobre el Cáncer (CIS) del Instituto Nacional del Cáncer (NCI), al teléfono que se indica más adelante.¹²¹</p>
<p style="text-align: center;">PIEL (MELANOMA)</p>	<p>Aunque son diversos los factores que lo provocan, parece ser determinante haber tomado en exceso el sol durante la infancia, si bien puede aparecer en</p>

¹¹⁹ Ibíd. Pág. 6

¹²⁰ ENFERMEDADES, CANCER de pulmón. [en línea]. Disponible en: http://www.saludalia.com/docs/Salud/web_saludalia/temas_de_salud/doc/respiratorio/doc/doc_cancer_pulmo_n_dx.htm (citado 2012-01-26)

¹²¹ El cáncer de hígado: preguntas y respuestas. Instituto nacional del cáncer. (25 enero 2012) (vía internet) <http://www.cancer.gov/espanol/recursos/hojas-informativas/tipos/higado-respuestas>

	<p>personas de todas las edades. Se localiza en todo el cuerpo, y se manifiesta por nuevos lunares o pecas que cambian de tamaño y aspecto. Hay una serie de factores que aumentan el riesgo de padecer un melanoma, y éstos determinan que existan grupos de personas con mayor probabilidad de desarrollarlo. Entre ellos cabe destacar:</p> <p>Tener la piel o el pelo claro Presencia de nevus atípicos. Presencia de nevus en una cantidad superior a 40.</p> <p>Presencia de nevus congénitos. Tener antecedentes familiares de nevus atípicos, de melanoma o de ambas cosas.</p> <p>Haber sufrido una o más quemaduras severas por el sol, especialmente si se han producido en la infancia, pues el efecto de la irradiación solar es acumulativo.</p> <p>Haber estado expuesto muchas horas a rayos ultravioleta (sol, UVB, UVA) aunque tenga la piel totalmente bronceada.¹²²</p>
--	---

¹²²Ibíd. Pág. 4

ANEXO B. tratamientos para el cáncer

TRATAMIENTO	CONSISTE EN...
La cirugía:	Es la forma más antigua de tratar el cáncer. Consiste básicamente en la extirpación del tumor o de los tejidos afectados. Hasta hace poco era el único tratamiento disponible, sin embargo su uso cambió drásticamente en las últimas décadas, debido a los grandes avances tecnológicos y a la mejor comprensión de la enfermedad e invasión de la misma ¹²³ . A lo que los pacientes en ocasiones se muestran reacios a recibir, pues se enfrentan al miedo de las consecuencias que trae la misma.
Quimioterapia:	Este tratamiento consiste en el suministro de medicamentos cuya función principal es la de destruir las células que están produciendo cáncer. ¹²⁴ Los pacientes y familiares ven este tratamiento como uno de los más invasivos para su cuerpo y por esto prefieren negarse a la solución. Produce pérdida del cabello, de peso, mareos, náuseas, sueño y debilitamiento por ello prefieren en ocasiones buscar sus propios métodos de cura.
Radioterapia:	Consiste en el uso de rayos similares a los rayos x, en altas dosis para eliminar células cancerosas y reducir el tamaño del tumor. ¹²⁵

¹²³Ministerio de la Protección Social, Instituto Nacional de Cancerología E.S.E 2004. El cáncer, aspectos básicos sobre su biología, clínica, prevención, diagnóstico y tratamiento.

¹²⁴Ibíd. Pág. 12

¹²⁵MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Op. cit. p. 39

	Este tratamiento causa pocos efectos secundarios debido a estos los pacientes lo aceptan con designio. Calma las hemorragias producidas por las lesiones del tumor y reduce el tamaño del mismo. Los pacientes son más tolerantes con este.
Otros tratamientos:	Como la <i>terapia hormonal</i> , que consiste en el suministro de medicamentos que inhiben o estimulan la producción de hormonas en el organismo, con el propósito de controlar la velocidad de crecimiento, multiplicación y muerte de las células cancerígenas; entre otros tratamientos ¹²⁶ .
Cuidados paliativos:	Como su nombre lo indica, van dirigidos a mitigar, no a curar, los síntomas del cáncer. Pueden ayudar a los enfermos a vivir más confortablemente; se trata de una necesidad humanitaria urgente para las personas de todo el mundo aquejadas de cáncer u otras enfermedades crónicas letales. Se necesita sobre todo en los lugares donde hay una gran proporción de enfermos en etapa avanzada que tienen pocas o ninguna probabilidad de curarse ¹²⁷

¹²⁶ *Ibíd.* Pag.40

¹²⁷ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Op. cit. p. 1

ANEXO C. protocolo de Observación

Preparación de la observación directa y entrevistas relacionadas.

