



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**AREA JURIDICA, SOCIAL Y ADMINISTRATIVA**  
**CARRERA DE TRABAJO SOCIAL**

**APOYO FAMILIAR A PERSONAS CON  
CÁNCER, COMO FACTOR PROTECTOR DE  
RECUPERACIÓN, EN EL HOSPITAL  
ONCOLOGICO DE SOLCA, LOJA.**

TESIS PREVIO A OPTAR EL  
GRADO DE LICENCIADA EN  
TRABAJO SOCIAL

AUTORA:

*Nadia Mishell Montalván Robles*

DIRECTORA DE TESIS:

*Dra. Martha Georgina Coronel Ordoñez*

LOJA – ECUADOR

2015

## CERTIFICACIÓN

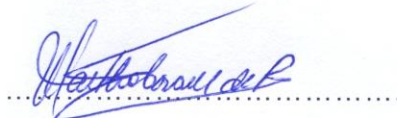
Dra. Martha Georgina Coronel Ordóñez

**DOCENTE DE LA CARRERA DE TRABAJO SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD  
NACIONAL DE LOJA**

### CERTIFICA:

Haber dirigido, examinado y estudiado detenidamente la presente investigación titulada **“APOYO FAMILIAR A PERSONAS CON CÁNCER, COMO FACTOR PROTECTOR DE RECUPERACIÓN, EN EL HOSPITAL ONCOLOGICO DE SOLCA, LOJA.”**, de autoría de Nadia Mishell Montalvan Robles, previo a la obtención del grado de Licenciada en Trabajo Social y en razón de que la misma cumple con los requerimientos de forma y fondo exigidas por la Universidad Nacional de Loja, autoriza su presentación, sustentación y defensa del presente trabajo de investigación.

Loja, Junio de 2015



Dra. Martha Georgina Coronel Ordóñez

**DIRECTORA DE TESIS**

## AUTORÍA

Yo, Nadia Mishell Montalvan Robles, declaro ser la autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente, acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Firma:.....

Autora: Nadia Mishell Montalván Robles

Cédula: 1105574394

Loja, junio de 2015

**CARTA DE AUTORIZACION DE TESIS POR PARTE DEL AUTOR PARA LA CONSULTA, REPRODUCCION PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACION ELECTRONICA DEL TEXTO COMPLETO.**

Yo, Nadia Mishell Montalván Robles, declaro ser autora de la tesis titulada **“APOYO FAMILIAR A PERSONAS CON CÁNCER, COMO FACTOR PROTECTOR DE RECUPERACIÓN, EN EL HOSPITAL ONCOLOGICO DE SOLCA, LOJA.”** Como requisito para optar al grado de **TRABAJADORA SOCIAL:** autoriza al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia de tesis que realicen terceros.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, al un días del mes de julio del dos mil quince, firma la autora:

**AUTORA:** Nadia Mishell Montalvan Robles

**FIRMA:**  .....

**CEDULA:** 1105574394

Barrió “Ciudadela del Maestro 2 Etapa” Av. Brasil y Portugal.

**DATOS COMPLEMENTARIOS**

**Directora de Tesis:** Dra. Martha Georgina Coronel Ordoñez

**Miembros del tribunal:**

**PRESIDENTE:** Dr. Hugo Leon Mg. Sc

**VOCAL:** Dra. Claudia Medina Mg. Sc.

**VOCAL:** Lcda. Natalia Zárate Mg.Sc.

## **DEDICATORIA**

Este trabajo de investigación se lo dedico de manera especial a Dios.

A mis queridos padres Otto y Carmita, que han sabido guiarme y apoyarme incondicionalmente para que llegue a cumplir este logro,

A mis hermanos Christian, Anmy y Anthony que tan solo con su presencia llenan mi vida de satisfacción y alegría.

De igual manera a mis familiares, amigos/as que me apoyaron y ayudaron a superar todos los obstáculos que se me presentaron durante el transcurso del presente trabajo de investigación

Con mucho cariño

**Nadia Mishell**

## **AGRADECIMIENTO**

Dejo constancia de mis agradecimientos a la Universidad Nacional de Loja, al Área Jurídica, Social, Administrativa y Carrera de Trabajo Social, a sus autoridades y maestros que me han guiado a lo largo de la vida estudiantil, formándome profesionalmente para afrontar los retos del mañana.

De manera especial el agradecimiento sincero a la Dra. Martha Coronel, directora de mi tesis, quien con sus conocimientos supo guiarme y orientarme durante el desarrollo y culminación del presente trabajo de investigación.

De igual forma al Hospital Oncológico SOLCA Loja, a su personal administrativo especialmente a la Trabajadora Social Licda. Elsa López por su incondicional apertura a la información referente del tema y su apoyo incondicional, así como a los pacientes y familiares que me prestaron su colaboración durante la aplicación de los instrumentos de investigación.

**Autora**

**a. TITULO**

APOYO FAMILIAR A PERSONAS CON CÁNCER, COMO FACTOR  
PROTECTOR DE RECUPERACIÓN, EN EL HOSPITAL  
ONCOLÓGICO SOLCA, LOJA

## **b. RESUMEN**

El paciente oncológico enfrenta múltiples problemas médicos, psicológicos y sociales. Así mismo está obligado a realizar cambios individuales, familiares, y sociales en muchos aspectos de su vida cotidiana, existiendo serias dificultades para sobrellevar esta enfermedad, por lo que el apoyo de la familia tiene un papel imprescindible que incide en la calidad de vida de los pacientes. La respuesta de la familia a esta situación depende de una estructura de funcionamiento familiar, de los valores, principios y de la capacidad que tienen para ofrecer una respuesta adecuada a las diferentes demandas, necesidades del paciente, por lo que no todas las familias y sus miembros responden de manera similar a este acontecimiento.

Es por ello que el presente trabajo se enmarca en un estudio realizado a “**El Abandono Familiar de los Pacientes Oncológicos**”, que se desarrolló a través de un proceso de análisis al paciente y la familia, y se planteó como objetivo general “Fortalecer la participación de la familia en el acompañamiento del diagnóstico, tratamiento y recuperación de los pacientes oncológicos del hospital SOLCA”. Y como objetivos específicos: “Determinar teóricamente las funciones de la familia de un paciente oncológico, para conocer cuál es el cuidado y apoyo que estos deben desempeñar durante el proceso de la enfermedad” “Fomentar los valores afectivos en las familias de los pacientes oncológicos del Hospital SOLCA, mediante capacitación, para mejorar las



relaciones interpersonales” “Reforzar la atención en calidad y calidez de los profesionales de la salud, con el fin de mejorar el bienestar del paciente oncológico y su familia” “Diseñar una propuesta de acción que beneficie al paciente oncológico, con la participación de la familia en el proceso de diagnóstico, tratamiento y recuperación de su salud”

En la presente investigación se propone un modelo de intervención sustentada en la metodología del Autodesarrollo Comunitario, la que se basa en tres etapas como son: Primera Etapa: Intercambio inicial con el sujeto demandante o necesitado de la acción profesional. Segunda Etapa: Exploración del escenario y Tercera Etapa: Proceso en el diagnóstico y búsqueda de solución, en esta última etapa se realizó un diagnóstico de la problemática identificada por parte del paciente y se utilizó diferentes técnicas e instrumentos como las entrevistas, dialogo y encuestas que fueron aplicadas a 40 pacientes oncológicos y a 33 familiares de los mismos lo que permitieron la recolección de información válida para un desarrollo efectivo de la investigación y el diseño de una propuesta de acción la misma que va encaminada a la solución del problema objeto de estudio.

Dentro de los hallazgos que se obtuvieron de los datos obtenidos de las encuestas, y entrevistas se logró detectar que el abandono familiar que existe hacia los pacientes oncológicos se encuentra en un gran porcentaje, debido a múltiples factores como situación laboral, falta de cariño, despreocupación, etc.

## ABSTRACT

The cancer patient faces multiple medical, psychological and social problems. Likewise, it is obliged to make individual changes, family, and social in many aspects of their daily lives, there are serious difficulties to cope this disease , so the support of the family has an essential role affects the quality of life patients . Family response to this situation depends on a functioning family structure, values , principles and the ability to provide an adequate response to the different demands, needs of the patient, so not all families and their members respond similarly to this event so.

That is why this work is part of a study of "family abandonment of cancer patients", which was developed through a process of analyzing the patient and family, and was raised as general objective "Strengthening participation family in the accompaniment of diagnosis, treatment and recovery of cancer patients SOLCA hospital. " And as specific objectives: "theoretically determine the functions of the family of a cancer patient, to know what is the care and support they should play during the disease process," "Promoting the emotional values in families of cancer patients Hospital SOLCA, through training, to improve interpersonal relationships "" Strengthen the focus on quality and warmth of health professionals in order to improve the welfare of the patient and his family, "" Designing a proposal for action that benefits the cancer patients, with the

participation of the family in the process of diagnosis, treatment and recovery of health."

In this research an intervention model supported by Community Self methodology is proposed, which is based on three stages as are: Stage One: Initial exchange with the subject plaintiff or in need of professional action. Stage: Exploring the stage and Third Stage: Process diagnosis and search for a solution, at this late stage diagnosis of the problems identified by the patient was performed and different techniques and tools such as interviews and surveys were used dialogue to were applied to 40 cancer patients and 33 relatives thereof which allowed the collection of valid information for effective development of research and design of a proposed action that it is aimed at solving the problem under study.

Among the findings that were obtained from the data obtained from surveys and interviews it was possible to detect the relative neglect that exists for cancer patients there is a large percentage, due to multiple factors such as employment status, lack of affection, carefree, etc.

### **c. INTRODUCCIÓN**

El cáncer agrupa una de las enfermedades más devastadoras por la que atraviesa el ser humano, tal enfermedad produce una serie de alteraciones en la salud del individuo ya que enfrenta problemas físicos y emocionales, lo que requiere del apoyo que brinda la familia, sobre todo en el aspecto emocional, el cual es la parte que más se ve afectada en el enfermo por su cercanía con la muerte, esta enfermedad afecta potencialmente la calidad de vida de la persona que la padece-

Las situaciones por las que atraviesan los familiares como el paciente hace que pasen por una serie de etapas en el cual se llega a la aceptación de la enfermedad, esta se manifiesta por niveles mayores de ansiedad, la cual va requiriendo una atención especial durante este proceso.

En el momento en que se incorporó al Hospital SOLCA Loja, se observó la existencia de la falta de apoyo familiar percibido en el proceso de la enfermedad, la cual es muy importante para ayudar al paciente a sobrellevar este padecimiento, y aceptar el proceso de esta. La finalidad de la siguiente investigación fue dar a conocer la importancia en la necesidad de mejorar la calidad de vida del paciente oncológico a través de una concientización familiar sobre el acompañamiento que el enfermo requiere.

Para mayor comprensión del presente trabajo investigativo se lo ha resumido en los siguientes Apartados:

Primer Apartado: **REVISIÓN DE LITERATURA**; se detalla de manera científica cada una de las categorías objeto de estudio como son: Contexto Institucional, Paciente Oncológico, Familia del Paciente Oncológico, Abandono Familiar al Paciente Oncológico y Funciones del Trabajo Social en Oncología.

Segundo Apartado: **MATERIALES y METODOS**, donde da una amplia perspectiva del proceso metodológico aplicando la metodología del autodesarrollo comunitario, en donde se aplicaron, métodos como: bibliográfico, Analítico - Sintético y técnicas como la entrevista, la encuesta, diálogos.

Tercer Apartado: **RESULTADOS Y DISCUSION**; se registra los principales hallazgos del trabajo de campo representado en un análisis cualitativo, que son el resultado de las entrevistas y encuestas aplicadas a los pacientes oncológicos y familiares de los mismos, los cuales fueron objeto de estudio de investigación.

Cuarto Apartado: **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**; obtenidas de la investigación, que sintetiza los resultados y aporta de forma significativa en la investigación pues en estos se fundamenta la Propuesta de Acción,

orientada a fortalecer el involucramiento de la familia de los Pacientes Oncológicos del Hospital SOLCA, Loja. .

Finalmente se hace referencia a la bibliografía utilizada y a los anexos que respaldan a la investigación realizada.

## **d. REVISION DE LITERATURA**

### **Análisis Contextual del Hospital SOLCA**

“El 23 de agosto de 1962 ocurre el nacimiento de SOLCA en Loja, con la participación de lo más representativo del mundo médico, social y cultural de la ciudad, que acogieron con entusiasmo la iniciativa de organizarse para luchar contra la terrible enfermedad del cáncer”.<sup>1</sup>

“Solca siempre estuvo y está junto a sus pacientes sin escatimar esfuerzo alguno para brindarle la atención necesaria, así como para mantener a la vanguardia en contar con personal altamente capacitado y actualizado en el saber profesional, así como es disponer de un equipamiento acorde a los últimos avances de la ciencia y la tecnología para ponerlos al servicio de sus usuarios.

Se ha incorporado de esta manera a Solca, a la red para la atención de salud que protege y asegura que no quede ninguna persona -niño o adulto- sin la posibilidad de recibir atención a sus enfermedades, especialmente en aquellas que con todo acierto han sido calificadas como catastróficas, entre las que se considera a las de naturaleza oncológica.

---

<sup>1</sup> Historia de SOLCA, Loja, Recuperado de [http:// www.solcaloja.med.ec](http://www.solcaloja.med.ec)

La participación de SOLCA, como componente de la Red Complementaria de Salud se une a otras formas de apoyo especializado que se brinda a instituciones como el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS, el Seguro Social Campesino, el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas, ISSFA, y el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional, ISSPOL, y de esta manera, a través del convenio con el MSP, se busca que aquellas personas que no cuentan con alguna afiliación a un sistema de seguro, tengan la posibilidad de recibir una atención adecuada e integral. Los costos la atención, medicamentos y tratamiento son cubiertos por el Ministerio de Salud.

Lo expresado se refiere al aspecto asistencial, cuando la enfermedad ya está presente, pero el norte de la institución fundamentalmente orienta sus esfuerzos a la prevención y a la detección oportuna del cáncer. En este sentido ha impulsado actividades de medicina preventiva, sobrepasado la idea de campañas puntuales o esporádicas, reemplazándolas por programas permanentes como Chequeo Médico Oncológico que realiza valoraciones integrales en búsqueda de signos y marcadores que en forma temprana permitan al paciente conocer su estado de salud, en este caso, en la búsqueda de cáncer. Los resultados y satisfacción que se han logrado en la comunidad han sido evidentes y es otra forma de participar en apoyo a la labor del Ministerio de Salud para mejorar la calidad de vida de nuestros conciudadanos.



Las actividades de Medicina Preventiva se complementan con un programa de educación al que se le ha denominado EDUCANCER, mediante el cual los profesionales de SOLCA se acercan a los colegios secundarios a brindar charlas educativas para que la comunidad tome conciencia de esta grave problemática como es la presencia cada vez mayor del cáncer.

El paso dado en beneficio de la salud del pueblo ecuatoriano es gigante y sus resultados, si es bien se sienten por el acceso de personas a recibir atención, con la certeza de que cuentan con posibilidades ciertas para superar su enfermedad, a futuro esta herramienta y esta complementariedad redundara en mejorar en forma global las condiciones de salud y bienestar de nuestra comunidad.”<sup>2</sup>.

### **Misión del Hospital SOLCA**

“Abrir las puertas de sus servicios para atender con esmero, profesionalismo y humanismo, a todos los pacientes que padecen esta enfermedad sin hacer distinción de ninguna naturaleza. El manejo integral del paciente con cáncer, desde su prevención diagnóstico, tratamiento, y rehabilitación, son los ejes de su accionar diario. Todo nuestro esfuerzo se encamina el alcanzar la solvencia en el servicio para dar esperanza, salud y vida.

---

<sup>2</sup> Dr. Molina Manzano José, Director Médico de Solca Núcleo de Loja  
Revista Una Red Muy Afectiva (2014), pág. 5

## **Visión del Hospital SOLCA**

La Sociedad de Lucha Contra Cáncer, SOLCA, Núcleo de Loja, es una institución de salud del más alto nivel, en lo científico, tecnológico y humano, que tiene como visión primordial de su existencia, el control de la enfermedad, contribuyendo a reducir la morbilidad y mortalidad de la misma, mejorando la calidad de vida del paciente y la familia.

## **SERVICIOS HOSPITALARIOS**

Dentro del área de hospitalización prestan sus servicios un personal de enfermería altamente capacitado soportado en profesionales médicos que ejercen su residencia las 24 horas del día. Los especialistas en oncología y en otras ramas atienden los requerimientos de los pacientes de manera permanente.

### **Servicio Administrativo.**

- Presidencia
- Asesoría Jurídica
- RR. PP. Y Comunicación
- Dirección Medica
- Dirección Administrativa
- Dirección Financiera

- Dirección de Recursos Humanos
- Contabilidad/Tesorería
- Estadística
- Trabajo Social
- Bodega Solca
- Información
- Funsolca

### **Servicio de Farmacia – Farmacia Oncológica (Especialidades)**

Se dispone de fármacos especializados para el tratamiento específico de cáncer, cirugía, oncología hospitalaria y/o ambulatorio.

### **Farmacia General (FUNSOLCA)**

Se dispone de fármacos para la medicina general y de venta libre.

### **Centro de Diagnóstico e Imagen**

A partir del año 2009 se inauguró Centro de Diagnóstico e Imagen, entro en servicios en nueva y funcional área ubicada en el Hospital Oncológico “Vicente Rodríguez Witt”, este centro incluye equipos ultramodernos que permite atender con eficacia a los usuarios.

## **Tomógrafo Helicoideal Multicorte**

Este equipo de última tecnología, cuenta con sistema Helicoideal Multicorte 16, incluye reconstrucciones en 3 dimensiones e inyector automático.

## **Departamento de Yodoterapia**

En el departamento de Yodoterapia, parte del Área de Medicina Nuclear, se tratan específicamente los pacientes que tiene cáncer de tiroides, y los pacientes que reciben tratamiento para hipertiroidismo. Para el tratamiento de estas patologías se utilizan productos radiactivos, los que, al ingresar en el paciente, permanecen emitiendo un cierto grado de radiación, en una medida que no le afecta. Para esto es necesario tener un área de aislamiento y evitar contaminación hacia otras personas.

## **Servicio de Cuidados Intensivos Oncológicos**

Esta unidad permite abordar las urgencias producidas por daños en diversas partes del cuerpo como consecuencia de la presencia de tumores. Atender casos urgentes relacionados por efectos de su tratamiento de radioterapia o procedimientos quirúrgicos. Para cumplir con estos objetivos se ha dotado de equipos modernos con tecnología de punta.

## **Servicio de Cuidados Paliativos**

El personal de salud de SOLCA entiende los diferentes dramas humanos que se viven alrededor de un paciente oncológico en tratamiento y en etapa terminal, consecuente con esto se implementó el servicio de cuidados paliativos y terapia del dolor. Está integrado por un médico anesthesiologa especializada en manejo de pacientes delicados y con profunda crisis de dolor. Así mismo, el servicio tiene el soporte del Área de Psicología Clínica, pues también se trata psicológicamente al paciente y su familia.

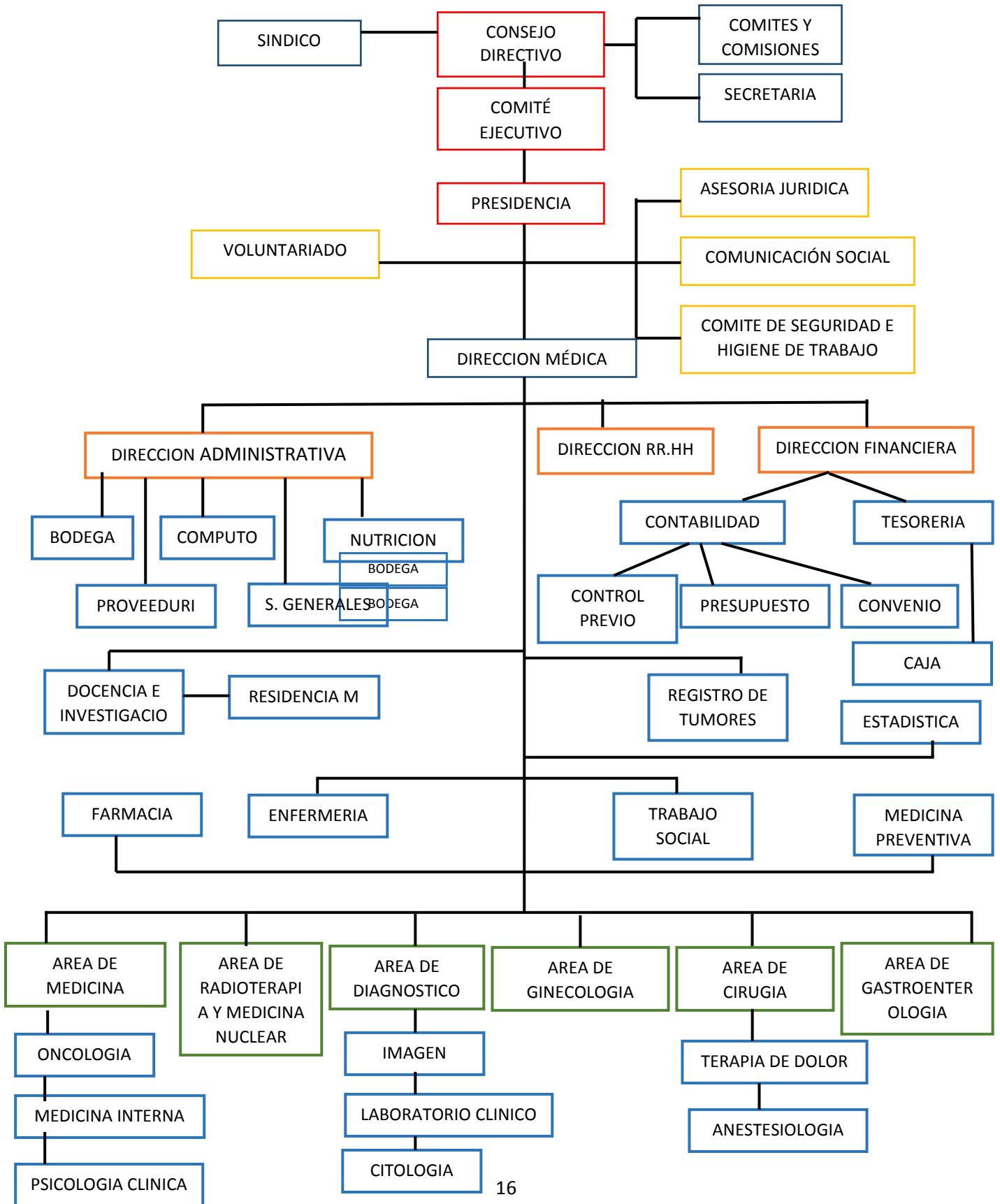
## **PROGRAMA “AULA HOSPITALARIA”**

Los niños y jóvenes oncológicos reciben respaldo pedagógico directo de la Unidad de Apoyo a la Inclusión del Ministerio de Educación (UDAI). Desde el año 2013 existe relación formal entre el trabajo psicopedagógico oncológico realizado en el Aula Hospitalaria con el maestro de Unidad Educativa respectiva y los padres de familia. El niño o joven estar cubierto en todo momento por el proceso de educación, incluidas sus etapas de tratamiento y recuperación”<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Vaca A, Chuinda J, Jaramillo P: Servicios de Hospitalización  
Revista Memoria Institucional 1962-2014; pág. 44-59

## Organigrama Estructural de Solca Loja



## PACIENTE ONCOLOGICO

“Según la Organización Mundial de la Salud “El cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo.”<sup>4</sup>

“La oncología es la especialidad médica que se encarga del estudio y tratamiento de los tumores benignos y malignos. El termino tiene su origen en la lengua griega y está compuesto por los vocablos onkos (“masa”, “tumor”) y logos (“estudio”)”<sup>5</sup>

“El paciente oncológico es aquel que, debido a su patología, se encuentra en un plan de tratamiento y rehabilitación en función de la naturaleza y localización de la lesión, pudiendo consistir en cirugía oncológica, radioterapia, quimioterapia o una combinación de ellos”.<sup>6</sup>

“El paciente se encuentra en una situación de enfermedad avanzada, incurable, polisintomática y con múltiples causas de sufrimiento en la esfera psicosocial. Es la situación de “dolor total” como lo define la OMS, situación que vive el enfermo y su familia como una verdadera catástrofes”<sup>7</sup>

---

<sup>4</sup> Organización Mundial de la Salud, Recuperado de <http://www.oms.org>

<sup>5</sup> [www.encyclopediasalud.com/definiciones/oncologia](http://www.encyclopediasalud.com/definiciones/oncologia)

<sup>6</sup> [www.definition-of.net/definición-de-oncología](http://www.definition-of.net/definición-de-oncología)

<sup>7</sup> Bruera E & Lima L, Cuidados Paliativos  
Guía para el Manejo Clínico, pág. 11.

## **Calidad de vida del paciente oncológico**

“El mantenimiento y la mejora de la Calidad de Vida es uno de los objetivos clave de la atención que recibe el paciente oncológico. Desde los años 90 se ha incrementado de manera importante la evaluación y la búsqueda de la mejora de la Calidad de Vida en dichos pacientes. La Calidad de Vida es actualmente una de las variables clave en Oncología, tan importante como otras variables médicas (la supervivencia o la respuesta al tratamiento). Orienta la atención que reciben dichos pacientes.

Dicha Calidad de Vida es en especial importante en algunos grupos más frágiles como los pacientes con enfermedad avanzada, en los que es clave cuidar su Calidad de Vida y hacer un balance entre qué efectos consigue el tratamiento sobre la enfermedad en comparación a su peso en la Calidad de Vida; o en las personas mayores, las cuales constituyen un grupo muy amplio de los pacientes oncológicos.

El cáncer en la actualidad se puede entender como una enfermedad crónica, y que más de la mitad de los casos de esta enfermedad se curan, lo que da más valor a la Calidad de Vida de los pacientes.



## **Importancia de la Evaluación, Calidad de Vida en Oncología**

La evaluación de la Calidad de Vida ayuda a mejorar la atención que se ofrece a los pacientes y a sus cuidadores. En este sentido, es de gran utilidad para dichos pacientes y cuidadores y para los profesionales.

Dicha evaluación tiene diferentes aplicaciones: es clave a la hora de valorar los tratamientos oncológicos nuevos, siendo en algunos países como Canadá obligatoria su medida antes de aprobar un tratamiento nuevo. La valoración de la Calidad de Vida es importante además en el trabajo diario con los pacientes. En este sentido, permite afinar las intervenciones que se hacen con un paciente, ayudar a decidir el tratamiento que puede ser más adecuado para él; o favorecer la detección temprana de síntomas.

Las personas con cáncer se muestran en general colaboradoras ante las evaluaciones de su Calidad de Vida, y suelen agradecer que se preste atención a las diferentes áreas de su Vida. En un número importante de casos, dichas evaluaciones, al realizarse en forma de entrevistas permiten ofrecer un apoyo emocional a los pacientes”<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Arrarás J. Profesor tutor de UNED Pamplona y Doctor en Psicología. La calidad de vida en el paciente oncológico, pág. 2-4

## **CÁNCER Y SUS EFECTOS PSICOSOCIALES EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS**

“Todos los seres humanos solemos reaccionar de manera similar ante la enfermedad, aunque no todos reaccionamos con la misma intensidad o manifestando la misma emoción o sentimiento”<sup>9</sup>

“El cáncer provoca un fuerte impacto emocional que atenta contra la vida de quien adolece esta enfermedad, la que ha sido considerada únicamente desde el punto de vista orgánico, biológico, dejando a un lado las emociones, las actitudes sexuales y afectividad.

Las diversas reacciones emocionales depresivas y ansiosas acusan grados de intensidad y duración diferentes en cada paciente; sin embargo la crisis ansiosa parece ser predominantes durante los exámenes de diagnóstico más aún si estos son prolongados, repetitivos, inciertos o frente a diferentes pautas de tratamiento oncológico”<sup>10</sup>

Las maneras más comunes de reaccionar ante la enfermedad serían:

---

<sup>9</sup> Unidad de Medicina Familia y Atención Primaria. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid. UAM. 2011, pág. 2

<sup>10</sup> Aguirre A, Institut Catala D` Oncología  
Modelo de trabajo social en la atención oncológica, Junio de 2004

**Miedo:**

“¡Me va a doler! ¡Me voy a morir!

El paciente siente miedos, tanto racionales como irracionales. Los miedos más habituales son el miedo a la muerte, al dolor, a la incapacidad, al rechazo de los demás, a lo desconocido.

**Negación:**

“No será nada”. “No necesito tomar las pastillas”

Los pacientes pueden negarse a sí mismos la existencia de la enfermedad mediante procesos de minimización o trivialización, lo que incluso puede llevarles a no consultar al médico por síntomas o lesiones por las que nos parecería impensable no acudir a consulta (hemorragias graves, tumores visibles).

Este comportamiento puede generar que el paciente sea tratado con dureza o reprendido por familiares o profesionales de la salud.

**Ira – Hostilidad:**

”La culpa de todo es de ese médico incompetente”

La ira es una reacción de irritación, furia, o solera causada por la indignación o el enojo de sentir vulnerados nuestros derechos, Izard describe a la ira como una respuesta emocional que se presenta cuando un organismo se ve bloqueado en la consecución de una meta o en la satisfacción de una necesidad.

Este tipo de reacciones es más frecuente en personas emocionalmente inmaduras o con dificultades para tolerar la amenaza de la enfermedad. Estos pacientes se pueden mostrar antipáticos, distantes o descalificadores”<sup>11</sup>

## **Depresión**

“La depresión es una enfermedad básicamente afectiva, que se manifiesta por decaimiento, apatía, falta de sueño y de apetito, pérdida de peso, falta de energía, visión pesimista de la realidad actual y del futuro, sentimientos de culpa y subvaloración de sí mismo, pérdida de interés en actividades que antes despertaban entusiasmo.

Es un estado depresivo que se manifiesta con el diagnóstico y tratamiento del cáncer es la depresión mayor, que se caracteriza por ser generalmente grave, siendo sus síntomas más sobresalientes, descuido total de sus actividades

---

<sup>11</sup> Inmersión Precoz en la Clínica. Tema 3

Unidad de Medicina Familia y Atención Primaria. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid. UAM. 2011, Recuperado de <http://www.uam.es/docencia/ocw/cursos>

habituales, deterioro social, laboral, sentimientos de ruina, culpa, inutilidad, pesimismo al punto de alcanzar una psicosis, ideas suicidas, deseos reiterados de muerte”.<sup>12</sup>

## **Ansiedad**

“¿Qué me va a pasar? ¿Qué será de mí y de mis hijos?

Existe muy a menudo una ansiedad de anticipación. Pueden producirse también conductas de evitación, como en las fobias, para evitar las situaciones generadoras de ansiedad”<sup>13</sup>

“El estado de ansiedad que sobreviene al paciente de cáncer, se halla sujeto a multitud de formas de expresión y condicionantes que dependen en gran medida de las experiencias anteriores del individuo, a menudo vividas por la infancia y así mismo guardan una estrecha relación con los rasgos de la personalidad.

Los estados de ansiedad se traducen en una serie de trastornos síquicos y funcionales, sus causas pueden ser de orden real como los conflictos familiares y laborales o bien en orden subjetivo como la falsa valoración de los hechos.

---

<sup>12</sup> Aguirre A, Institut Catala D` Oncología  
Modelo de trabajo social en la atención oncológica, Junio de 2004

<sup>13</sup> Inmersión Precoz en la Clínica. Tema 3  
Unidad de Medicina Familia y Atención Primaria. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid. UAM. 2011, Recuperado de <http://www.uam.es/docencia/ocw/cursos>

Dentro de estos desajustes de ansiedad se manifiestan:

- Trastornos de pánico
- Fobias
- Trastornos de ansiedad postraumática
- Trastornos de ansiedad generalizado”<sup>14</sup>

### **Bajo Autoestima.**

“La baja autoestima puede causar mucho sufrimiento en cualquier persona, las malas experiencias, los mensajes negativos, la crítica el menosprecios y las relaciones problemáticas pueden resultar en una baja autoestima.

Las personas con baja autoestima:

- Se siente insegura, sola vacía, rechazada, triste, culpable, inútil, deprimida
- Busca aprobación en los demás
- Finge para impresionar y llamar la atención
- Busca el amor y el afecto en cualquier lugar
- Se siente cómoda con personas que la hacen sentir importantes.

---

<sup>14</sup> Sanchez, Yorki, cáncer, Aspectos Psicológicos y Psicoterapias Cap. II Pág. 30

La baja autoestima asociada al cáncer puede provocar en quien padece este problema de salud, sentimientos de desvaloración, de soledad, de aislamiento, marginación”<sup>15</sup>.

## **Aislamiento**

“Este sentimiento es especialmente común en las personas que han vivido un proceso oncológico. El período posterior a los tratamientos es una etapa de transición y de cambio del que debes ser consciente. Se trata de un proceso gradual en el que son importantes la reflexión y la introspección para procesar todo lo que ha pasado. En ocasiones, este momento sirve para recolocar las prioridades personales o replantearse las circunstancias vitales y poder crecer.

Tras la remisión del cáncer, quizá sientas o percibas sensaciones de incompreensión por parte de tu entorno. Suele suceder que, durante los tratamientos, amigos, familiares, pareja y equipo médico se vuelcan en tu cuidado. Al terminar estos, y con la llegada de la recuperación física, algunas de las personas que te rodean no se percatan de que también necesitas una recuperación psicológica y social, que no siempre se produce al mismo ritmo que la física. Incluso es posible que, con el deseo de protegerlos y para no entristecerles o preocuparles, prefieras no compartir tus emociones.

---

<sup>15</sup> Consejería Nueva Vida, Tríptico Recuperado de [http:// www.seminarioabierto.com/](http://www.seminarioabierto.com/)

La incomprensión y la sobreprotección suelen generar soledad o aislamiento y no es raro que percibas que ellos han seguido caminando mientras tú tenías que frenar forzosamente tu rutina, tus proyectos, tu proyección personal o tu carrera laboral.”<sup>16</sup>

### **El Desamparo y la Angustia**

“En cualquiera de los casos una persona enfrentada a la pérdida de salud siente amenazada su vida y le confronta con una experiencia de radical desamparo.

La sorpresa y el impacto que acompañan a la experiencia de tener cáncer, donde el temor al diagnóstico, el miedo al pronóstico, la trayectoria de posible sufrimiento y dolor de la enfermedad, se significa desde la incertidumbre de lo incomprendible, abriendo una fisura de interrogantes. Todas las incertidumbres posibles se colapsan en la experiencia presente, cuestionándonos sobre la previsión preocupante de nuestro futuro (¿Qué pasará?) y poniéndonos en contacto con una serie de predicciones acerca de nuestro pasado (¿Qué ha ocurrido?, ¿Por qué a mí?, ¿Qué hice mal?...)

La **angustia** se convierte en la expresión del desamparo del sujeto, tanto del psíquico como del biológico.

---

<sup>16</sup> GEPAC, Grupo Español de Pacientes con Cáncer  
Recuperado de <http://todosomosupervivientes.com/>



La angustia es una de las manifestaciones afectivas humanas básicas, constituye una respuesta ante el peligro, el sufrimiento del organismo tanto desde un punto de vista biológico, psicológica como social. Por tanto es una respuesta preprogramada en la especie que genera cambios en los anteriores niveles. El fin es la preparación ante el peligro. "Ese estado afectivo de temor, inseguridad, tensión o alerta es una consecuencia de la percepción consciente o inconsciente del peligro y al tiempo, se constituye en una señal de alerta o alarma tanto para nosotros mismos ("algo va mal") como para los demás"

Freud en "Más allá del principio del placer" "distingue entre la *angustia* que designa como un estado caracterizado por la espera del peligro y la preparación para éste, aunque sea desconocido; el *miedo*, que supone un objeto definido, del cual se tiene miedo; y el *susto* que designa el estado que sobreviene cuando se entra en una situación de peligro sin estar preparado,"

Cuando afrontamos un diagnóstico de cáncer nos enfrentamos a la percepción de amenaza de nuestra integridad corporal y al reconocimiento de nuestra vulnerabilidad corporal"<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> Solana A. "Aspectos psicológicos en el paciente superviviente"  
Recuperado de <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid>

## **REPERCUSIONES SOCIOECONÓMICAS DE LA ENFERMEDAD EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO**

### **Relaciones Sociales.**

“La persona enferma puede entrar en un proceso de dificultades para mantener el ritmo de relación social llevado hasta el momento y llegar, incluso, a una situación de aislamiento que generalmente se incrementa si la duración de la enfermedad se alarga, se cronifica o se pierde autonomía personal. También los posibles cambios de humor y de conducta son agentes causantes del retraimiento social.

La esfera social que rodea a la persona enferma se puede ver modificada de la manera siguiente:

- Los enfermos tienen que enfrentarse durante el tiempo que dura el tratamiento a la pérdida de alguna actividad a través de las cuales estos se presentan al mundo, son creativos, “son”, existen. Esta pérdida puede tener consecuencias en forma de pérdida de grupos de referencia, pero también supone una pérdida en lo que la persona “es” en sí misma. Aceptar este hecho y encontrar otras formas de ser y proyectarse no solamente sucede durante sino con posterioridad al tratamiento. Por tanto, se produce una transformación de las habilidades sociales.

- Las reacciones de la persona enferma con cáncer pueden ser múltiples y diferentes en cada caso. Tienen que ver con muchos factores, tanto de tipo psicológico (reacciones emocionales, cambios de humor), como de tipo físico (deterioro de la imagen, déficits funcionales, etc.). Unas y otras condicionan a la persona de forma que sus relaciones pueden modificarse, yendo desde el aumento de las relaciones hasta el aislamiento social.
  
- La estigmatización. Dependiendo del entorno social que rodea a la persona hay una serie de aspectos relacionados con el cáncer, algunos de ellos por su localización en el cuerpo, otros por el estilo de vida, la predisposición genética etc. que condicionan las reacciones del entorno humano cercano.
  