Este protocolo se resumen las características de la observación directa y entrevistas relacionadas, pone de manifiesto la clave del éxito un método específico factores y ofrece cronológica paso a paso guía para la preparación y la realización de estos métodos.

MÉTODO GENERAL

Objetivos

Enfoque

Responsabilidades

Y el tiempo de planificación

El objetivo de la observación directa y entrevistas relacionadas es evaluar las relaciones interpersonales de los pacientes.

Responsabilidades

El investigador principal, que organiza la observación y entrevistas relacionadas y conduce el equipo de observadores, se inicia la preparación de tres semanas antes de tiempo. *Los observadores y entrevistadores* comenzar a preparar dos semanas antes de tiempo. Llevan a cabo los pasos 5 y 6 de la fase de preparación y todos los pasos de la conducta de entrevista / observación.

El tiempo de planificación

Los investigadores necesitarían aproximadamente la mitad de un día para recoger los datos.

Requisitos

- Disponibilidad de tiempo del encuestador y el observador
- Disponibilidad de los pacientes
- Una copia de este protocolo para cada investigador
- Un lápiz para cada investigador
- Si el propósito es monitorear y evaluar el impacto de las soluciones implementadas, directa observación y las entrevistas se puede repetir en una etapa posterior para identificar las áreas de progreso y los que requieren medidas adicionales.

La siguiente fase

(Opcional)

1. Estudio de protocolo del método

El investigador principal de este protocolo estudia el método y los cuestionamientos planeados con el fin de preparar la observación y entrevistas.

2. Póngase en contacto con las partes interesadas de las instalaciones

El investigador principal presenta el objetivo de la iniciativa, recibe su aprobación, explica cómo se puede apoyar el proyecto.

3. Seleccione las salas o unidades de tiempo y para la evaluación

El investigador principal de acuerdo con los dirigentes, determina que salas o dependencias serán evaluadas.

4. Seleccionar y capacitar a los observadores y entrevistadores

El investigador principal recoge a un equipo de tres a cuatro observadores y entrevistadores que:

- Lo ideal sería que sean externos a la institución o al menos no de las salas seleccionadas.
- tener conocimiento del tema que se va a tratar
- Tener experiencia
- tener buenas habilidades interpersonales y son capaces de garantizar la plena confidencialidad.

5. Prepárese para explicar y llevar a cabo la observación y entrevistas relacionadas.

Los investigadores deben estudiar este protocolo del método y los cuestionarios, asegúrese de que sabe cómo explicar y llevar a cabo la observación o entrevistas, y aclarar cualquier duda con el investigador principal. Estas preparaciones deben ser completados en, por lo menos dos días antes de la observación / entrevistas.

6. Organizar sala de reuniones y de los materiales

Se debe arreglar la sala donde se llevara a cabo la observación y entrevista, los materiales deben estar previamente revisados.

Preparación de la observación directa y entrevistas relacionadas

1. Introducción

Los investigadores presentan el objetivo de la iniciativa a quien dirija el centro o sala y le explicará cómo ayudar a recoger los datos. El investigador asegura que hay tiempo suficiente para que esta reunión se lleve a cabo sin interrupciones.

2. Informar al personal observado

La encuestadora se presentara y junto con ella a los observadores para que los pacientes participen y entren en un ambiente de confianza, él / ella explica que no

existen medidas disciplinarias, que los nombres no se registran en las hojas de recogida de datos, y que ellos tienen el derecho a negarse a participar en la evaluación.

3. Llevar a cabo la observación y las entrevistas y cuestionarios completos relacionados con la

Los observadores a continuación se dispondrán a tomar atenta nota de lo que vean, registrándolo en las hojas que anteriormente se les han entregado; el encuestador ejecutará el cuestionario.

ANEXO D. Escala FES

ESCALA DE CLIMA SOCIAL: FAMILIA (FES)

Anote sus datos personales en la Hoja de respuestas; después de la palabra “Puesto”, indique el lugar que ocupa ud. en la familia: padre, madre, hija, etc. A continuación lea las frases de este impreso; ud. tiene que decir si le parecen verdaderas o falsas en relación con su familia. Si ud. cree que, respecto a su familia, la frase es verdadera o casi siempre verdadera, marcará, en la Hoja de respuestas, una X en el espacio correspondiente a la V (Verdadero); si cree que es falsa, marque una X en el espacio correspondiente a la F (Falso). Si considera que la frase es cierta para unos miembros de la familia y para otros falsa, marque la respuesta que corresponde a la mayoría.

Siga el orden de la numeración que tienen las frases aquí y en la Hoja, para evitar equivocaciones. La flecha le recordará que tiene que pasar a otra línea de la Hoja. Recuerde que se pretende conocer lo que piensa ud. sobre su familia; no intente reflejar la opinión de los demás miembros de ésta.

1. En mi familia nos ayudamos y apoyamos realmente unos a otros.
2. Los miembros de mi familia guardan, a menudo, sus sentimientos para sí mismos.
3. En nuestra familia reñimos mucho.
4. En general, ningún miembro de la familia decide por su cuenta.
5. Creemos que es importante ser los mejores en cualquier cosa que hagamos.
6. A menudo hablamos de temas políticos o sociales.
7. Pasamos en casa la mayor parte de nuestro tiempo.
8. Los miembros de mi familia asistimos con bastante regularidad a cultos de la iglesia.
9. Las actividades de nuestra familia se planifican cuidadosamente.
10. En mi familia tenemos reuniones obligatorias muy pocas veces.

11. Muchas veces da la impresión de que en casa sólo estamos “pasando el rato”.
12. En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos.
13. En mi familia casi nunca mostramos abiertamente los enfados.
14. En mi familia nos esforzamos mucho para mantener la independencia de cada uno.
15. Para mi familia es muy importante triunfar en la vida.
16. Casi nunca asistimos a conferencias, funciones o conciertos.
17. Frecuentemente vienen amigos a comer en casa, o a visitarnos.
18. En mi casa no rezamos en familia.
19. En mi casa somos muy ordenados y limpios.
20. En nuestra familia hay muy pocas normas que cumplir.

21. Todos nos esforzamos mucho en lo que hacemos en casa.
22. En mi familia es difícil “desahogarse” sin molestar a todo el mundo.

23. En casa a veces nos enfadamos tanto que golpeamos o rompemos algo.
-
24. En mi familia cada uno decide sus propias cosas.
25. Para nosotros no es muy importante el dinero que gane cada uno.
26. En mi familia es muy importante aprender algo nuevo o diferente.
27. Alguno de mi familia practica habitualmente deportes: fútbol, baloncesto, etc.
28. A menudo hablamos del sentido religioso de la Navidad, Pascua y otras fiestas.
29. En mi casa, muchas veces resulta difícil encontrar las cosas cuando las necesitamos.
30. En mi casa una sola persona toma la mayoría de las decisiones.
-
31. En mi familia hay un fuerte sentimiento de unión.
32. En mi casa comentamos nuestros problemas personales.
33. Los miembros de mi familia casi nunca mostramos nuestros enfados.
34. Cada uno entra y sale en casa cuando quiere.
35. Nosotros aceptamos que haya competición y “que gane el mejor”.
36. Nos interesan las actividades culturales.
37. Vamos a menudo al cine, a competiciones deportivas, excursiones, etc.
38. No creemos en el cielo ni en el infierno.
39. En mi familia la puntualidad es importante.
40. En casa las cosas se hacen de una forma establecida.
-
41. Cuando hay que hacer algo en casa, es raro que se ofrezca algún voluntario.
42. En casa, si a alguno de le ocurre de momento hacer algo, lo hace sin pensarlo más.
43. Las personas de nuestra familia nos criticamos frecuentemente unas a otras.
44. En mi familia, las personas tienen poca vida privada o independiente.
45. Nos esforzamos en hacer las cosas cada vez un poco mejor.
46. En mi familia casi nunca tenemos conversaciones intelectuales.
47. En mi casa, todos tenemos una o dos aficiones.
48. Las personas de mi familia tenemos ideas muy precisas sobre lo que está bien o mal.
49. En mi familia cambiamos de opinión frecuentemente.
50. En mi casa se da mucha importancia a cumplir las normas.
-
51. Las personas de mi familia nos apoyamos de verdad unas a otras.
52. En mi familia cuando uno se queja siempre hay otro que se siente afectado.
53. En mi familia a veces nos peleamos a golpes.
54. Generalmente, en mi familia cada persona sólo confía en sí misma cuando surge un problema.
55. En casa, nos preocupamos poco por los ascensos en el trabajo o las calificaciones escolares.
56. Alguno de nosotros toca un instrumento musical.
57. Ninguno de la familia participa en actividades recreativas, fuera del trabajo o de la escuela.
58. Creemos que hay algunas cosas en las que hay que tener fe.