- El miedo, tanto del enfermo como de sus seres cercanos, a expresarse o manifestarse para evitar provocar en los demás sentimientos de tristeza o reacciones totalmente contrariadas, puede hacer que se tomen actitudes minimizadoras; incluso pueden adoptarse actitudes maníacas o de optimismo fuera de tono.
  
- La sociedad actual tiende cada vez más al anonimato. En el entorno inmediato se lleva a cabo una selección cuidadosa de las personas de las que rodearse para defender de este modo la propia intimidad. Dar a conocer abiertamente ciertas carencias, puede generar pérdida de respecto y credibilidad. Esta filosofía de vida, que puede ser muy efectiva

en una sociedad autónoma, hace que valores como el de la solidaridad, la compasión, etc. no lleguen a desarrollarse por miedo a violar los espacios de intimidad, por un lado, y el sentimiento de intrusismo, por otro.

- Una persona que sufre el riesgo de morir es poco reconocida socialmente, es decir, que los valores sociales actuales, como son el éxito, la productividad, la estética, la imagen corporal, etc., se oponen a otros valores como la compasión, la comprensión y la solidaridad”<sup>18</sup>

### **Situación a nivel laboral**

“También en el área socio-laboral se experimentan duelos; para alguna de las personas que han atravesado un proceso de cáncer y como consecuencia del mismo, se ha visto interrumpida su trayectoria profesional, con la consiguiente pérdida económica y las repercusiones que conlleva la misma a nivel personal y familiar; sin olvidar por ello los efectos psicológicos en cuanto a que el trabajo significa una fuente de valorización.

Con frecuencia se producen discapacitaciones tanto por efectos de la propia enfermedad como de las repercusiones permanentes físicas de la misma; por un lado, las dificultades económicas que se producirán y por otra parte, solicitar una incapacidad laboral en ocasiones es vivenciado como una representación

---

<sup>18</sup> Aguirre A, Institut Catala D` Oncología  
Modelo de trabajo social en la atención oncológica, Junio de 2004

de sí mismo como incapaz e impotente, sintiéndose fuera del espacio social reservado a "los útiles". Si junto a ello aparecen deterioro y desfiguraciones físicas, no es infrecuente encontrar el desencadenamiento de situaciones depresivas.

Estas pérdidas del estilo de vida previo traen consigo un alejamiento de la vida social. También en algunos supervivientes de cáncer en su trabajo elaborativo de esta situación de atravesamiento del cáncer se produce cierto aislamiento social. Para otros, es resultado de efectos depresivos por no poder asumir los cambios y repercusiones.

Algunas personas han expresado sentimientos de abandono o de no suficiente apoyo social tras pasar el tiempo de los tratamientos médicos. En esta misma línea cuando no es reconocido por parte de los otros el malestar psíquico.”<sup>19</sup>

“Dificultades para poder continuar manteniendo el ritmo laboral:

- Como consecuencia del tratamiento: El hecho de someterse a un tratamiento más o menos agresivo puede conllevar una sintomatología somática añadida que no permite a esa persona mantener un ritmo de trabajo normalizado.

---

<sup>19</sup> Solana A, “Aspectos psicológicos en el paciente superviviente”  
Recuperado de <http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid>

- El impacto emocional y el planteamiento de futuro pueden dificultar la continuidad del ritmo de trabajo.
- Fruto de la iatrogenia, ya sea por el tratamiento o por las lesiones post-quirúrgicas.
- Por un cambio en la imagen corporal. Cuando se trata de las personas que trabajan en un marco público y la imagen forma parte del conjunto del puesto de trabajo. En enfermedades avanzadas cuando la persona no puede asumir el 100% de sus responsabilidades.
- Las políticas laborales no favorecen la integración de personas con discapacidades temporales o permanentes, y agravan la precariedad de ciertos grupos o colectivos más vulnerables, como por ejemplo:
  - La aplicación del sistema de pensiones es ciertamente rígida.
  - Por cuestiones de tipo administrativo. Por ejemplo: No es compatible media jornada de baja con media en activo.
  - Cuando la persona enferma ya tiene un contrato temporal, este no suele ser renovado.
  - El trabajador autónomo durante su baja tiene que cotizar, sin embargo, no se le permite continuar trabajando.
  - Modificaciones del rol profesional; la incertidumbre que provoca la evolución de la enfermedad priva a menudo de la oportunidad de

obtener ciertos ascensos profesionales o de efectuar cambios de roles que permitan a la persona enferma continuar desarrollándose personal y profesionalmente”<sup>20</sup>.

### **A nivel económico.**

“El hecho de enfermar comporta, generalmente, una disminución de la capacidad económica fruto de los inconvenientes laborales, la falta de previsión social y otras circunstancias. Algunas de las causas y consecuencias provocadas por la falta de poder adquisitivo son las siguientes:

- Una baja laboral por enfermedad comporta una disminución de los ingresos y, en algunos casos, la pérdida de incentivos y complementos asociados al contrato.
- Incremento de los gastos. A raíz de la enfermedad se generan una serie de necesidades que tienen que ser cubiertas: medicación, desplazamientos, ayudas técnicas, supresión de las barreras arquitectónicas, cambios de domicilio, asistencia y ayudas en el hogar, dietas, etc.
- Disminución de las aportaciones económicas de otros miembros de la familia integrados en el mundo laboral. Es común que otros miembros de la

---

<sup>20</sup> Aguirre A, Institut Catala D` Oncología  
Modelo de trabajo social en la atención oncológica, Junio de 2004

familia tengan que modificar su situación laboral (bajas, reducción de la jornada, abandono del trabajo, estudios, etc.) con el objetivo de cuidar de la persona enferma.

- La variedad de tratamientos aplicables a la enfermedad es a menudo generadora de incertidumbre y hace que enfermos y familiares, a veces, inicien un peregrinaje en busca de soluciones y tratamientos alternativos que puede llegar a generar situaciones familiares de déficits económicos graves.
- La falta de capacidad económica puede provocar cambios graves en el ritmo de vida llevado hasta el momento y dificulta las posibilidades de que la persona enferma, en caso de no trabajar, desarrolle aquellas actividades alternativas que le permitan ocupar el tiempo que antes dedicaba a las tareas laborales.”<sup>21</sup>

*El paciente oncológico dentro del hospital SOLCA, se convierte en una persona vulnerable ya que su vida cotidiana se ve afectada por la enfermedad, este tipo de experiencia no solo es una situación individual, sino que es también una vivencia familiar, para lo cual es necesario una buena relación y comunicación entre los miembros de la familia, lo cual no existe en muchos casos dentro de Hospital SOLCA.*

---

<sup>21</sup> Aguirre A, Institut Catala D` Oncología  
Modelo de trabajo social en la atención oncológica, Junio de 2004



*La pérdida de control sobre los eventos en la vida, los cambios en la capacidad de continuar con las tareas domésticas, en el aspecto o simplemente el impacto de la enfermedad del cáncer podrían resultar en sentimientos de depresión o ansiedad, así mismo los miedos sobre la pérdida de la independencia, cambios en las relaciones con sus seres queridos, y convertirse en una carga para los demás pudieran molestar al paciente.*

*Todo esto es lo que sucede en la mayoría de los pacientes del hospital SOLCA, Loja; ya que es cierto que en un bajo porcentaje, algunos pacientes no quieren molestar a su familia y amigos con preocupaciones o miedos acerca de su enfermedad. Ocultan la verdad con la esperanza de librarlos del dolor. El paciente tiene miedo de hablar con sus parientes acerca de su enfermedad, y ellos no saben cómo ocuparse de la situación, es así que la falta de comunicación causa una mayor tensión en las relaciones personales.*

*De mismo modo, en otros casos existe la falta de apoyo familiar que causa en los pacientes diversas reacciones en el tratamiento, por lo cual ellos suelen sentirse deprimidos, con miedo y tristes al no sentirse apoyados por un pariente, por el solo hecho de que en más del 50% de pacientes afirman que su familia los deja ir solos a recibir las quimioterapias sin dar una palabra de aliento o un detalle que los haga sentir mejor, dicen sentirse apenados al darse cuenta que otras personas ajenas a ellos pueden darles el apoyo y afecto que no reciben en el hogar. Pese a esto manifiestan estar agradecidos con*

*SOLCA, ya que gracias a sus grupos de ayuda como son “Damas de Voluntariado” y Programa “POR TI”, pueden estar en compañía de alguien durante su tratamiento ya que ellos los apoyan psicológicamente haciéndolos intervenir en varias actividades,*

*En la parte laboral muchos de los pacientes, por no tener las suficientes fuerzas para trabajar y por el tratamientos que les exige estar hospitalizado, han tenido que abandonar sus ocupaciones, la cual ha provocado muchos desajustes en su vida diaria, ya que con la pérdida de trabajo también se ha deteriorado el sustento diario para su familia el cual les ha traído muchos problemas económicos.*

## FAMILIA DEL PACIENTE ONCOLOGICO

“La OMS define a la familia como una unidad biopsicosocial, integrada por un núcleo variable de personas ligadas por vínculos de consanguineidad (parentesco), matrimonio y/o pareja estable, que viven en un mismo hogar. Los médicos de familia concebimos “la Familia” como un sistema abierto en constante interacción con el exterior, “la Sociedad”, en la que está también inserta

La Familia desde su formación pasa por una serie de etapas, que constituyen el Ciclo Vital Familiar, intercaladas por “crisis” como sucede en la adolescencia o cuando uno de los miembros de la misma padece una enfermedad.”<sup>22</sup>

“Los autores más avanzados e individualistas, definen a la familia del paciente oncológico probablemente como el primer cuidador y el apoyo más inmediato en la persona enferma, la familia tiene siempre un papel principal en la atención al enfermo oncológico ya que asume también el papel de interlocutor ante el médico o ante el personal sanitario, es decir, quien plantea los problemas (síntomas, dudas, etc.) y recibe la información.

En nuestro medio, las familias que cuidan al paciente oncológico heredan una tradición de sobreprotección. Y por ello asumen directamente la información,

---

<sup>22</sup> DE LA REVILLA, L. La Atención Longitudinal: El Ciclo Vital Familiar. En De la Revilla, Luis (ed.) Conceptos e Instrumentos de la Atención Familiar. España. Ed. Doyma S.A, Madrid 1999

sobre todo del diagnóstico y del pronóstico, y gran parte de las decisiones sobre el tratamiento.”<sup>23</sup>

“Los familiares a cargo del paciente, también llamados proveedores informales de atención, proporcionan una variedad compleja de tareas de apoyo que comprende el dominio físico, psicológico, espiritual y emocional. En términos generales, hay más mujeres que hombres prestando estos servicios, la mayoría de estas personas son parientes del paciente de cáncer y tienen 55 años o más de edad.

Los familiares que cuidan del paciente desempeñan una función importante en el manejo del cáncer; contar con su cooperación e incluirlos como núcleo de la atención médica desde el principio, se consideran ingredientes fundamentales para el tratamiento eficaz del cáncer. La mayoría de los equipos de oncología reconocen este hecho y tratan de incluir a los familiares que prestan su asistencia en la planificación y toma de decisiones relacionadas con el tratamiento y su ejecución.

Sin embargo, para que las intervenciones sean factibles, deben ser apropiadas en el marco de las limitaciones que tienen los consultorios de oncología y los ámbitos de prestación de servicios con mucha actividad. Las hospitalizaciones

---

<sup>23</sup> Die Trill María, Influencia de la Cultura en la Experiencia del Cáncer PSICOONCOLOGÍA. Vol. 0, Núm. 1, pp. 39-48

breves también pueden restringir el tiempo disponible para poner en práctica estrategias de apoyo para las personas a cargo del paciente.

Los familiares que cuidan al paciente tienen sus propias respuestas emocionales al diagnóstico y el pronóstico del paciente, y pueden necesitar entrenamiento y apoyo emocional diferentes de los que se ofrecen a los pacientes. Las funciones de quienes cuidan al paciente y la carga que asumen se ven profundamente afectadas por el pronóstico, el estadio de la enfermedad y los objetivos del tratamiento.

La mayoría de los estudios disponibles sobre los familiares a cargo de pacientes de cáncer aborda principalmente la adaptación de la persona a cargo del paciente durante la fase aguda de supervivencia, desde el momento del diagnóstico hasta dos años después del mismo.

A medida que la comunicación abierta con los pacientes y la revelación del diagnóstico han ganado popularidad, los estudios se han enfocado en cómo repercute en el paciente el hablarles con la verdad, así como las directrices para establecer dicha comunicación. Aunque a veces se incluye en estos estudios a las personas a cargo del paciente, se prestó poca atención a las necesidades y preferencias específicas de información de esas personas, o a la disposición o voluntad de los mismos para asimilar esta nueva información médica.

Pese a ello, se espera que un familiar a cargo de un paciente aprenda la terminología nueva relacionada con la enfermedad, entre en el nuevo entorno de tratamiento junto al paciente de cáncer y participe activamente en la toma de decisiones. Por todas estas razones, las personas a cargo del paciente experimentan una variedad compleja de emociones fuertes que pueden equivaler o sobrepasar las que experimenta el paciente durante el diagnóstico y el tratamiento.”<sup>24</sup>

#### **TIPOS DE FAMILIA:**

“La familia ha ido variando desde la familia extensa tradicional hacia otros tipos de agrupaciones familiares. Aunque la más habitual en nuestra sociedad es la denominada familia nuclear (formada exclusivamente por padres e hijos) podemos distinguir los siguientes tipos de familia.

- Familia extensa**, en la que conviven más de 2 generaciones
- Familia nuclear** formada por la pareja de padres y sus hijos
- Familia binuclear**, la formada tras un divorcio, en la que conviven hijos procedentes de las dos familias nucleares originales
- Familia monoparental**, la formada por uno de los padres y uno o más hijos
- Personas sin familia**, la formada por una única persona que vive sola

---

<sup>24</sup> Honea NJ , Brintnall R, Dada B , et al: Poner evidencia a la práctica : La valoración de enfermería y las intervenciones para reducir la tensión familiar cuidador y la carga. Clin J Oncol Nurs 12 ( 3 ) : 507-16 , 200

También existen unidades de convivencia que podemos denominar equivalentes familiares que son los formados por personas que comparten vivienda de manera no transitoria, como las comunidades religiosas, residencias de ancianos, amigos que viven juntos”<sup>25</sup>

## **Funciones de la Familia**

### **Funciones básica de la familia:**

“Las 6 funciones básicas de la familia son:

- 1- Afecto
- 2- Apoyo
- 3- Comunicación
- 4- Reglas y normas
- 5- Adaptabilidad
- 6- Autonomía

**1 Proporciona afecto:** Da estabilidad emocional y apoyo en los momentos de crisis

**2 Presta apoyo:** Proporciona apoyo afectivo, físico, económico

---

<sup>25</sup> Luna O G. Atención a familias con paciente terminal.

Recuperado de <http://www.medicinafamiliarnl.com.mx/sesiones2010/abril2010.ppt>, con acceso el 15 de enero de 2011.

**3 Permite comunicación:** Verbal y no verbal: transmite afecto, apoyo, normas, creencias, lengua

**4 Fija reglas y normas:** Establecen la autoridad, reparten los papeles, facilitan las relaciones y mantienen la armonía y el orden.

**5 Se adapta ante los cambios:** Relaciones dinámicas en un contexto de cambios (familiares y sociales), previsibles o imprevistos (crisis familiares).

**6- Permite la autonomía personal:** Independencia paulatina para permitir el crecimiento, la maduración y la incorporación a la sociedad.”<sup>26</sup>

### **Áreas funcionales de la familia:**

“Las 3 áreas funcionales de la familia son:

#### **1- Las Funciones Psico-biológicas:**

- Reproducción
- Desarrollo y crecimiento hijos
- Adquisición del sentido de identidad familia

#### **2. Las Funciones sociales, culturales y educativas**

- Transmite valores y creencias

---

<sup>26</sup> Inmersión Precoz en la Clínica. Tema 3  
Unidad de Medicina Familia y Atención Primaria. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid. UAM. 2011, Recuperado de <http://www.uam.es/docencia/ocw/cursos>



-Transmite conocimientos y habilidades

### **3. Las Funciones económicas**

-Producción de bienes y servicios

-Consumo”<sup>27</sup>

## **Perspectiva del Familiar a cargo del paciente durante el curso de la enfermedad**

### **Momento del diagnóstico**

“En los Estados Unidos, se espera que los familiares a cargo del paciente participen activamente en la toma de decisiones relacionadas con las opciones de tratamiento, empezando durante la fase de diagnóstico. Se espera que la persona a cargo del paciente asuma las siguientes tareas:

- Integrar nueva información médica.
- Aprender terminología nueva relacionada con la enfermedad.
- Entrar en un nuevo entorno de tratamiento.
- Encontrar tiempo para acompañar al paciente a las citas médicas.”<sup>28</sup>

---

<sup>27</sup> Revilla L Manual de atención familiar (2 tomos). Editado por la Fundación para el estudio de atención a la familia, Fundesfam. Granada, 1999.

<sup>28</sup> Glajchen M: Role of family caregivers in cancer pain management. In: Bruera ED, Portenoy RK, eds.: Cancer Pain: Assessment and Management. 2nd ed. New York, NY: Cambridge University Press, 2009, pp 597-607

## Hospitalización y Tratamiento

“Los familiares a cargo del paciente desempeñan una función importante en la toma de decisiones acerca del tratamiento y la atención. La familia a menudo entra como representante de los intereses del paciente y está encargada de adoptar las decisiones principales a pedido del paciente. La propiedad con que la persona a cargo de un paciente cumpla esa función puede depender de su relación anterior con el paciente y el grado de acuerdo entre ellos. Los desacuerdos y los conflictos pueden complicar la toma de decisiones y afectar cómo se escogen los tratamientos. Además, la disconformidad dentro de la familia acerca de las opciones más apropiadas de tratamiento, puede generar una tensión excesiva tanto para los pacientes como para las personas a cargo de ellos, lo que resultará en una disminución de la calidad de vida.

El Cancer Communication Assessment Tool for Patients and Families (CCAT-PF) es un instrumento que evalúa la coherencia en la comunicación entre el paciente y la persona a su cargo. Este instrumento se puede usar tanto en los pacientes como en las personas a cargo de ellos, e identifica áreas específicas de conflicto que ameriten una intervención. En el estudio inicial de validación, los puntajes mayores de la CCAT-PF se correlacionaron significativamente con los siguientes aspectos:

- Mayor depresión del paciente.

- Mayor percepción del conflicto familiar.
- Disminución del bienestar tanto del paciente como de la persona a cargo de su cuidado.
- Menor expresividad.
- Menor percepción de cohesión familiar.
- Cualquier miembro del equipo de oncología puede administrar el CCAT-PF.