59. En casa nos aseguramos de que nuestras habitaciones queden limpias.
-
60. En las decisiones familiares todas las opiniones tienen el mismo valor.
-
61. En mi familia hay poco espíritu de grupo.
62. En mi familia los temas de pagos y dinero se tratan abiertamente.
63. Si en mi familia hay desacuerdo, todos nos esforzamos para suavizar las cosas y mantener la paz.
64. Las personas de la familia se animan firmemente unos a otros a defender sus propios derechos.
65. En nuestra familia apenas nos esforzamos para tener éxito.
66. Las personas de mi familia vamos con frecuencia a las bibliotecas.
67. Los miembros de la familia asistimos a veces a cursillos o clases particulares por afición o por interés.
68. En mi familia cada persona tiene ideas distintas sobre lo que está bien o mal.
69. En mi familia están claramente definidas las tareas de cada persona.
70. En mi familia cada uno puede hacer lo que quiera.
-
71. Realmente nos llevamos bien unos con otros.
72. Generalmente tenemos cuidado con lo que nos decimos.
73. Los miembros de la familia estamos enfrentados unos con otros.
74. En mi casa es difícil ser independientes sin herir los sentimientos de los demás.
75. “Primero el trabajo, luego la diversión”, es una norma en mi familia.
76. En mi casa, ver la televisión es más importante que leer.
77. Las personas de nuestra familia salimos mucho a divertirnos.
78. En mi casa, leer la Biblia es algo muy importante.
79. En mi familia el dinero no se administra con mucho cuidado.
80. En mi casa las normas son bastante inflexibles.
-
81. En mi familia se concede mucha atención y tiempo a cada uno.
82. En mi casa expresamos nuestras opiniones de modo frecuente y espontáneo.
83. En mi familia creemos que no se consigue mucho elevando la voz.
84. En mi casa no hay libertad para expresar claramente lo que se piensa.
85. En mi casa hacemos comparaciones sobre nuestra eficacia en el trabajo o en el estudio.
86. A los miembros de mi familia nos gusta realmente el arte, la música o la literatura.
87. Nuestra principal forma de diversión es ver televisión o escuchar la radio.
88. En mi familia creemos que quien comete una falta tendrá su castigo.
89. En mi familia, de ordinario, la mesa se recoge inmediatamente después de comer.
90. En mi familia uno no puede salirse con la suya.

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES.

ANEXO E. Fotos



ANEXO F. Folleto capacitación en derechos y deberes



1. DERECHO DEL PACIENTE DE CÁNCER A LA CALIDAD DE VIDA, A LA INTEGRIDAD FÍSICA Y PSÍQUICA Y AL RESPETO A SUS VALORES Y CREENCIAS.
2. DERECHO DEL PACIENTE DE CÁNCER Y SUS FAMILIARES AL TRATAMIENTO MÉDICO, CUIDADOS Y APOYO PSICOSOCIAL
3. DERECHO DEL PACIENTE DE CÁNCER A RECIBIR INFORMACIÓN COMPRENSIBLE SOBRE EL PROCESO DE SU ENFERMEDAD Y ADAPTADA A SUS NECESIDADES.
4. DERECHO DEL PACIENTE DE CÁNCER A PARTICIPAR EN LA TOMA DE DECISIONES SOBRE CUALQUIER ACTO RELATIVO A SU ENFERMEDAD
5. DERECHO DEL PACIENTE DE CÁNCER A LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN Y AL ACCESO A SU HISTORIA CLÍNICA.
6. DERECHO DEL PACIENTE DE CÁNCER A RECIBIR APOYO SOCIAL EN EL PROCESO DE SU ENFERMEDAD.
7. DERECHO DEL PACIENTE DE CÁNCER A DISPONER DE LOS MECANISMOS NECESARIOS QUE ASEGUREN EL EJERCICIO DE SUS DERECHOS.
8. DERECHO DEL PACIENTE DE CÁNCER A EJERCER SUS DERECHOS SIN DISCRIMINACIÓN Y BAJO EL AMPARO DE UN MARCO LEGAL.
9. EL PACIENTE DE CÁNCER TIENE LA RESPONSABILIDAD DE COLABORAR CON LOS PROFESIONALES E INSTITUCIONES SANITARIAS DURANTE EL PROCESO DE SU ENFERMEDAD