Durante la fase activa del tratamiento, las personas a cargo del paciente comunican sus dificultades para satisfacer las exigencias de prestar apoyo emocional y material a los pacientes, y cumplir con las obligaciones permanentes en el hogar, el trabajo y la familia. Las exigencias de proporcionar transporte, programar y cumplir con las citas en el hospital, organizar la asistencia domiciliar y tratar con las compañías aseguradoras pueden resultar física y emocionalmente agotador tanto para los pacientes de cáncer como para quienes los cuidan.”<sup>29</sup>

### **Planificación del retorno al hogar**

“La transición entre los entornos de atención médica es una fuente particular de tensión, tanto para los pacientes de cáncer como para las personas a su cargo.

---

<sup>29</sup> Siminoff LA, Zyzanski SJ, Rose JH, et al.: The Cancer Communication Assessment Tool for Patients and Families (CCAT-PF): a new measure. *Psychooncology* 17 (12): 1216-24, 2008

El período inmediatamente posterior a la hospitalización puede ser el más incierto para las personas a cargo del cuidado, el cual está lleno de inquietudes que aumentan debido a la atención domiciliaria del paciente sino también la atención a su propia salud. En un estudio que incluyó a 518.240 parejas de edad avanzada matriculadas en Medicare, determinó que la hospitalización de un cónyuge se relacionaba con un riesgo mayor de muerte para las personas ancianas a cargo de un paciente. El paciente de cáncer habitualmente prefiere estar en su hogar, donde puede recuperar un sentido de normalidad en un ambiente familiar y reconfortante.”<sup>30</sup>

### **Atención domiciliaria**

“Si el paciente de cáncer recibe sus cuidados en el hogar, la persona a su cargo es responsable de la coordinación de los profesionales de asistencia domiciliaria, organizar los suministros médicos y alimentarios necesarios, afrontar cualquier urgencia médica que pueda surgir y, en general, navegar por los meandros del sistema de atención médica. Además de asumir muchas de las responsabilidades domésticas del paciente, el familiar a cargo de este puede tener que renunciar a sus actividades sociales y responsabilidades laborales para asumir la tarea primordial de hacerle compañía al paciente, llevarlo a las citas médicas y hacer diligencias personales.

---

<sup>30</sup> Christakis NA, Allison PD: Mortality after the hospitalization of a spouse. N Engl J Med 354 (7): 719-30, 2006

## **Etapa final de la vida**

Se sabe que el estado de la enfermedad del paciente de cáncer influye en la calidad de vida de quien lo cuida y en los objetivos del tratamiento. Las personas a cargo de pacientes en la etapa final de su vida mostraron tener puntajes de calidad de vida y de salud significativamente inferiores que las personas a cargo de pacientes cuyo tratamiento todavía es activo o curativo.

Las exigencias físicas y emocionales de la atención médica alcanzan su punto máximo a medida que la enfermedad avanza hasta la fase terminal. El período durante el cual los pacientes necesitan cuidados paliativos se caracteriza a menudo por un profundo desasosiego y tensión intensa. En el marco de la enfermedad recidivante, la enfermedad terminal o el proceso de morir, la persona a cargo del paciente debe enfrentar nuevos desafíos para atender las crecientes limitaciones funcionales, una mayor dependencia del paciente y síntomas más agobiantes. Si se prolonga el tratamiento, la capacidad de las personas a cargo del paciente para satisfacer sus necesidades diarias se ve gravemente forzada.

Se ha observado que las que tienen a su cargo el cuidado del paciente y proporcionan cuidados médicos en la etapa final de la vida del mismo manifiestan un mayor sufrimiento emocional, independientemente de la cantidad de atención prestada, cuando se limita su capacidad de participar en actividades e intereses importantes. Las investigaciones indicaron que las

personas que atienden a pacientes de cáncer corrían el riesgo de presentar una variedad de problemas psicológicos y físicos, como ansiedad, depresión, fatiga, disminución de la estima propia y somatización.”<sup>31</sup>

### **Funciones de la Familia de los Pacientes Oncológicos**

“Se espera que los familiares a cargo de los pacientes de cáncer asuman funciones amplias, proporcionen atención directa, ayuden con las actividades cotidianas, manejen el caso, brinden apoyo emocional, compañerismo y supervisen la medicación. Muchas de las personas a cargo del paciente cumplen diversas funciones como las de empleado, padre o dar cuidados.

La teoría de la fatiga por sobrecarga indica que desempeñar numerosas funciones sociales se relaciona con un aumento de la tensión y la carga. Los familiares a cargo de los pacientes de cáncer asumen generalmente responsabilidades multifacéticas para realizar las siguientes tareas:

- Tareas administrativas (manejo del caso, manejo de los reclamos al seguro, pago de cuentas).

---

<sup>31</sup> Honea NJ , Brintnall R, Dada B , et al: Poner evidencia a la práctica : La valoración de enfermería y las intervenciones para reducir la tensión familiar cuidador y la carga. Clin J Oncol Nurs 12 ( 3 ) : 507-16 , 200

- Contribuciones decisivas (acompañar al paciente de cáncer a las citas médicas; hacer diligencias personales; manejar la preparación de alimentos, la limpieza y otras tareas de mantenimiento).
- Servir de guía (buscar información que puede ser difícil de hallar, encontrar un médico).
- Actividades de apoyo social (proporcionar compañía, socializar)<sup>32</sup>

Algunas de las Funciones que debe cumplir la familia del paciente oncológico son:

### **Encargado de tomar decisiones**

“La familia a cargo del paciente se enfrenta con una variedad abrumadora de decisiones durante el curso de la enfermedad del paciente. Generalmente, las decisiones acerca de las opciones de tratamiento, los cambios de función y el manejo de fondos son tomadas por el núcleo familia-paciente.

Aun en el contexto de una sólida relación médico-paciente, las personas a cargo del paciente pueden estar más dispuestas a recibir información de otras fuentes, tanto informales (familia-amigos) como formales (Internet, Servicio de

---

<sup>32</sup> Glajchen M: El papel de los cuidadores familiares en el manejo del dolor por cáncer. En: Bruera ED , Portenoy RK , eds : dolor de cáncer : Evaluación y Gestión . 2ª ed . Nueva York: Cambridge University Press, 2009 , pp 597-607

información sobre el cáncer, grupos de apoyo). Las familias pueden tomar decisiones erróneas basadas en información tendenciosa encontrada en los medios masivos de comunicación y en la Internet. En los estudios que incluyen a pacientes de cáncer y las personas a cargo de ellos, es común que los pacientes y sus familias den cuenta de las siguientes actividades:

- ❖ Uso de la Internet para buscar más información sobre el cáncer del paciente y su tratamiento.
- ❖ Verificación de la información suministrada por el médico.
- ❖ Investigación de otras opciones de tratamiento.
- ❖ Búsqueda de información sobre tratamientos alternativos.
- ❖ Búsqueda de opiniones de la familia y los amigos.”<sup>33</sup>

## **Representante**

“La familia que atienden al paciente se convierte en representante del paciente de cáncer. Esta función puede incluir tareas administrativas como las siguientes:

---

<sup>33</sup> Ferrell BR, Rhiner M , Cohen MZ , et al : Dolor como una metáfora de la enfermedad. Parte I: Impacto del dolor por cáncer en los cuidadores familiares. Oncol Nurs Foro 18 ( 8 ) : 1303-9 , 1991 Nov- diciembre



- ❖ Buscar información.
- ❖ Administrar los reclamos al seguro.
- ❖ Pagar cuentas.
- ❖ Renovación de las medicinas recetadas.
- ❖ Ejercer más vigilancia del paciente.
- ❖ Notificar síntomas o efectos secundarios nuevos.
- ❖ Solicitar recursos para aliviar los síntomas.
- ❖ Incorporar cambios en el modo de vida.
- ❖ Alentar al paciente a cumplir con el tratamiento.
- ❖ Promover los comportamientos saludables del paciente.”<sup>34</sup>

## **Comunicador**

“Una meta importante para los oncólogos es mejorar la capacidad de los pacientes para: 1) entender los síntomas y las decisiones de tratamiento, y 2) comunicar sus necesidades y preferencias relacionadas con los cuidados de apoyo. Sin embargo, se pueden plantear problemas de comunicación en el seno de ciertos grupos de pacientes, incluso pacientes de edad avanzada, pacientes con grados más bajos de escolaridad y grupos con culturas diferentes.

---

<sup>34</sup> Bowman KF , Rose JH , Deimling GT : Las familias de los sobrevivientes de cáncer a largo plazo: Promoción y práctica de mantenimiento de la salud. Psicooncología 14 ( 12 ) : 1008-17 , 2005

El familiar a cargo del paciente a menudo asumirá la función de comunicador en favor del paciente. Tanto para los pacientes como para las personas encargadas de ellos, la comunicación se ve afectada por la forma en que los miembros del núcleo familiar procesa la información relacionada con la salud y la capacidad de estos para procesar el carácter grave de ciertas información. La toma de decisiones se puede complicar por las brechas importantes en cuanto a la rememoración y la comprensión que pueden presentarse durante las crisis psicológicas y de salud física, y por las diferencias de estilos de comunicación entre los pacientes, los familiares a cargo de ellos y los profesionales de la salud.”<sup>35</sup>

### **Proveedor práctico**

“El manejo del dolor y los síntomas es uno de los focos principales en la función del familiar a cargo del paciente. Estas personas con frecuencia administran la medicación para el dolor o recuerdan al paciente que tome una dosis programada; esto a veces exige tomar decisiones sobre que medicamento administrar cuándo y en qué dosis.

Si el paciente está confinado en el hogar o es incapaz de moverse alrededor con facilidad, el familiar del mismo a menudo se ocupará de obtener los medicamentos recetados o reponerlos a tiempo. Además de administrar el

---

<sup>35</sup> Siminoff LA, Graham GC, Gordon NH : patrones de comunicación del Cáncer y la influencia de las características del paciente: las disparidades en la información de entrega y comportamientos afectivos. *Paciente counc Educ* 62 (3): 355-60 , 2006.

régimen de tratamiento del paciente, se espera que esta persona identifique y comunique los efectos secundarios del tratamiento o informe sobre nuevos síntomas.”<sup>36</sup>

### **El Rol de la familia del Paciente Oncológico**

“La atención al paciente oncológico no se debe centrar únicamente en el enfermo, sino que comprende igualmente a su entorno más cercano, especialmente al cuidador principal, el cual sufrirá múltiples pérdidas a lo largo de su desarrollo.”<sup>37</sup>

“La familia es quien debe cumplir un rol muy importante dentro del tratamiento oncológico, como es el acompañar al paciente enfermo sin perder su propio mundo, es quien debe aprender a ver ese ser querido en situaciones difíciles y angustiosas, así como disfrutar su recuperación. Tras este impacto, se producen cambios en todos los miembros de la familia: comienza a agrietarse el equilibrio existente, y al mismo tiempo se empieza a tener en cuenta que la familia es el sostén del miembro enfermo. La familia es también con lo que cuenta el equipo profesional para la recuperación y la contención en los acontecimientos posteriores al primer momento de la enfermedad.

---

<sup>36</sup> Glajchen M : El papel y las necesidades de los cuidadores de la familia en el cuidado del cáncer emergente. J Soporte Oncol 2 ( 2 ) : 145-55 , 2004 Mar- abril

<sup>37</sup> Babarro AA. Atención a la familia. Atención Primaria 2006; 38:14-20.

La familia se ve obligada a renegociar roles y funciones que hasta ese momento venía desempeñando el miembro enfermo. La negociación dependerá de la importancia de los roles y funciones desempeñados por el paciente, y por la flexibilidad para el cambio, tanto de la familia como del enfermo. Asimismo es muy importante cuidar al cuidador para que éste no renuncie en su tarea.”<sup>38</sup>

“El papel de la familia es de suma importancia, debido a que es ésta quien mejor conoce al enfermo y cuenta con información muy valiosa para su mejor atención. El rol de la familia dentro de una institución de salud oncológica consiste en:

- Comunicar al equipo de salud la mayor cantidad de información posible sobre su enfermo.
- Preguntar sobre la condición de su enfermo, así como realizar los trámites necesarios para la atención del paciente.
- Pedir de forma cortés la explicación de términos médicos que no entiendan, o simplemente pedir que le repitan la información que no quedó clara.

---

<sup>38</sup> Devalle M (M.P.6620) Miembro de la Fundación Clínica de la Familia  
Recuperado de <http://www.puntal.com.ar>

- Mantener una comunicación constante con el médico tratante y equipo de salud en general.
- Mantener en casa los cuidados necesarios y adecuados para contribuir con el tratamiento médico y bienestar del enfermo.”<sup>39</sup>

*El cáncer es un problema que afecta a todos los miembros de la familia, aunque cada uno de ellos afronta la enfermedad de un modo diferente. Por ello es tan importante la comunicación, ya que permite saber cómo se siente, conocer sus miedos y preocupaciones, además, encontrar un apoyo inestimable para aprender afrontar la enfermedad.*

*Al hablar de familia de pacientes oncológicos es importante recalcar que los familiares que si están al pendiente de los pacientes, deben solicitar la ayuda de otros miembros de la familia, ya que ellos solos son los encargados de soportar a menudo una gran carga emocional. Ante el cáncer, las reacciones emocionales de cada uno pueden ser distintas. Dentro del Hospital SOLCA, se ha notado que los familiares tienen una variedad de responsabilidades diariamente o según se requiera, que incluyen brindar apoyo y ánimo, administrar medicamentos, ayudar a controlar los síntomas y efectos secundarios, coordinar las citas médicas y proporcionar transporte.*

---

<sup>39</sup> Gaceta Mexicana de Oncología, Cuidadores > Consejos para la familia > El rol de la familia, actualizado 18/Diciembre/2013. Retraído de <http://www.infocancer.org.mx>

*En el hospital existe variedades de familias, desde los más preocupados por la recuperación del pacientes, los familiares comprometidos, los que comparten la responsabilidad con otros miembros de la familia; distribuyéndose las tareas según quién está mejor capacitado para realizar cada una de ellas, los familiares que están presentes aunque sea a la distancia y hasta los familiares que no toman en cuenta o abandonan a los pacientes durante todo el tratamiento de cáncer.*

*Según se ha detectado en SOLCA Loja, existen varios casos de familia monoparental, es decir que por tal motivo, existe la limitada participación de la familia en el proceso de recuperación, por los conflictos que se da dentro de ellos; como separación, desinterés, etc.*

*La mayoría de pacientes oncológicos residen fuera del cantón Loja, los cuales viven en un ambiente desestructurado ya que la familia por motivos de trabajo o distancia no pueden estar cerca de ellos, y mandan a alguien en reemplazo o los envían solos a recibir su tratamiento. De igual manera lo que se ha evidenciado es que la familia no está cumpliendo con los roles que debería tener, por lo que no existe una comprensión hacia la enfermedad que padecen los pacientes, como su impacto físico y emocional. Así mismo falta el involucrarse con él y con el proceso de recuperación*

## IMPACTO DEL CÁNCER EN LA DINÁMICA FAMILIAR

“El diagnóstico de cáncer, ocasiona un impacto en la familia y la red social del paciente, que implica reacciones que van desde lo biológico hasta lo comunitario y económico. Estas reacciones son determinantes en la forma de afrontar la familia el proceso de enfermedad de uno de sus miembros, llevando a un nuevo equilibrio u homeostasis familiar o a la disolución de la misma.

Muchas de las enfermedades crónicas, así como las que tienen riesgo de muerte generan en el seno de la familia un impacto negativo. El cáncer impone estrictas e inmediatas demandas a la totalidad del sistema familiar, las que dependerán de la severidad, grado de incapacidad, percepción de la deformación, pronóstico de vida y tipo de tratamiento”.<sup>40</sup>

“Cada integrante se ve afectado emocionalmente, cognitivamente y en su conducta en la vida cotidiana así como en la percepción del sentido de la vida. Durante el proceso de enfermedad las familias viven ciclos repetitivos de enojo, desamparo, frustración, falta de control, de ajuste y readaptación. Se percibe la enfermedad como potencial peligro de desintegración o como una oportunidad para el fortalecimiento, recuperación, adaptación y comprensión de las necesidades y expectativas de cada miembro. La sobrevivencia de un enfermo

---

<sup>40</sup> Cabrera A \*1, Rosana Ferraz\* “IMPACTO DEL CÁNCER EN LA DINÁMICA FAMILIAR”, 43

también está determinada por la forma en que su familia enfrente la enfermedad.”<sup>41</sup>

La aplicación de las diferentes estrategias terapéuticas disponibles para el cáncer, provoca una amplia gama de síntomas que afectan a quien padece la enfermedad y a la familia. Implica para ambos aislamiento social, deformación interna y externa de la imagen corporal, rechazo, sobreprotección, invalidez, pérdida del puesto laboral, redistribución de los recursos económicos y planificación con miras al futuro.

## **RELACION DE LA FAMILIA CON PACIENTE ONCOLOGICO**

Cuando las personas escuchan la palabra cáncer se sienten atemorizadas especialmente cuando algún familiar o amigo cercano se le ha diagnosticado esta grave enfermedad que desencadena problemas físicos, sociales, psicológicos que influyen en la adaptación de los pacientes y la calidad de vida. En estas circunstancias, se acrecienta la necesidad de apoyo social y familiar, que se constituye en uno de los recursos personales más importantes para sobrellevar el efecto de la enfermedad.

---

<sup>41</sup> MESQUITA M, MAGALHAES S, ALMEIDA, A M, CARVALHO F, MOTTA R, C. Comportamiento de la Familia frente al Diagnóstico del Cáncer de Mama. Rev. Electrónica semestral de enfermería. Mayo 2007.Nº10.ISSN 1695-6141. Recuperado de [http:// www.um.es](http://www.um.es). (Consultado en mayo/2009)



“El apoyo familiar es la acción fundamental en el enfermo de cáncer que se refiere a las demostraciones de amor, cariño y pertenencia a un grupo por parte de la familia. Implica poder hablar con alguien sobre las preocupaciones, molestias, además de sentimientos negativos que ocasiona la enfermedad; también ayuda a reducir el malestar emocional permitiendo mejorar las relaciones interpersonales. El apoyo familiar percibido entendido como la valoración cognitiva de estar conectado de manera fiable con otros, es decir, la percepción de que es amado y estimado por los demás, supone una acción que promueve la salud y alivia el impacto de las enfermedades crónicas.”<sup>42</sup>

Este ha demostrado ser más importante y tener más impacto sobre la salud y bienestar con el apoyo familiar que se recibe; ya que facilita al enfermo la integración social, fomenta el bienestar psicológico, disminuye la susceptibilidad a la enfermedad; promoviendo conductas saludables y favorece el grado de adaptación a un estímulo estresante como el cáncer

### **Aspectos de la relación**

“Durante la última década, la asociación entre la salud física y el grado de calidad en las relaciones sociales ha sido sistemáticamente documentada. Mientras la evidencia liga al aislamiento y la carencia de conexiones sociales al aumento de riesgo en la morbilidad y mortalidad, estas investigaciones

---

<sup>42</sup> Gómez L, Pérez M, & Vila J. (2001). Problemática actual del apoyo social y su relación con la salud. *Psicología Conductual*, 9, 5-38

presentan importantes dilemas referentes a qué tipo de mecanismos conectan las relaciones sociales y su influencia en los estados de salud. »<sup>43</sup>

“Se acepta que el sistema social puede ayudar a individuos a resistir los efectos psicológicos adversos de la severa tensión causada por la enfermedad y la necesidad de apoyo en promover una mejor recuperación física y mental. Inversamente, cuando tal apoyo no es disponible o retenido, la situación del paciente es visiblemente deteriorada. Pacientes con sentido vívido de la importancia de sus relaciones familiares y sociales experimentan menos trastornos mentales, mayor autoestima y un mayor sentido de la eficacia en su propia habilidad de funcionamiento.

Los datos sobre el ajuste y la supervivencia demuestran que gente casada de diferente edad y de ambos géneros se adapta mejor a la enfermedad crónica y tiene una calidad de vida más elevada que gente soltera o sin pareja.”<sup>44</sup>

“La participación de la familia generalmente hace ampliar los lazos de redes sociales más complejas, concibiéndose como baluarte contra el aislamiento social y relacionándose a una salud mental y física más elevada.

---

<sup>43</sup> Baider L (Instituto “Sharett” de Oncología y Radioterapia, Hospital Universitario Hadassah, Israel) *Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos*, Vol. 3, Nº 3

<sup>44</sup> Bloom, J y Kessler, L. (1994) . El apoyo emocional después del cáncer: Una prueba de la estigmatización y la hipótesis actividad social. *Revista de Salud y Comportamiento Social* , 35, 118-133

- Aunque la familia está formada por un grupo de personas vinculadas entre sí, las alianzas que se establecen a menudo se rompen y reforman. El impacto que genera la enfermedad puede ser un generador de cambio en estas relaciones.
- La identificación con el enfermo puede despertar signos de alarma familiares graves, con el desarrollo de somatizaciones, hipocondrías, etc.
- La etapa de desarrollo en la que se encuentra la familia. El grado de madurez familiar condiciona la capacidad de respuesta y atención.
- La experiencia frente a la capacidad de cuidar facilitará o condicionará la actitud en la atención que requiere el enfermo.
- El estilo de comunicación entre los miembros y los términos en que esta se da pueden ser generadores de confusión entre los componentes, con riesgo de incrementar los niveles de ansiedad de estos. En otras ocasiones, las familias organizan su comunicación a través de un pacto de silencio frente a la información hacia el enfermo con el objetivo de evitarle preocupaciones, pero no siempre los resultados son buenos.
- Diferentes actitudes, como la sobreprotección y los cambios de rol no pactados en el seno de la familia, pueden condicionar la capacidad de

autonomía de la persona enferma, ocasionándole sentimientos de descalificación o baja autoestima.”<sup>45</sup>

## **Capacidad emocional**

- “En términos generales, si una familia es emocionalmente inestable, existe más riesgo de descompensación del estado de ánimo del enfermo con cáncer y, como consecuencia, de que se produzca una inadecuada adaptación.
  
- Las defensas o mecanismos defensivos como procesos mentales protectores frente a la ansiedad, aun siendo muchas veces necesarios o útiles, pueden ser a la vez generadores de distorsiones en la relación entre los miembros de la familia y entre ésta y los diferentes profesionales que los atienden.
  
- La experiencia de procesos dolorosos y traumáticos puede incidir positiva o negativamente en la capacidad para afrontar y adaptarse a nuevas situaciones críticas. Lo mismo puede suceder en el caso de la inexperiencia.

---

<sup>45</sup> Ackerman, N, Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares. Psicodinamismo de la vida familiar, 9ª ed. Buenos Aires: Paidós 1988

- La frecuencia de historias o situaciones similares, especialmente si se han producido de una forma cercana en el tiempo, coloca a los familiares en situación de agotamiento y fragilidad emocional de cara a enfrentarse a nuevos acontecimientos.
  
- Durante un proceso prolongado y/o crónico, se podría producir una situación de agotamiento y/o sobrecarga que desencadenara una claudicación o pérdida de la capacidad del cuidador o cuidadores.
  
- El impacto que produce la enfermedad, a veces agravado por diagnósticos de evolución incierta, genera en la familia un estado de confusión o de parálisis que dificulta la posibilidad de garantizar las funciones emocionales básicas, que según Meltzer<sup>2</sup> son:
  - Generación de amor, sentimiento generado hacia el propio potencial interno y los vínculos familiares, nos da seguridad para afrontar los acontecimientos.
  - Fomento de esperanza que ayuda a desplegar vitalidad, movilizar recursos y expresar entereza frente al peligro.
  - Contención de sufrimiento que facilita la vivencia de la angustia en límites tolerables para poder vivir el proceso. Es una precondition para que los miembros dependientes puedan vivir de la experiencia.

- Las actitudes de desesperanza modifican o reducen la capacidad familiar para cuidar, ya que para ellos no tiene sentido mantener un estado de lucha.
  
- Los sentimientos de culpa y enemistad, conscientes o inconscientes, pueden desembocar en comportamientos de agresividad y hostilidad.
  
- Miedo a perder aspectos de calidad de vida llevada hasta ese momento, con los consiguientes estados de ánimo que pueden ir desde el estado más eufórico hasta la mayor depresión.
  
- Miedo a sufrir y a hacer sufrir a los demás. El sufrimiento está asociado en este caso al dolor o descontrol de síntomas, pero queda implícita la necesidad de evitar el sufrimiento intelectual.
  
- A menudo se intenta evitar mantener la esperanza y/o hacer planes de futuro como defensa para no caer en posibles sentimientos de fracaso.
  
- Miedo a la propia muerte, a su significado y al modo de morir. Una persona moribunda nos hace entrar en contacto con la propia muerte y nos recuerda la limitación de la propia vida, y rompe, así, el sentimiento de inmortalidad que frecuentemente tenemos.

- Miedo al sufrimiento físico y/o emocional. El sufrimiento físico comporta un sufrimiento emocional tanto de la persona que lo padece como de los que están a su alrededor. A menudo este sufrimiento puede paralizar ciertas iniciativas tanto del enfermo como de los familiares.”<sup>46</sup>

*La familia de los pacientes oncológicos del Hospital SOLCA, Loja, juega un papel fundamental para que la persona pueda afrontar la enfermedad que supone una dura prueba emocional. El cáncer impacta tanto físico como psicológicamente a la vida de la familia y de los pacientes oncológicos. Las respuestas que tienen acerca del tratamiento siempre van a variar, ya que no todas las personas reaccionan del mismo modo; por lo que depende de la personalidad de cada grupo familiar.*

*Las familias según se ha detectado por lo general no hablan del tema, evitan expresar emociones frente al paciente y solo las expresan con sus demás familiares, según comentan ellos es para evitar hacer sufrir o poner nervioso al paciente durante el tratamiento.*

*Para poder realizar una comparación entre la literatura y la realidad del hospital SOLCA, se podría decir que la relación de paciente-familia en pocos casos es buena, ya que ellos están pendientes de lo que necesite el paciente, están preparados para recibir noticias fuertes y poder apoyar psicológicamente a sus*

---

<sup>46</sup> Aguirre A, Institut Catala D` Oncología  
Modelo de trabajo social en la atención oncológica, Junio de 2004

*familiares, en este caso se notó que el paciente que esta junto a su familiar reacciona de una forma positiva al tratamiento, lo cual es indispensable para ellos.*

*Pero así mismo se podría hablar de otros casos, que en si es la mayoría, donde existe la escasa relación de paciente-familia, esto es debido a la falta de comunicación y capacidad emocional que tienen mutuamente para afrontar la enfermedad, sin dejar atrás el miedo que tienen los familiares al no saber cómo reaccionar frente al diagnóstico de cáncer, es por ello que algunos evitan relacionarse con el paciente para no verlo sufrir tanto físico como emocionalmente.*

*Pero lo que no perciben es que esto es algo negativo para el procedimiento, ya que si se puede notar esto es lo que más afecta al paciente durante el tratamiento, ya que el paciente para poder reaccionar de una forma positiva debe estar tranquilo y más que todo sentirse apoyado por la familia.*



## ABANDONO FAMILIAR

### Concepto

“Abandono de familia es el hecho delictivo que se realiza cuando una persona incumple los deberes inherentes a la patria potestad, tutela, o acogimiento familiar y la obligación de sustento a sus descendientes, ascendientes o cónyuge, que se encuentran necesitados, esto se halla regulado en una norma penal en blanco, es decir, que para conocer cuáles son los deberes concretos infringidos debemos remitirnos a las normas del Derecho civil reguladoras de estas instituciones”<sup>47</sup>

“El abandono de personas tiene como fundamento la protección de la vida y la integridad física de las personas.

Esto se concreta con la sola posibilidad de poner en peligro la vida o integridad física, sin necesidad que se produzca efectivamente, la producción del daño.

La forma de cometer este delito admite dos variables:

- a) Colocar a la víctima en situación de desamparo, impidiendo que obtenga los cuidados imprescindibles;

---

<sup>47</sup>Dr. Javier Muñoz Pereira. Recuperado de <http://www.iabogado.com/guia-legal/delitos-y-faltas/el-delito-de-abandono-de-familia-menores-o-incapaces>.

b) Abandonar a su suerte, dejando de asistir a la víctima sin los cuidados necesarios.

Para que se configure este delito “de peligro” se requiere un abandono peligroso, y capaz de repercutir en la vida o integridad física de la víctima. No basta, un simple abandono por negligencia o imprudencia, sino que requiere la voluntad de desinteresarse, conociendo el estado de vulnerabilidad en que se deja a la persona”.<sup>48</sup>

### **Causas del abandono familiar al paciente Oncológico**

Las principales causas son:

1) “La negación de la enfermedad por parte de la familia. Esto es muy frecuente sobre todo al principio. No se es consciente, en alguno de los miembros de la familia puede representar un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición, podría considerarse como una crisis dada la desorganización que se produce y que impacta en cada uno de sus miembros.”<sup>49</sup>

---

<sup>48</sup> García E, Muñoz J, González H. Recuperado de <http://iabogado.com/guia-legal/delitos-y-faltas/el-delito-de-abandono-de-familia-menores-o-incapaces>

<sup>49</sup> Fernández M. Universidad Nacional Autónoma de México  
“El impacto de la enfermedad en la familia” Vol. 47, No 006 (2004)

2) “Familias negligentes a menudo experimentan una variedad o una combinación de factores adversos.

3) Una gran incapacidad de los miembros de la familia para ofrecer una respuesta adecuada a las múltiples demandas y necesidades del paciente oncológico.

4) Los miembros del grupo familiar sufren un shock emocional agudo, que nos les permite afrontar adecuadamente el problema y se rinden ante la enfermedad, con el consiguiente sufrimiento para el paciente.

5) En ocasiones la causa del abandono familiar al paciente oncológico es por problemas de vinculación adecuada con el paciente.

6) Por la dificultad para mantener una comunicación positiva con el paciente, entre los miembros y con el equipo de cuidados.”<sup>50</sup>

7) Por la Situación Laboral.

“Las ausencias prolongadas en el trabajo derivadas de los frecuentes ingresos hospitalarios y revisiones, puede llevar en ocasiones a la pérdida del empleo. Por lo cual el familiar prefiere dejar solo a su paciente para no perder su trabajo y poder cubrir el aumento de gastos generados por los desplazamientos del lugar de residencia al hospital, la compra de medicinas o prótesis.

---

<sup>50</sup> Sin Nombre: Recuperado de <http://www.smeo.org.mx/pacientes/psicoon3.php>

Los conyugues también tienen necesidad de información y orientación acerca de los recursos y prestaciones existentes, tanto públicas como privadas, que les permitan paliar las necesidades a las que se enfrentan. Esta problemática aumenta cuando se ven obligados a trasladarse a otra Comunidad Autónoma para un tratamiento largo como puede ser un trasplante de médula.

En su mayoría, al ser el cáncer catalogado como una enfermedad catastrófica, el Gobierno por medio del MSP y en otros casos el IESS (en caso que sean afiliados) la enfermedad es completamente subsidiada y los servicios de salud que se brindan son gratuitos, pero en los casos emergentes y que requieren atención inmediata son atendidos particularmente hasta cumplir con los trámites para ingresar al Programa de Protección Social, generando gastos bastante elevados en su momento.<sup>51</sup>

### **Efectos del abandono familiar al paciente Oncológico**

“Las consecuencias del abandono son de verdad innumerables pues aparte de los problemas psicológicos que esto pueda causar a los enfermos también puede afectarlos en su comportamiento, física y espiritualmente.

---

<sup>51</sup> Nevárez L, Rocío R. Prevención del abandono del tratamiento oncológico de niños, niñas y adolescentes pacientes de Solca. Tesis previo a la obtención del título de: LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL. UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL CARRERA DE TRABAJO SOCIAL Y DESARROLLO HUMANO, pág. 59.

Ser abandonado hace que el paciente sienta que los otros no lo quieren, como resultado, es una serie de emociones negativas, como culpa resentimientos, ya que el individuo siente que por su estado se hace merecedor del abandono de su familia.

Ante esta situación la persona lucha por entender por qué es tratada así y la baja autoestima que se desarrolla consecuentemente de estos sentimientos dicta las relaciones que el enfermo tiene en su vida ya que puede ser difícil hacer amigos por miedo a que lo abandonen.<sup>52</sup>

Otro efecto que causa este abandono familiar son los problemas psicológicos, por lo que el paciente se viene a derrumbar interiormente, al no tener un apoyo familiar o amigo que este pendiente en su tratamiento, lo cual hace más difícil la recuperación rápida y total.

Así mismo trae efectos a los pacientes como Desgaste, Desánimo, Depresión.

*Procurar mejorar la calidad de vida en la fase crítica de los pacientes oncológicos debería ser, sin duda, el objetivo de los familiares de los internos.*

*El incumplimiento de las funciones familiares hacia los pacientes oncológicos se deriva de diferentes causas como; limitados recursos económicos ya sea*

---

<sup>52</sup> Simón F. Cómo nos afecta el abandono, Recuperado de <http://www.ehowenespanol.com>

*por los bajos ingresos o por el excesivo costo que implica el tratamiento, además del número de miembros disponibles para la ayuda en el seno de la familia, los vínculos entre ellos, a esto se suma la distancia, ya que hay que darnos cuenta que la mayoría de pacientes pertenecen a la provincia lo cual a sus familiares se les hace imposible o se les dificulta, por motivos de trabajo, y cuidado de sus demás familiares, estar pendiente de ellos.*

*Así mismo la inadecuada información que la familia tiene sobre la enfermedad originada por su desconocimiento o incertidumbre sobre cómo cuidar, apoyar, aconsejar, o hablar sobre sus preocupaciones, miedos, ver qué hacer, es otro motivo para que exista el abandono o despreocupación familiar.*

*Para que se disminuya el abandono familiar existente en el hospital Solca debería ser necesario concientizar en las familias la prioridad que debe tener el enfermo oncológico en el núcleo familiar, debido a que la evolución de la enfermedad, en los pacientes, exige otros tipos de cuidados tanto físicos como sociales muy complejos, los mismos que deben ser tratados adecuadamente, comprendiendo que el paciente ha sufrido alteraciones y condicionamientos en su existencia.*

*Es importante comprender que de la familia depende, que el paciente se recupere o tenga una muerte sin sufrimiento. Si este entorno que es el más próximo al paciente no toma conciencia de su vital función dentro de la*

*enfermedad, se propiciara que la calidad de vida del paciente sea la menos óptima para su supervivencia, la familia es el principal soporte del enfermo, el afecto que proporciona y la cantidad de tiempo que dedica son vitales tras el diagnóstico de cáncer, toda la familia tiene que hacer frente a una gran cantidad de decisiones, emociones y cambios en su forma habitual de vivir y convivir.*

## **TRABAJO SOCIAL Y ONCOLOGÍA**

### **Definición de Trabajo Social**

“El trabajo social se define según la Federación Internacional de Trabajadores Sociales y la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social (IASSW) como "La profesión de trabajo social que promueve el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas, y el fortalecimiento y la liberación del pueblo, para incrementar el bienestar. Mediante la utilización de teorías sobre comportamiento humano y los sistemas sociales, el trabajo social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno. Los principios de los Derechos Humanos y la Justicia Social son fundamentales para el Trabajo Social.

El trabajo social en sus distintas expresiones se dirige a las múltiples y complejas relaciones entre las personas y sus ambientes. Su misión es facilitar que todas las personas desarrollen plenamente sus potencialidades, enriquezcan sus vidas y prevengan las disfunciones. Por ello, los y las profesionales en trabajo social, se convierten en agentes de cambio en la sociedad y en la vida de las personas, familias y comunidades para las que



trabajan. El trabajo social es un sistema integrado y dinámico de valores, teoría y práctica interrelacionados.”<sup>53</sup>

### **Trabajo Social en el Área de Salud**

“Trabajo Social es un quehacer profesional de complemento y apoyo de las acciones del médico, a través de programas integrados y nunca de acciones aisladas.

Es el profesional integrante del equipo de salud que participa en los procesos de la atención y que aborda factores sociales involucrados en el proceso salud enfermedad como parte de la atención integral a la salud del individuo y su familia, siendo su función primordial la identificación de las carencias, necesidades, recursos, expectativas y conjuntamente con el derecho habiente aplica técnicas de intervención para promover el incremento, conservación, recuperación y rehabilitación de la salud.”<sup>54</sup>

“Dentro del campo del Trabajo Social, en relación con la salud, y en especial desde la práctica, se reproducen en parte las discusiones actuales acerca de los modelos de intervención en salud. Por un lado existe una pugna entre dos concepciones; una podríamos denominarla sectorial y a la otra integral. La primera, plantea su accionar especialmente o específicamente dentro del

---

<sup>53</sup> Boris Lima, epistemología del trabajo social

<sup>54</sup> “Funciones Y Protocolo de atención de Trabajo Social en el área de salud n. 6 SUCÚA – MORONA SANTIAGO 2012”. Recuperado de <http://es.slideshare.net>

campo de la salud, es decir, secundariza las problemáticas de tipo social o estructural que conforman desde nuestro punto de vista la totalidad de la cuestión sanitaria. La segunda, justamente, plantea lo opuesto, o sea, entiende a la salud como emergente de la cuestión social, tanto en las lecturas desde lo teórico como en la práctica. Así esta aproximación a lo social, atendiendo a la consulta; la aparición de la enfermedad o la expresión comunitaria de problemas de salud, como emergentes de una situación mucho más compleja, que debe ser estudiada, analizada y abordada de manera integral.

### **Los Niveles de Atención en Salud y la Intervención del Trabajo Social**

Desde sus orígenes el Trabajo Social se construye interviniendo en forma relevante dentro del campo de la salud. La inserción del Trabajo Social en este campo abarca Tres niveles de Atención.

#### **1er Nivel**

Se conoce tradicionalmente como primer nivel de atención aquel destinado a cumplir con las funciones de prevención y promoción de la salud. Estas actividades se llevan adelante en los denominados: Centros de Salud, Unidades Sanitarias, Centros Periféricos, Salas de Primeros Auxilios, Dispensarios, etc.

La Intervención del Trabajo Social generalmente se da dentro de equipos interdisciplinarios, en acciones de salud definidas, especialmente dentro de los “programas de salud materno infantil”, los mismos tienen como ejes principales el control del embarazo, parto y puerperio, el control del niño sano, asistencia alimentaria, vacunación , acciones de seguimiento de niños desnutridos, etc.