1. HACER BUEN USO DE LOS RECURSOS, PRESTACIONES ASISTENCIALES Y DERECHOS, DEACUERDO CON LO QUE SU SALUD NECESITE, Y EN FUNCION CON LAS DISPOSICIONES DEL SISTEMA SANITARIO.
2. CUMPLIR CON LAS PRESCRIPCIONES DE NATURALEZA SANITARIA, CON EL FIN DE PREVENIR RIESGOS PARA LA SALUD.
3. HACER USO RACIONAL Y DE ACUERDO CON LO LEGISLATIVO, DE LAS PRESTACIONES FARMACEUTICAS Y LA INCAPACIDAD LABORAR.
4. UTILIZAR Y CUIDAR LAS INSTALACIONES DONDE RECIBEN SUS TRATAMIENTOS FAVORECIENDO SU CONSERVACION Y CONFORT PARA LOS DEMAS PACIENTES.
5. TRATAR CON CONSIDERACION Y RESPETO AL PERSONAL PROFESIONAL QUE CUIDAN DE SU SALUD
6. CUMPLIR CON LAS NORMAS ESTABLECIDAS EN EL CENTRO DONDE RECIBEN SUS TRATAMIENTOS.

Una persona no puede directamente escoger sus circunstancias, pero si puede escoger sus pensamientos e indirectamente -y con seguridad- darle forma a sus circunstancias. (James Allen)

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER
UNIDAD DE ONCOLOGIA Y RADIOTERAPIA
OFICINA DE TRABAJO SOCIAL

ANEXO G. Trabajo con los grupos.



ANEXO H. Grupo talleres autoestima



ANEXO I. Test Autovaloración

1- Me resulta difícil aceptar cumplidos.

A) *Nunca* B) *Raramente* C) *A veces* D) *A menudo* E) *Casi siempre*

2- Es fundamental para mí conseguir destacar mucho en algo.

A) *Nunca* B) *Raramente* C) *A veces* D) *A menudo* E) *Casi siempre*

3- Pienso en los errores que he cometido en el pasado.

A) *Nunca* B) *Raramente* C) *A veces* D) *A menudo* E) *Casi siempre*

4- Si no puedo hacer algo realmente bien, prefiero no hacerlo.

A) *Nunca* B) *Raramente* C) *A veces* D) *A menudo* E) *Casi siempre*

5- Considero que pedir ayuda es un signo de debilidad.

A) *Nunca* B) *Raramente* C) *A veces* D) *A menudo* E) *Casi siempre*

6- Me tomo mis errores como una oportunidad para aprender.

A) *Nunca* B) *Raramente* C) *A veces* D) *A menudo* E) *Casi siempre*

7- Lo paso mal cuando alguien me critica.

A) *Nunca* B) *Raramente* C) *A veces* D) *A menudo* E) *Casi siempre*

8- Si alguien se muestra en desacuerdo conmigo, tiendo a pensar que no le gusto o no le caigo bien.

A) *Nunca* B) *Raramente* C) *A veces* D) *A menudo* E) *Casi siempre*

9- Tengo confianza en mi capacidad para tomar decisiones acertadas.

A) *Nunca* B) *Raramente* C) *A veces* D) *A menudo* E) *Casi siempre*

10- Me resulta difícil aceptar algunos de mis sentimientos, incluso ante mi misma.

A) *Nunca* B) *Raramente* C) *A veces* D) *A menudo* E) *Casi siempre*

11- Soy muy crítica conmigo misma.

A) *Nunca* B) *Raramente* C) *A veces* D) *A menudo* E) *Casi siempre*

12- Soy muy sensible a los comentarios que hacen los demás sobre mi.

A) *Nunca* B) *Raramente* C) *A veces* D) *A menudo* E) *Casi siempre*

Valoración

Puntúa en las preguntas 1, 6, y 9

A= 1 punto

B= 2 puntos

C= 3 puntos

D= 4 puntos

E= 5 puntos

Para las preguntas 2, 3, 4, 5, 7, 8,10,11 y 12, la puntuación es la siguiente:

A= 5 puntos

B= 4 puntos

C= 3 puntos

D= 2 puntos

E= 1 punto

ANEXO J. Cuento “el verdadero valor del anillo”.

Hay una vieja historia- de un joven que concurrió a un sabio en busca de ayuda. Su problema me hace acordar al tuyo. -Vengo, maestro, porque me siento tan poca cosa que no tengo fuerzas para hacer nada. Me dicen que no sirvo, que no hago nada bien, que soy torpe y bastante tonto. ¿Cómo puedo mejorar? ¿Qué puedo hacer para que me valoren más? El maestro, sin mirarlo, le dijo: -Cuánto lo siento muchacho, no puedo ayudarte, debo resolver primero mi propio problema. Quizás después... –y haciendo una pausa agregó- Si quisieras ayudarme tú a mí, yo podría resolver este tema con más rapidez y después tal vez te pueda ayudar. -E... encantado, maestro –titubeó el joven pero sintió que otra vez era desvalorizado y sus necesidades postergadas. -Bien –asintió el maestro. Se quitó un anillo que llevaba en el dedo pequeño de la mano izquierda y dándoselo al muchacho, agregó –toma el caballo que está allí afuera y cabalga hasta el mercado. Debo vender este anillo porque tengo que pagar una deuda. Es necesario que obtengas por él la mayor suma posible, pero no aceptes menos de una moneda de oro. Vete antes y regresa con esa moneda lo más rápido que puedas. El joven tomó el anillo y partió. Apenas llegó, empezó a ofrecer al anillo a los mercaderes. Estos lo miraban con algún interés, hasta que el joven decía lo que pretendía por el anillo. Cuando el joven mencionaba la moneda de oro, algunos reían, otros le daban vuelta la cara y sólo un viejito fue tan amable como para tomarse la molestia de explicarle que una moneda de oro era muy valiosa para entregarla a cambio de un anillo. En afán de ayudar, alguien le ofreció una moneda de plata y un cacharro de cobre, pero el joven tenía instrucciones de no aceptar menos de una moneda de oro, y rechazó la oferta. Después de ofrecer su joya a toda persona que se cruzaba en el mercado –más de cien personas- y abatido por su fracaso, montó su caballo y regresó. Cuánto hubiera deseado el joven tener él mismo esa moneda de oro. Podría entonces habérsela entregado al maestro para liberarlo de su preocupación y recibir entonces su consejo y ayuda. Entró en la habitación. -Maestro –dijo- lo siento, no es posible conseguir lo que me pediste. Quizás pudiera conseguir dos o tres monedas de plata, pero no creo que yo pueda engañar a nadie respecto del verdadero valor del anillo. -Qué importante lo que dijiste, joven amigo –contestó sonriente el maestro-. Debemos saber primero el verdadero valor del anillo. Vuelve a montar y vete al joyero. ¿Quién mejor que él, para saberlo? Dile que quisieras vender el anillo y pregúntale cuánto te da por él. Pero no importa lo que ofrezca, no se lo vendas. Vuelve aquí con mi anillo. El joven volvió a cabalgar. El joyero examinó el anillo a la luz del candil, lo miró con su lupa, lo pesó y luego le dijo: -Dile al maestro, muchacho, que

si lo quiere vender ya, no puedo darle más que 58 monedas de oro por su anillo. ¡¿58 monedas?! –exclamó el joven. -Sí –replicó el joyero- Yo sé que con tiempo podríamos obtener por él cerca de 70 monedas, pero no sé... Si la venta es urgente... El joven corrió emocionado a casa del maestro a contarle lo sucedido.

-siéntate dijo el maestro después de escucharlo. Tu eres como este anillo: una joya, valiosa y única. Y como tal solo puede evaluarte verdaderamente un experto. ¿Qué haces por la vida pretendiendo que cualquiera descubra tu verdadero valor?