En la actualidad el impacto de la nueva cuestión social, muestra una serie de nuevas demandas que se expresan en el Primer Nivel de atención, las mismas son variadas y van desde la violencia urbana, las adicciones o los nuevos padecimientos sociales.

La intervención del Trabajo Social en este campo se lleva adelante a través de entrevistas, trabajos grupales y se singulariza en el trabajo comunitario.

## **2do Nivel**

Clásicamente se denomina segundo nivel de atención en salud a la asistencia en Hospitales Generales. Allí desde el Servicio Social, la Intervención del Trabajo Social se vincula con las problemáticas de pacientes internados o que concurren a consultar al hospital. En algunos servicios se trabaja dentro de programas específicos como: maternidad adolescente, infección por HIV, Tuberculosis, o desde los diferentes servicios que existen dentro de cada hospital.

En general se trata de articular la relación entre el segundo y el primer nivel de atención en lo que se denomina referencia y contra referencia, dentro de un área definida que generalmente es llamada Programática, coordinando con el Centro de Salud acciones de diversa índole como por ejemplo, la realización de estudios complementarios.

### **3er Nivel**

El tercer nivel de atención se ubica en Hospitales Especializados (por ejemplo: Hospital de Niños, Hospitales Psiquiátricos, de Quemado, de Ojos, etc.) donde la tarea del Servicio Social se relaciona con problemáticas de salud específicas.

Allí se determinan campos de Intervención donde el Trabajo Social se singulariza dentro de la misma obteniendo un alto nivel de especificidad.”<sup>55</sup>

### **Misión de Trabajo Social en las Unidades Médicas**

“Identificar e intervenir en los factores sociales que inciden en las condiciones de salud de la población a través de un proceso metodológico tendiente a propiciar que la población usuaria participe en el desarrollo de acciones de

---

<sup>55</sup> Tuomo Jaziel, “La Función del Trabajador Social en un Hospital”, Universidad Sentimientos de la Nación, México.

promoción, protección, conservación y recuperación de la salud basadas en sus necesidades.”<sup>56</sup>

**Las Funciones que cumple el trabajador social son:**

- “Gestionar ayudas en medicina, que no existan en farmacia, es para personas de bajos recursos económicos.
  
- Gestionar trasferencias y referencias a diferentes casa de salud.
  
- Orientación al paciente y a sus familiares en los problemas consecuentes a sus enfermedades con el fin de que asuman como agentes de prevención y recuperación.
  
- Visita a pacientes hospitalizados, para determinar necesidades del mismo.
  
- Proporcionar información a los familiares de los pacientes que se encuentren hospitalizados en el érela de urgencias.
  
- Atención al paciente con calidad y calidez.

---

<sup>56</sup> “Funciones Y Protocolo de atención de Trabajo Social en el área de salud n. 6 SUCÚA – MORONA SANTIAGO 2012”. Recuperado de <http://es.slideshare.net>

- Verificar el estado de salud del paciente para tener el control de quién se queda y quién es dado de alta.
  
- Revisar los ingresos.
  
- Detectar problemas socioeconómicos.
  
- Realizar estudios socioeconómicos cuando sea necesario.”<sup>57</sup>

## **ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA SALUD.**

“Desde que se inicia la implementación de la reforma de la salud y la consiguiente incorporación del modelo de atención integral a los establecimientos de salud y sus equipos, se abre un interesante ámbito para el despliegue del trabajo social.

El trabajador social y la trabajadora social en cuanto integrante de un equipo de salud tiene un rol fundamental a la hora de reforzar una mirada global, estructural y sistémica de la situación de salud y enfermedad de una persona, su familia y las comunidades. Esto significa aportar a una reflexión permanente en torno a las condiciones estructurales que generan pobreza, desigualdad y en consecuencia enfermedad; así como la consideración de todos aquellos factores protectores que contribuyen a garantizar la salud y una mejor calidad

---

<sup>57</sup> “Funciones Y Protocolo de atención de Trabajo Social en el área de salud n. 6 SUCÚA – MORONA SANTIAGO 2012”. Recuperado de <http://es.slideshare.net>

de vida de la población, desde este punto de vista el rol del trabajador social debe fortalecerse en su dimensión política ante el equipo de salud y especialmente ante la comunidad, con el fin de hacer a la ciudadanía coparticipe en la defensa de la salud y la dignidad de la vida como derecho humano fundamental.

El trabajador social y la trabajadora social tiene el rol fundamental a la hora de diseñar, organizar, ejecutar y evaluar acciones preventivo – promocionales para fortalecer la salud de las personas, sus familias y la comunidad. Así, su rol de planificador social se combina con el de educador para impulsar conjuntamente con la comunidad, nuevas condiciones de vida de las personas con las cuales se vincula en un determinado territorio.”<sup>58</sup>

### **Trabajo Social en Oncología**

“La especificidad del trabajo social en oncología dependerá del lugar donde se desarrolle la tarea. La incorporación del trabajador social a los diferentes campos de la medicina permite aportar a otras especialidades conocimientos y elementos adecuados para la mejora de la atención en general.

---

<sup>58</sup> Montesinos Ximena, “Rol del Trabajador Social en Chile”, Recuperado de <http://trabajadoressociales.bligoo.cl>.

Respecto a la Oncología, el trabajador social en el campo de la salud debe tener incorporados una serie de conocimientos básicos que le permitan intervenir de forma apropiada en cada caso.”<sup>59</sup>

“El trabajador social forma parte del equipo multidisciplinario en la atención del paciente con cáncer, que se ocupa de atender las necesidades de los pacientes oncológicos en el proceso salud-enfermedad identifica las redes familiares y sociales, utilizando los recursos disponibles.

El objetivo del trabajador social en oncología es brindar atención personalizada al paciente y / o familiar a través de información y orientación oportuna con calidad y calidez de los servicios con que cuenta el Centro Oncológico.

Así mismo el “Trabajo Social en el área de oncología juega un papel fundamental en el desarrollo socio-afectivo de los pacientes oncológicos y de su grupo familiar.

La incorporación del Trabajo Social a los diferentes campos de la medicina, permite aportar a otras especialidades conocimientos y elementos adecuados para mejorar la atención en general.

---

<sup>59</sup>Dr. Josep M. Borrás “Modelo de trabajo social en la atención oncológica, Junio de 2004”



Respecto a la Oncología, el trabajo social en el campo de la salud debe tener una serie de conocimientos básicos que le permitan intervenir de forma adecuada en cada caso.

Según el autor Borrás:

La incorporación del Trabajador Social a un servicio concreto facilita, tanto al personal asistencial como al propio Trabajador Social, profundizar en cada situación en forma precisa, ajustándose a la realidad y teniendo en cuenta las características específicas que compartan los diferentes tipos de enfermedad.

Dentro de las unidades médicas oncológicas el Trabajo social en conjunto con psicología entra a mediar entre las necesidades psicosociales, y las afecciones físicas generadas por la enfermedad en las personas que asisten a la unidad. Esta mediación se debe desarrollar por medio de estrategias coherentes diseñadas desde trabajo social a las diferentes realidades de los/las pacientes de la Unidad.”<sup>60</sup>

### **Proceso de Intervención Social con la Familia de Pacientes Oncológicos.**

“La intervención social con familias de pacientes oncológicos comienza una vez que el equipo médico del hospital de referencia ha comunicado el diagnóstico a los familiares del enfermo, tras haberse éste confirmado a razón de las pruebas realizadas.

---

<sup>60</sup> Dávila Jenny, “Impacto socio-afectivo en el entorno familiar de pacientes que padecen cáncer en el servicio de Oncología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, periodo 2010-2012” . Cap. III, Pág. 22.

La fuente que pone en contacto a la familia y al trabajador social es normalmente el equipo sanitario. Unas veces son los médicos oncólogos, otras los enfermeros, los trabajadores sociales de los hospitales, o cualquier otro profesional que participa en el proceso de intervención.

En el primer encuentro que se tiene con las familias se realiza lo que en Trabajo Social se denomina "entrevista de acogida". Ésta suele hacerse en los pasillos de los hospitales. A pesar de ello, los trabajadores sociales intentan siempre buscar aquel lugar menos transitado por personas y más propicio para conseguir una mayor intimidad. Algunas veces se logra y otras no.

En dicha entrevista se informa sobre las Asociaciones, es decir, quienes somos, qué hacemos, para qué y por qué; recogemos datos socio familiares de interés como son nombre y apellidos tanto del paciente como del resto de los miembros que componen el núcleo de convivencia, dirección, situación familiar; y se consigue información sobre el estado emocional de los padres, así como, sobre los problemas y necesidades familiares ya sean psicológicos, económicos, sanitarios, educacionales, laborales y sociales que manifiesten en esos instantes. Todo ello va a permitir obtener una primera valoración sobre la situación psicosocial de la familia.

Es esencial en ese primer contacto el abordar la entrevista con gran sutileza y delicadeza mostrándose siempre cordiales, abiertos y con una actitud de

escucha a las necesidades que vayan demandando los pacientes y familiares en cada momento.

Normalmente en este primer acercamiento los pacientes no tienen la capacidad psicológica de retener toda la información que se les da.

Es en las posteriores visitas hospitalarias cuando éstos comienzan a fijar mayor su atención sobre la información que el trabajador social facilita.

Dichas visitas permiten ir construyendo lazos sociales que se van forjando a través de la relación Familia-Trabajador Social-Asociación, en un ambiente de confidencialidad, respeto, comprensión y solidaridad. Además, son el instrumento que van a posibilitar desarrollar la labor de acompañamiento a las familias en todo el proceso de la enfermedad, detectando las necesidades y problemas que vayan surgiendo y desarrollando estrategias de intervención de cara a la resolución de los mismos.

En este proceso de intervención los trabajadores sociales articulan todos aquellos mecanismos necesarios para aplicar acciones que de manera eficiente aborden la problemática social del cáncer de forma integral. Para ello, es necesario estar en permanente contacto con todos los profesionales que participan en el proceso de tratamiento, intercambiando información, elaborando estrategias de trabajo, realizando evaluaciones conjuntas, etc.

La coordinación que se establece entre los diferentes técnicos se produce a diversos niveles. Es decir, en algunas ocasiones ésta sólo implica un intercambio de información necesaria para realizar una evaluación y seguimiento continuo del paciente y la familia. Y otras, comprende además la búsqueda de soluciones a los problemas y necesidades de cada familia oncológica promoviendo con ello todos los recursos humanos, técnicos, materiales y económicos precisos para dar un tratamiento global e integral.

Los trabajadores sociales son mediadores sociales que gestionan y promueven recursos, planifican líneas de actuación adecuando necesidades-recursos, fomentando la creación de redes de participación social, prestación de asistencia social, educando en la acción social y en la prevención de situaciones-problemas.”<sup>61</sup>

### **Actividades que realiza el Trabajador Social en el hospital Oncológico de Solca.**

- “Realiza estudios de clasificación socio-económica
- Participar en sesiones de discusión de casos clínicos.
- Realizar visitas domiciliarias.

---

<sup>61</sup> Mamani Ignacio, Recuperado de <http://www.monografias.com/trabajos64/sistema-familiar-salud-publica/>

- Atención personalizada al paciente y familiares.
- Redes de apoyo.
- Asesora, informa, educa a pacientes y familiares.
- Identifica pacientes vulnerables.<sup>62</sup>
- “Planificación, coordinación, supervisión, evaluación de los procesos y actividades que se desarrollan para una atención eficaz a los pacientes.
- Coordinación de actividades con voluntariado.
- Medicina Preventiva: Coordinación con instituciones y empresas para la realización de exámenes preventivos.
- Revisión de planillas, control de los exámenes de convenio con otras instituciones.
- Entrevistas, recepción de datos socioeconómicos, apertura de fichas sociales en el sistema.

---

<sup>62</sup> Lic. T.S. Griselda Cisneros Sánchez “El Rol del Trabajador Social en Hospitales de Especialidad”

- Elaborar Informes Sociales, para solicitar ayuda económica al Voluntariado de SOLCA u otras Instituciones.
- Coordinar turnos para exámenes y atención médica para pacientes, solicitados por las Unidades Oncológicas Provinciales.
- Elaborar el Informe mensual de Actividades.
- Registro y legalización para el ingreso a Hospitalización.
- Registro de fallecimiento.”<sup>63</sup>

### **Perfil de Trabajo Social para trabajar en Área Oncológica**

- Actitud de Servicio.
- Sentido de Solidaridad.
- Interés y facilidad para relacionarse con personas de distinta edad, sexo, condición o preparación.

---

<sup>63</sup> Hospital Oncológico SOLCA-QUITO Recuperado de <http://www.solcaquito.org.ec>

- Capacidad de observación sistemática.
- Facilidad para comunicarse verbal y escrita.
- Responsabilidad.
- Empatía.

*Dentro del Hospital SOLCA, existe una trabajadora social la cual también contribuye al mejoramiento del desempeño social mediante el logro de cambios en el ambiente por medio de gestión social a nivel comunitario o local, ella realiza varias funciones en la institución, a pesar de que algunas no son de su especialidad.*

*La intervención realizada por parte de la trabajadora social está dirigida a niños, niñas, adolescentes, a personas adultas y adultos mayores que conviven con cáncer, 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 que se diagnostica a una persona con esta patología las principales orientaciones que debe realizar son acerca de los diferentes tipos de procedimientos, tratamientos, trámites que deben realizar para acceder a la atención.*

*Algunas de las funciones que cumple son las siguientes:*

- *Informar los requisitos para ingresar o entrar a un convenio.*
- *Realizar el trámite para convenios con:*
  - Hospital Isidro Ayora*
  - IESS*
  - ISSFA*
  - ISSPOL*
  - Red Pública Salud Integral*
  - M.S.P*
- *Realizar visitas domiciliarias, aunque no son muy constantes, ya que ahora en el hospital no se dan la exoneración de pago de quimioterapias por tal razón ya no se necesita de fichas socioeconómicas, ella realiza más trámites internos de la institución.*
- *Trámite para la posada solidaria.*
- *Redes de apoyo.*
- *Asesora, informa, a pacientes y familiares, sobre las intervenciones que van a realizarse.*
- *Coordinar turnos para exámenes y atención médica para pacientes.*

*Estas son algunas de las funciones que complementan y fortalecen la labor del trabajo social en la institución, permitiendo que su labor genere más impacto y mejoras en el bienestar de las personas; puesto que la principal angustia de*



*estas personas a parte de padecer esta enfermedad, es la desorientación y desinformación a las cual se enfrentan cuando deben realizar trámites institucionales.*

*Es importante señalar que al momento de involucrarse al hospital se decidió trabajar con el departamento de trabajo social, en donde se realizaron actividades como acompañamientos a realizarse exámenes médicos, acompañamiento a las instalaciones de la posada solidaria, así mismo participación en las diferentes actividades que realizaban los pacientes y familiares como bingos y rifas, para obtener ingresos económicos para su tratamiento.*

## **e. MATERIALES Y MÉTODOS**

### **Metodología del Autodesarrollo Comunitario:**

En la presente investigación se propuso un modelo de intervención sustentada en la Metodología del Autodesarrollo Comunitario, para que a través de la reflexión individual y grupal, los miembros familiares colaboren y se impliquen de forma directa en el tratamiento del paciente.

“La metodología del autodesarrollo comunitario privilegia el paradigma investigación-acción-participativa para la transformación de la realidad. Centra su mirada científica en el análisis de las necesidades, malestares y demandas de la comunidad, como protagonista de los cambios históricos-sociales a realizar y de su autodesarrollo. Busca la emancipación de la población en tanto la investigación, el aprendizaje y la transformación de los procesos sociales se realizan mediante la participación comunitaria en la construcción de los saberes y en la solución de los problemas cotidianos. Vincula la actividad científica con la modificación de la realidad a través de la acción conjunta entre el profesional y la población.

Esta perspectiva investigativa enfatiza en los métodos cualitativos de análisis, a través de los cuales se reflexiona y se construye la realidad de las personas implicadas en el proceso de transformación sin recurrir a procesamientos

estadísticos. Se trata de extraer el sentido de las acciones humanas y de la vida social, en correspondencia con el problema de investigación.

Desde esta óptica la realidad social se asume de forma dinámica, diversa, multicausal, en calidad de proceso y centrada en el individuo. Pretende interpretar y comprender los fenómenos conductuales y sociales a partir del análisis de la subjetividad individual y comunitaria, condicionada por el contexto en que se recoge la información”<sup>64</sup>.

La metodología del autodesarrollo comunitario propone cinco etapas en el proceso de intervención, a través de las cuales se reflejan los principios del autodesarrollo las cuales son las siguientes:

## **1 ETAPA**

### **INTERCAMBIO INICIAL CON EL SUJETO DEMANADANTE O NECESITADO DE LA ACCIÓN PROFESIONAL.**

Persigue la explicación de la demanda entre el equipo profesional y las personas demandantes de la intervención comunitaria y acordar el plan inicial de acción.

---

<sup>64</sup> Rerez A, Rivero R, Romero E, Riera C, “EL AUTODESARROLLO COMUNITARIO”, Criticas a la Mediaciones sociales recurrentes para la emancipación humana, Cap. I, Pág. 29.

Es esta etapa es clave lograr una adecuada comunicación profesional-demandante, lo que implica que fluyan los mensajes claros, se legalice los conflictos y comience un proceso de elaboración de frustraciones.

## **2 ETAPA**

### **EXPLORACIÓN DE ESCENARIO Y FORMULACION DEL PREDIAGNOSTICO**

Pretende analizar los datos empíricos relacionados con la problemática de los sujetos implicados, obtenidos mediante la aplicación de los diferentes instrumentos y confrontarlos con los referentes teóricos de partida para construir los indicadores teóricos, a partir de los cuales se elabora la matriz para el diagnóstico participativo y se organiza la propuesta metodológica de intervención.

## **3 ETAPA**

### **PROCESO EN EL DIAGNÓSTICO Y BUSCA DE SOLUCIONES.**

Como su nombre lo indica, los objetivos fundamentales de la misma son realizar el diagnóstico de la problemática a resolver por el demandante y facilitar el proceso corrector. Ello ocurre al unísono a través de diferentes vías, pero especialmente, a través de los espacios grupales de reflexión,

El grupo formativo ofrece la posibilidad de que la población participante por sí mismo identifique las contradicciones que constituyen causas de sus malestares, y constituya alternativas que promuevan desarrollo. En el proceso grupal ello se expresa en la elaboración por los sujetos participantes de proyectos de vida que contienen en sí la realización de potencialidades.

#### **4 ETAPA**

##### **EVALUACIÓN**

Tiene dos dimensiones: la evaluación de la eficacia, donde se analiza el cumplimiento de los objetivos propuestos por el programa; y la evaluación de impacto realizada a largo plazo, en la que se valora la transformación real del objeto de investigación.

#### **5 ETAPA**

##### **SISTEMATIZACIÓN**

Persigue la profundización y valoración crítica sobre el proceso de intervención, desde la acción profesional, los métodos utilizados, hasta los resultados obtenidos, con el fin de perfeccionar los referentes teóricos y metodológicos empleados.

En la aplicación de la metodología del autodesarrollo comunitario, dentro del desarrollo de la investigación, **se basó únicamente en las primeras tres etapas** para recabar información relacionada con la problemática “El Abandono Familiar de los Pacientes Oncológicos en el Hospital SOLCA, Loja”

En el proceso de intervención también se utilizaron los siguientes métodos de investigación científica:

**Nivel teórico:**

- Método bibliográfico: El cual permito obtener la información necesaria acerca de la problemática a estudiar, y facilito el entendimiento de la misma.
- Analítico-sintético: se empleó para el análisis de la bibliografía y para realizar la síntesis de toda la información.

**Del nivel empírico:**

- Entrevistas en profundidad a la trabajadora social, y profesionales de la institución, para profundizar en los elementos del diagnóstico que tiene la institución sobre la problemática objeto de estudio. **(ver anexo 4 y 6)**
- Entrevista a familiares y pacientes oncológicos para constatar la visión de ellos acerca de su situación familiar **(ver anexo 5)**

- Encuestas a pacientes oncológicos y familiares para conocer de una manera empírica el problema y así con esto poder realizar el respectivo análisis **(ver anexo 8 y 9)**
- La triangulación: cruzar información obtenida a través de los diferentes métodos aplicados para determinar regularidades del diagnóstico grupal e institucional.

Así mismo al basarnos únicamente en las primeras tres etapas de la metodología del autodesarrollo comunitario, para recabar información relacionada con la problemática, se utilizaron materiales como:

#### **Materiales de Escritorio**

- Hojas
- Esferográficos
- Marcadores
- Lápices
- Borradores
- Tinta
- Tarjetas de Apoyo

#### **Materiales de Almacenamiento Informático**

- Celular

- Computadora Portátil
- Cd.
- Flash Memory.

### **Materiales Bibliográficos**

- Libros
- Trabajos similares
- Enciclopedias
- Diccionarios
- Páginas web de bibliotecas virtuales

Así mismo se utilizaron técnicas e instrumentos en cada etapa, como se detalla a continuación:

### **Primera Etapa:**

- Observación a pacientes y familiares
- Dialogo con pacientes oncológicos
- Matriz de observación

### **Segunda Etapa:**

- Entrevistas individuales a pacientes oncológicos
- Entrevistas individuales a profesionales de la institución.
- Entrevistas grupales a pacientes y familiares



- Encuestas a pacientes oncológicos del hospital SOLCA y sus familiares
- Fotografías
- Cuestionario, el cual permitió realizar las encuestas a los diferentes grupos.
- Grabaciones

### **Tercera Etapa:**

- Lluvia de ideas
- Fotografías

## **POBLACIÓN A INVESTIGAR**

### **Universo:**

El universo fueron los pacientes Oncológicos y sus Familiares que asisten al hospital de Solca Loja, del periodo de Diciembre a Febrero 2014-2015

Trabajadora Social de la Institución, y Médicos de la institución

### **Muestra.**

La muestra consistió de 40 Pacientes Oncológicos del hospital Solca, Loja, y aunque se quería encuestar a 1 familiar por cada uno de los 40 pacientes oncológicos, no se logró debido a los diferentes obstáculos que hubieron, por lo cual la muestra de familiares fue de 33 personas.

La Trabajadora Social de la institución y 3 Médicos de la Institución.

## f. RESULTADOS

### PROCESO DE INTERVENCION A PARTIR DE LA METODOLOGIA DEL AUTODESARROLLO COMUNITARIO

#### **Primera etapa: Intercambio inicial con el sujeto demandante de la acción profesional**

Esta investigación surge a partir de la necesidad de querer lograr la participación activa de los familiares de los pacientes oncológicos en el proceso del tratamiento de la enfermedad. De acuerdo a las normas de la institución en la primera visita al hospital SOLCA, se logró **dialogar** con el director de la institución para lograr el permiso necesario para obtener información de la investigación.

Para lograr obtener datos que aporten al desarrollo de la investigación dentro del Hospital SOLCA, se utilizó como técnica la **observación (ver anexo 3)** en donde se pudo obtener datos que sirvieron para saber cómo es la calidad de vida del paciente oncológico dentro de la institución, aquí se logró observar los diferentes servicios que existe dentro del hospital, y la existencia de programas y grupos que ayudan al paciente a sobrellevar su enfermedad, mediante charlas, apoyo psicológico, religioso, etc. Así mismo se observó que la mayoría de pacientes no tiene el apoyo de su familia, por motivos de trabajo o de

tiempo, el cual es necesario para su recuperación, la familia debe estar pendiente del paciente ya sea para darle apoyo, para cuidar de él, hasta para comprar medicina que le falta, etc.

En el acercamiento con la trabajadora social se logró un **diálogo** directo, la cual comentaba los principales problemas que se daban en los pacientes del hospital oncológico, como son el Abandono Familiar hacia los pacientes, que es producido por varias causas una de ellas por la despreocupación de sus familiares, así mismo la falta de centros de Apoyo de motivación, a causa del desinterés que tiene la sociedad y grupos políticos hacia la estabilidad emocional de ellos, la escasez de recursos económico por motivo que vienen de familias campesinas y por un trabajo mal remunerado, estos son los problemas más sobresaliente que existen en los pacientes oncológicos, tales que sirvieron para tener una idea acerca del tema a investigar, así mismo explicaba la importancia que tiene el trabajador social dentro de la institución y como este debe trabajar conjuntamente con los pacientes, familiares y médicos de la institución para obtener buenos resultados y de igual forma poder contribuir con la recuperación emocional del paciente con cáncer. **(Ver anexo 4)**

Al momento de establecer un **diálogo con el paciente oncológico (ver anexo 11)**, se evidencio que la actitud que asumen es de temor frente al desconocimiento del diagnóstico que les van a proporcionar después de recibir

la quimioterapia, los pacientes comentan que les falta apoyo de un grupo de ayuda que se encarguen de los aspecto psicológico y emocional de ellos y que este frente a su recuperación, ya que la mayoría de familiares los abandonan por causa del trabajo fuera de la provincia o por otras ocupaciones existentes en ellos.

Así mismo explican de cómo les afecta el no tener a un familiar cerca de ellos apoyándolos, ya que esto dicen ser indispensable para su recuperación, ya que al no tener a lado alguien que los cuide suelen deprimirse, al no sentirse querido y al mismo tiempo rechazados por su familia, comentan no entender por qué esta situación que están atravesando por el momento.

### **Valoración de la Etapa.**

I. En esta etapa se logró conocer los primeros detalles acerca de la problemática a investigar, se utilizaron diferentes técnicas e instrumentos como la entrevista a la trabajadora social y pacientes oncológicos y observación a pacientes y familiares.

II. Se notó la existencia de problemas familiares y bajo autoestima de los pacientes, lo cual no les permite tener una recuperación adecuada ni corresponder correctamente al tratamiento.

III. Al observar la relación del paciente con su familia, se evidencio que la mayoría de pacientes no tiene el apoyo de su familia, por motivo tiempo, el cual es necesario para su recuperación. En esta etapa se logró el dialogo individual con los pacientes oncológicos en donde se evidencio que en algunos casos el problema del apoyo familiar no viene desde que se detectó la enfermedad sino ya es desde tiempo atrás, ya sea por problemas familiares, mala comunicación, etc.

### **Segunda Etapa: Exploración del escenario y formulación del pre diagnóstico**

El objetivo central de esta etapa de trabajo es captar datos empíricos relacionados con la problemática del demandante y para de esta forma contar con los elementos que permitan organizar y planificar los pasos o etapas posteriores de la intervención, para cumplir esta etapa se aplicó la **entrevista y encuesta a los pacientes oncológicos** y familiares, los cuales fueron escogidos al azar. Tomando en cuenta a los pacientes oncológicos ambulatorios y pacientes oncológicos de planta.

Así mismo se realizó la **entrevista a la trabajadora social y médicos** de la institución, (**ver anexo 6**), con el fin de conocer la percepción que ellos tiene acerca de la existencia del abandono familiar, en donde comentaban lo siguiente:

- “La familia es indispensable para el paciente ya sea para que este pendiente de él porque en el hospital hay ocasiones que no hay medicamentos entonces debe haber un familiar que este al pendiente de ir a comprar”.
- “Hay pacientitos que los dejan, claro no son muchos, pero los dejan solos no vienen a verlos en mayor parte, aunque en otros caso son pocas las familias que están al pendientes.”
- “En realidad son múltiples factores no, dependiendo del afecto social, afectivo que reciben, habrán pacientes que sienten el apoyo de su familia otros serán abandonados este es el caso cuando los esposos abandonan cuando se enteran que sus parejas tienen un cáncer de mama.”
- “Podemos hablar que hay una aparte deshumanizada de los que abandonan, En los casos de niños se nota que en el tratamiento esta papá o mamá pero hay un determinado tiempo que solo esta mamá porque el padre abandona la responsabilidad por diversas razones, aparentemente por trabajo pero la verdad es que huyen de la responsabilidad.”

- “Bueno en este caso si hay que acotar algunas cosas, yo desde el tiempo que llevo aquí he podido observar que los pacientes vienen siempre con mayor frecuencia solos, la mayor parte no vienen con sus familiares y es muy importante el acompañamiento de sus familiares porque son pacientes que reciben su quimioterapia su tratamiento y son un poco descompensados por eso requieren del apoyo de un familiar.”

De acuerdo a todos los datos obtenidos por los doctores de la institución, se notó que los pacientes oncológicos en su mayoría sufren de abandono familiar, el cual les impide tener una recuperación apropiada, ya que el paciente para su recuperación no solo necesita de medicina sino también necesita sentirse querido y apoyado en estos momentos difíciles de su vida.

Es importante señalar que al momento de querer obtener estadísticas relacionadas con la problemática a investigar que es el abandono familiar hacia los pacientes oncológicos, existentes en el hospital SOLCA, fue imposible conseguir dichos datos, al no contar con la ayuda del personal, ya que por remodelaciones del nuevo hospital la biblioteca ha sido clausurada y por tal motivo comentan no tener a disposición tales libros que ayuden a nuestro trabajo.

Es por tal razón que al no poder contar con los datos estadísticos, se tomó como alternativa la aplicación de una **encuesta** piloto a pacientes y familiares

que permita conocer un poco más, acerca de la problemática, de cómo los pacientes lo toman y poder afirmar la existencia de abandono familiar, para lo cual se basó en instrumentos como fotografías y grabaciones para evidencia de la actividad realizada. **(Ver anexo 13)**

En cuanto a la aplicación de la encuesta y **entrevista individuales y grupales**, lo que se pudo obtener según el punto de vista de los pacientes oncológicos y familiares fue lo siguiente **(ver anexo 8 y 9)**

- La mayoría de los pacientes son de la provincia de Loja y de la provincia de Zamora Chinchipe, y su edad está comprendida entre los 56 a 70 años, lo que nos demuestra que los adultos mayores, son lo que aquejan más de estas enfermedades y son los que necesitan del apoyo de su familia para su futura recuperación
- Los pacientes indicaban que en su mayoría viven con su conyugue, y sus primeros temores al saber de la enfermedad fue: la perdida de la vida, y a ser abandonado: "...me daba miedo a que por mi enfermedad pueda morir y dejar solo a mi familia...", "...mi familia al saber que padecía de cáncer me iban a dejar solo, iba a ser un problema para ellos...", "no quería que se entere mis hijos, ellos pasan lejos y no van a poder venirme a ver tan seguido, van a tener muchas



preocupaciones...”, esto fue algunos comentarios que nos daban los pacientes.

- Dentro de los efectos que ha provocado la enfermedad en su vida cotidiana ha sido la depresión y problemas familiares. En cuanto a los efectos familiares que ha provocado la enfermedad, las contestaciones fueron las siguientes: separación, despreocupaciones y el abandono familiar, por el hecho de que su familia pasa lejos y por cuestiones de trabajo o estar pendiente de sus otros miembros de la familia no pueden venir a estar es el proceso de recuperación lo cual es indispensable en ellos, así mismo en otros casos es por la falta de interés hacia los mismos.
- Al entrevistar grupalmente a los pacientes y los familiares, hubieron contradicciones entre ellos, ya que los familiares comentaban “yo no vengo a verla más seguido a mi mamá porque paso ocupada con mis hijos, es más tengo a mi responsabilidad un niño con quien trabajo y no tengo con quien dejarlo...” mientras la paciente decía “ella lo puede venir en las tardes a la hora de visita y dejar el niño con mi nietita mayor, pero siempre ponen pretextos para no venirme a ver no sé si será por lástima o porque nunca me han querido...”.

- En otras entrevistas grupales, lo que se evidencio es que los familiares y los pacientes tiene una buena relación aunque no pase constantemente al pendiente de ellos, el paciente entiende que por trabajo u otras situaciones no le permite que valla constantemente. Pero igual le está agradecido que se preocupe por él.

Es así que en varios casos los pacientes se excusan de que su familia no los acompaña por vivir lejos, por cuestiones de trabajo o estar pendiente de sus otros miembros de la familia, en otros casos por la falta de interés hacia ellos, y por problemas familiares, pero esto no es lo que piensan los doctores ya que ellos al estar todo los días interactuando con los pacientes dicen darse cuenta que el abandono es constante, en donde no debería existir una excusa para que no estén pendiente de ellos, ya que es indispensable que el familiar este en apoyo constante con el paciente para su mejor recuperación tanto física como psicológica.

- Y de acuerdo a comprometerse a seguir colaborando en la recuperación del paciente oncológico el 100% de familiares estuvieron de acuerdo y comentan que su apoyo va hacer de forma psicológica, económica, moral o en lo que el paciente necesite, el objetivo es que su recuperación mejore y valla adquiriendo las fuerzas que ha perdido por la enfermedad.

A partir de los datos iniciales obtenidos y teniendo como base los referentes teóricos analizados se plantea como Indicadores Teóricos de la Investigación lo siguiente:

- El paciente oncológico es aquel que, debido a su patología, se encuentra en un plan de tratamiento y rehabilitación en función de la naturaleza y localización de la lesión, pudiendo consistir en cirugía oncológica, radioterapia, quimioterapia o una combinación de ellos. Las diversas reacciones emocionales depresivas y ansiosas acusan grados de intensidad y duración diferentes en cada paciente.
- El diagnóstico de cáncer, ocasiona un impacto en la familia y la red social del paciente, que implica reacciones que van desde lo biológico hasta lo comunitario y económico. Estas reacciones son determinantes en la forma de afrontar la familia el proceso de enfermedad de uno de sus miembros, llevando a un nuevo equilibrio familiar o a la disolución de la misma
- El apoyo familiar es la acción fundamental en el enfermo de cáncer que se refiere a las demostraciones de amor, cariño. Implica que el paciente pueda hablar con alguien sobre las preocupaciones, molestias, además de sentimientos negativos que ocasiona la enfermedad; también ayuda a

reducir el malestar emocional permitiendo mejorar las relaciones interpersonales

- Las principales causas del abandono familiar son: La negación de la enfermedad. Esto es muy frecuente sobre todo al principio. No se es consciente, en alguno de los miembros de la familia puede representar un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición, podría considerarse como una crisis dada la desorganización que se produce y que impacta en cada uno de sus miembros. Y Por el trabajo derivado de los frecuentes ingresos hospitalarios y revisiones

Todos estos resultados obtenidos permitieron elaborar la **Matriz para el Diagnóstico Participativo: (ver anexo 10)**

**Problemas:** Los pacientes oncológicos investigados tienen una serie de dificultades personales y familiares entre los que sobresalen: baja autoestima, temor a n recuperarse, la falta de interés de la familia hacia ellos, el abandonos familiar que es producido por diversos factores.

**Prioridades:** El abandono familiar del que están siendo víctimas los pacientes oncológicos, constituye la prioridad en este caso por el daño psicológico que está provocando en ellos y el retraso en el proceso de recuperación.

**Factores condicionantes:** Entre ellos se destacan la falta de cooperación de la familia, la negación de la familia al reconocer el abandono hacia el paciente, las condiciones de vida.

**Posibles acciones:** Se realizará una sesión de intervención que permita realizar una propuesta de acción para fortalecer la participación de la familia en el proceso de recuperación de los pacientes oncológicos, y de esta manera evitar el abandono familiar de los mismos.

#### **VALORACION DE LA ETAPA:**

I. En esta etapa se evidencio la aceptación de los pacientes oncológicos en cuanto a la existencia del abandono familiar, aunque excusan a sus familiares diciendo (“... es por cuestiones de trabajo que no pueden estar conmigo”, “...tienen sus hijos que atender y quehaceres en la casa..”, “...viven lejos y no tienen dinero para venir a estarse tantos días conmigo..”)

II. Según lo que se demostró en esta etapa los pacientes oncológicos dentro del hospital SOLCA, en su gran parte son personas casadas que deberían tener el apoyo de su conyugue y familia en su proceso de recuperación, son pacientes que vienen de la provincia en varias ocasiones dejando atrás su familia, trabajo y con dificultades para su traslado al hospital, es así mismo que por su situación económica u ocupaciones sus familiares manifiestan que no

les permite estar cerca de ellos, aunque como comentaba el psicólogo de la institución “Que existe una aparte deshumanizada de los que abandonan, excusándose en que porque son de la provincia o por motivos de trabajo no pueden estar pendientes de los pacientes, pero solo es una manera de escapar de la responsabilidad o realidad.

III. En algunos casos de los familiares entrevistados afirman el abandono familiar por parte de sus demás miembros, y están conscientes que esto debería cambiar que se debería realizar alguna actividad para que los demás miembros se den cuenta del daño que hacen a los pacientes.

### **Tercera Etapa: Proceso de Diagnóstico y Búsqueda de Soluciones.**

Teniendo en cuenta los resultados del pre diagnóstico, se realizó una convocatoria inicial con el grupo de pacientes oncológicos que conformo el 50% de la muestra que tuvo como objetivo el **diseño de la propuesta de acción**, que va a beneficio de los pacientes oncológicos y sus familiares. **(Ver anexo 14)**

El debate giro alrededor de los mismos planteamientos temáticos expuestos en la matriz. Se dio a conocer el resultado del trabajo de campo realizado en días anteriores y se decidió trabajar en una sesión con los familiares de los mismos, con el fin de lograr tomar ideas para realizar un cronograma de actividades

expuesto en la propuesta de acción. Se logró una buena cooperación y participación, aunque no estuvieron todos los pacientes convocados, en las reflexiones sobre el tema.

**ANALISIS DE LAS SESIONES DE GRUPO FORMATIVO:** (para la mejor comprensión del proceso de intervención se pueden ver los **anexos 1,2, 12,13**)

- **Sesión N° 1 (reunión con los pacientes oncológicos)**

**Objetivo:**

Reflexionar acerca del trabajo de campo realizado

**Análisis temático o descriptivo:**

En el momento de la presentación , los pacientes que asistieron a la reunión dijeron su nombre sus años y su lugar de residencia, en esta sesión se hablo acerca de los resultado obtenidos en el trabajo de campo, se explicó que el problema que hemos detectado ha sido el abandono familiar y que por tal motivo los hemos reunido para que con ayuda de ellos lograr establecer actividades que logren fortalecer la participación de la familia en el acompañamiento del diagnóstico, tratamiento y recuperación de los mismos.

Ellos supieron manifestar que la existencia del problema mencionado es constante en algunos casos, y que ellos quisieran que se erradique esa

situación, por lo cual nos mostraron presto ayudar en lo que necesitemos

Dentro de esta reunión se hizo una lluvia de ideas en donde manifestaron las razones del porque se da el abandono hacia ellos los cuales contestaron lo siguiente: "... a veces nuestros familiares no están con nosotros por trabajo...", "...mi hijos no me vienen a ver porque pasan lejos de aquí...", "como ya me hospedo en la posada solidaria, no hay necesidad de que me vengan a cuidar...", etc.

Aunque no todos estaban de acuerdo con estas repuestas se dio un debate en donde algunos pacientes explicaban que es necesario que este un familiar a lado de ellos, porque ellos necesitan sentirse protegidos, queridos, cuidados, que no es lo mismo un cuidado de un familiar a un cuidado de una enfermera, y que no existe ninguna excusa para que no vengan a verlos por lo menos una vez en lo que dure el tratamiento.

Luego de haber escuchado y participado en las ideas expuestas por ellos acerca de la problemática, se comenzó a realizar idea acerca de actividades que beneficien para que exista una mejor participación familiar, en donde dieron ideas como: charlas psicológicas a paciente y familiar, charlas psicológica solo a familiares, programa que una a la



familia y al paciente, visitas domiciliaria por parte de la trabajadora social para que concientice a sus familiares.

Todo esto fue lo que dio una idea para comenzar a plantear la propuesta de acción que se va a diseñar en beneficio de la recuperación del paciente oncológico (**ver anexo 13**)

### **Análisis dinámico o interpretativo:**

***Pertenencia:*** No asistieron los 17 pacientes convocados para la reunión, por lo cual se tuvo que trabajar solo con 10 de los pacientes que reciben quimioterapia ambulatoria. En el transcurso de la misma todo fluyo con tranquilidad y como se esperaba ya que todos estuvieron prestos a colaborar con ideas y dar sus opiniones acerca de la problemática existente.

***Pertinencia:*** Existieron algunos inconvenientes al momento de no poder realizar una dinámica por cuestiones de movilización de los pacientes. Así mismo se tuvo que realizar una reunión rápida ya que los pacientes no permitieron estar mucho tiempo ocupados en esta actividad. Aunque en la realización estuvieron cooperando en todo y apoyando con ideas indispensables.

**Cooperación:** En la reunión realizada hubo cooperación por parte de todos al momento de dar ideas, como se lo mencionaba anteriormente.

**Comunicación:** En esta actividad todo se efectuó con tranquilidad, aunque en ocasiones había que no todos se ponían de acuerdo para hablar de uno en uno, pero aun así las opiniones y comentarios eran claros y se podían entender.

**Telé:** Consiste en la capacidad o disposición que cada uno de nosotros tiene para trabajar con otros, tele positiva y tele negativa, que van a dar las cuestiones y el clima afectivo. Entre los miembros del grupo se estableció una buena relación entre todos, no hubo malas energías lo que permitió trabajar correctamente.

**Aprendizaje:** Existió reflexión acerca de lo analizado según los resultados del trabajo de campo, lo cual sirvió para que exista un conocimiento más claro de lo que piensan acerca de la relación con su familia.

- **Sesión N° 2 (reunión con los familiares de los pacientes)**

**Objetivo:**

Fortalecer la participación de la familia en el acompañamiento del diagnóstico, tratamiento y recuperación de los pacientes oncológicos.

**Análisis temático o descriptivo:**

En el momento de la presentación, los familiares de los pacientes que asistieron a la reunión dijeron su nombre sus años, en esta sesión se habló acerca de los resultados obtenidos en el trabajo de campo, se explicó que el problema que hemos detectado ha sido el abandono familiar y que por tal motivo los hemos reunido para dialogar hacer de la participación en el proceso de recuperación de los pacientes oncológicos y con ayuda de ellos lograr establecer actividades que logren fortalecer la participación de la familia en el acompañamiento del diagnóstico, tratamiento y recuperación de los mismos.

Durante esta reunión se estuvo previsto la cooperación del psicólogo para realizar una charla acerca de los valores afectivos en las familias, lo cual no se pudo impartir por inconvenientes laborales, por lo tanto se tuvo que trabajar solo con las familiares y la investigadora, que tuvo como resultado crear conciencia acerca de los valores familiares que se han perdido en el transcurso del tratamiento oncológico y establecer compromisos para ser responsables, recuperar el cariño y la atención del paciente oncológico.

Se logró así mismo establecer una conversación en donde los familiares manifestaban la razón de su descuido hacia el paciente, nos explicaban

que no es intencional sino que por las actividades que realizan es imposible estar pendiente del paciente.

También comentaban algunas personas que tiene otros familiares que no les importa el bienestar del paciente: "...mi hermana pasa desocupada no trabaja y ni así viene a verlo a mi papa...", "...mi familia se descuidó de mi mamá desde el momento en que se enteraron de la enfermedad, solo yo estoy viendo por ella aunque a veces no puedo venir por las ocupaciones en mi hogar...".

Después de dar un debate acerca de la temática se logró utilizar la lluvia de ideas para obtener propuesta de actividades que se puedan lograr para fortalecer la participación y unión de la familia con el paciente oncológico, la cual fue excelente ya que todos aportaron y se realizó un trabajo adecuado.

#### **Análisis dinámico o interpretativo:**

***Pertenencia:*** No asistieron los familiares convocados para la reunión, con lo que se tuvo que trabajar con siete personas. En el transcurso de la misma todo fluyó con tranquilidad, aunque al comienzo las personas estaban tímidas y no deseaban participar mucho en el transcurso de la reunión todos se fueron

desenvolviendo y estuvieron prestos a colaborar con ideas y dar sus opiniones acerca de la problemática existente.

***Pertinencia:*** Existieron algunos inconvenientes como el no querer asistir a la reunión. La participación fue excelente aunque había ocasiones que no llegaban a un acuerdo entre todos, pero hubo cooperación y apoyo con ideas indispensables para el trabajo.

***Cooperación:*** En la reunión realizada hubo cooperación por parte de todos como se lo mencionaba anteriormente.

***Comunicación:*** En esta actividad todo se efectuó con tranquilidad, aunque en ocasiones había que no todos se ponían de acuerdo para dar ideas, pero aun así las opiniones y comentarios eran claros y se podían entender.

***Telé:*** Consiste en la capacidad o disposición que cada uno de nosotros tiene para trabajar con otros, tele positiva y tele negativa, que van a dar las cuestiones y el clima afectivo. Entre los miembros del grupo se estableció una buena relación entre todos, no hubo malas energías lo que permitió trabajar correctamente.

**Aprendizaje:** Existió reflexión acerca de lo analizado según los resultados de la charla acerca de los valores, lo cual sirvió para que exista un conocimiento más claro de lo que piensan acerca de la relación con su familia.

- **Sesión N°3 (Reunión con la Trabajadora Social)**

**Objetivo:**

Dar a conocer el resultado de las sesiones impartidas a pacientes oncológicos y familiares.

**Análisis temático o descriptivo:**

La reunión que se dio con la trabajadora social fue para informar el resultado de las actividades realizadas durante el tiempo que se laboró en la institución, así mismo se dialogó acerca de la problemática existente en los pacientes oncológicos lo cual no explicaba "... esto no es de ahora, esto se ha dado todo el tiempo, los familiares al principio están pendientes a diario de los pacientes pero con el tiempo se van olvidando poco a poco de ellos..."

Estuvo presta ayudar en lo que fuera necesario para la aplicación de la propuesta de acción que se va a diseñar para beneficio de los pacientes oncológicos y sus familiares.

## **Valoración de la Etapa**

I. En esta etapa se logró cumplir todo lo establecido, con ayuda de los pacientes, familiares y personal de programa “Por TI”, existente en la institución.

II. Los pacientes y familiares, se comprometieron ayudar y colaborar en las actividades a realizarse posteriormente, todo que sea en beneficio de su relación y la recuperación en el tratamiento de la enfermedad.

III. Al concluir con esta etapa y con las tres sesiones realizadas con los pacientes, familiares y trabajadora social, al exponer el trabajo realizado y junto a ellos proponer actividades para el mejoramiento de su relación familiar, se ha concluido el diseño de la propuesta de acción la cual será planteada a los directivo del Hospital SOLCA, para que el equipo multidisciplinario la ejecute durante el presente año.

## **g. DISCUSIÓN**

Según la autora María Die Trill, en su libro *Psicooncología. Influencia de la Cultura en la Experiencia del Cáncer*, define a la familia del paciente oncológico probablemente como el “primer cuidador y el apoyo más inmediato en la persona enferma, la familia tiene siempre un papel principal en la atención al enfermo oncológico ya que asume también el papel de interlocutor ante el médico o ante el personal sanitario.

La familia es quien debe cumplir un rol muy importante dentro del tratamiento oncológico, como es el acompañar al paciente enfermo sin perder su propio mundo, es quien debe aprender a ver ese ser querido en situaciones difíciles y angustiosas, así como disfrutar su recuperación.. La familia es también con lo que cuenta el equipo profesional para la recuperación y la contención en los acontecimientos posteriores al primer momento de la enfermedad.”

Es por ello que al conocer que en el Hospital SOLCA, Loja, no se da este tipo de relación de la familia con el paciente oncológico, la presente tesis se ha enfocado en el *Abandono Familiar a Pacientes con Cáncer del Hospital SOLCA Loja*, en donde se utilizó como metodología el autodesarrollo comunitario, con sus tres primeras etapas, dentro de este trabajo se utilizaron varias técnica como entrevistas, encuestas, observación, lo que permitió obtener datos importantes que sirvieran para saber cómo es la calidad de vida



del paciente oncológico dentro de la institución y con su familia, aquí se logró observar la existencia de programa y grupos que ayudan al paciente a sobrellevar su enfermedad, mediante charlas, apoyo psicológico, religioso, etc.

Durante estas etapas se logró la entrevista y encuesta a los pacientes oncológicos y familiares en donde se descubrió que en algunos casos el problema del abandono familiar no viene desde que se detectó la enfermedad sino ya es desde tiempo atrás, ya sea por problemas familiares, mala comunicación, etc. Lo que los pacientes y familiares necesitan es de grupos de apoyo que vallan en beneficio de su relación, necesitan de charlas de motivación que los ayude a sobrellevar esta enfermedad juntos.

Según lo que se demostró con los resultado los pacientes oncológicos dentro del hospital SOLCA, en su gran parte son personas casadas que deberían tener el apoyo de su conyugue y familia en su proceso de recuperación, son pacientes que vienen de la provincia en varias ocasiones dejando atrás su familia, trabajo y con dificultades para su traslado al hospital, es así mismo que por su situación económica u ocupaciones sus familiares manifiestan que no les permite estar cerca de ellos, y que la enfermedad dentro de su convivencia familiar les ha traído muchos problemas en especial la despreocupación lo que ha provocado la depresión del paciente, y un desequilibrio familiar el cual no deberían tener.

Después de todo lo analizado y según los resultados adquiridos se ha notado que la falta de apoyo familiar existe dentro del hospital SOLCA, no solo por los resultados que arrojaron las encuestas sino por el hecho de que en siete casos no hubo familiares de los pacientes oncológicos a quien encuestar.

Así mismo se logró cumplir el **objetivo general** que consistía en Fortalecer la participación de la familia en el acompañamiento del diagnóstico, tratamiento y recuperación de los pacientes mediante la determinación teóricamente de las funciones de la familia y las sesiones que se realizaron en la tercera etapa con los pacientes y familiares en donde se alcanzó concientizar acerca de la fomentación de valores afectivos familiares y realizar una propuesta de acción que se elaboró conjuntamente con pacientes y familiares, la cual se espera que sea ejecutada por los funcionarios durante los próximos meses.

Ya que es conveniente que las familias y pacientes reciban apoyo psicológico y terapia familiares constantes, las que ayuden a mejorar las relaciones de los mismo y que las familias no dejen abandonadas a sus pacientes, que tengan conciencia de la magnitud del tratamiento que reciben el cual es indispensable que ellos formen parte de este proceso.

Para cumplir el objetivo general, se formularon varios objetivos específicos los cuales se lograron cumplir de la siguiente manera: el objetivo específico que consistía en **Determinar teóricamente las funciones de la familia de un**

**paciente oncológico**, para conocer cuál es el cuidado y apoyo que estos deben desempeñar durante el proceso de la enfermedad, se lo logro cumplir al utilizar el método bibliográfico el cual permitió investigar y conocer a fondo cuales son las funciones que debe cumplir la familia de un paciente oncológico.

Para el objetivo de **Fomentar los valores afectivos en las familias de los pacientes oncológicos del Hospital SOLCA**, se lo logró mediante la tercera etapa en la reunión que se impartió a los pacientes y familiares, donde estaba previsto contar con el apoyo del psicólogo de la institución, el cual por inconvenientes laborales no pudo estar presente, pero al saber del tema se consiguió impartir una charla la cual sirvió como concientización y la afirmación de que los valores familiares se estaban perdiendo a causa del distanciamiento que tienen los miembros de la familia.

Así mismo para el **Diseño de una propuesta de acción** que beneficie al paciente oncológico, con la participación de la familia en el proceso de diagnóstico, tratamiento y recuperación de su salud, se lo logro cumplir mediante las sesiones en donde se explicó el trabajo realizado dentro de la institución y los resultados obtenidos del mismo, en donde con la ayuda de los pacientes y familiares se logró establecer actividades que pueden ser planteadas en el diseño de la propuesta de acción. Se planteó como objetivo el Reforzar la atención en calidad y calidez de los profesionales de la salud, con el fin de mejorar el bienestar del paciente oncológico y su familia, el cual no

pudo ser logrado por causa de inconvenientes laborales, por lo que no hubo el suficiente apoyo de los médicos para realizar la actividad programada.

## **h. CONCLUSIONES**

- La existencia del abandono familiar en los pacientes oncológicos afecta la recuperación diaria en el tratamiento del cáncer.
- Las familias de los paciente oncológico, no están preparadas psicológicamente para afrontar la enfermedad y ayudar a su familiar en la recuperación total.
- El cáncer, tiene una enorme connotación social y genera un impacto emocional en los pacientes y familiares del Hospital SOLCA, lo cual da lugar a que se cree un campo propicio para la aplicación práctica de proyectos sociales dirigidos a pacientes y sus familias.
- Las repercusiones laborales y socio-económicas que tienen los pacientes oncológicos, afectan a su integridad y convivir diario con su familia.
- El trabajo social en el Hospital, SOLCA, Loja, cumple un papel fundamental en el apoyo anímico, psicológico, y hasta económico de los pacientes oncológicos.
- Es necesario que en el hospital exista la exoneración de pagos para las personas de escasos recursos económicos, que no están vinculadas a

convenios con otras instituciones, las cuales podrían ser examinadas por las visitas domiciliarias realizadas por la trabajadora social.

- Se concluye el diseño de la propuesta de acción que va en beneficio del paciente oncológico, con el objetivo de fortalecer la participación de la familia en el proceso de diagnóstico, tratamiento y recuperación de salud del paciente oncológico.

## **i. RECOMENDACIONES**

- El Hospital SOLCA, propicie espacios de reflexión personal y familiar a través de charlas vivenciales a las familias y pacientes oncológicos, permitiendo cerrar el círculo de intervención social y propiciar de esta forma un ambiente de seguridad y tranquilidad en el hogar de cada enfermo.
  
- Los pacientes y familiares, necesitan de ayuda psicológica y talleres de terapia familiar, para que mejore su relación y el cuidado hacia el paciente oncológico.
  
- Se recomienda al Hospital Solca, que para mejorar las relaciones familiares es necesario permitan la aplicación de proyectos sociales que estén encaminados al desarrollo de una convivencia armónica entre los miembros de la familia cercanos al paciente, aportando con medidas oportunas, bajo dirección técnica y profesional, encaminado al paciente y su familia incidiendo así en el mejoramiento de las funciones familiares y por lo tanto mejorando la calidad de vida de los pacientes
  
- Es recomendable que la trabajadora social, conjuntamente con el equipo multidisciplinario, accedan a programas o políticas, en donde se reinerte laboralmente al paciente oncológico, sin discriminar su estado de salud.

- Se recomienda a la trabajadora social, que realice un trabajo en equipo con el psicólogo de la institución, para que de esta manera analicen nuevas formas de poder seguir ayudando a los pacientes de la institución .
- Se recomienda a la trabajadora social que realice los trámites necesarios para el retorno de la ley de exoneración de pagos para las personas de escasos recursos económicos.
- Se recomienda a la trabajadora social y equipo multidisciplinario, que sea ejecutada la propuesta de acción diseñada a beneficio de los pacientes oncológicos y sus familias.



## **j. BIBLIOGRAFÍA**

- ❖ Ackerman, N, “Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares. Psicodinamismo de la vida familiar”, 9º ed. Buenos Aires: Paidós 1988
- ❖ Agüero María A -Trabajadora Social. “El Trabajo Social en Salud Pública”
- ❖ Arrarás Juan Ignacio “La calidad de vida en el Paciente Oncológico”
- ❖ Babarro AA. “Atención a la familia. Atención Primaria 2006; 38:14-20”.
- ❖ Baidar Lea (Instituto “Sharett” de Oncología y Radioterapia, Hospital Universitario Hadassah, Israel) “Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos”
- ❖ Baudino Verónica, Congreso Internacional “Programa de Servicio Social de Atención Primaria de la Salud”
- ❖ Boo Puente María José “El duelo, cuidados enfermeros en pacientes y familiares oncológicos”
- ❖ Boris Lima, “Epistemología del Trabajo Social”
- ❖ Borrás José M “Modelo de trabajo social en la atención oncológica”

- ❖ Bruera Eduardo y Lima Liliana “Cuidados Paliativos”
  
- ❖ Christakis NA, Allison PD: Mortality after the hospitalization of a spouse. N Engl J Med 354 (7): 719-30, 2006
  
- ❖ Cisneros Sánchez Griselda (T.S) “El Rol del Trabajador Social en Hospitales de Especialidad”
  
- ❖ Consejería Nueva Vida, Tríptico
  
- ❖ Dávila J, “Impacto socio-afectivo en el entorno familiar de pacientes que padecen cáncer en el servicio de Oncología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, periodo 2010-2012” . Cap. III, Pág. 22.
  
- ❖ Fernández Ortega Miguel Ángel. “El impacto de la enfermedad en la familia”
  
- ❖ Frank H. "Trabajo Social en Familia”
  
- ❖ Fuller Simón. “Cómo nos afecta el abandono”
  
- ❖ GEPAC, Grupo Español de Pacientes con Cáncer

- ❖ Glajchen M: Role of family caregivers in cancer pain management. In: Bruera ED, Portenoy RK, eds.: Cancer Pain: Assessment and Management. 2nd ed. New York, NY: Cambridge University Press, 2009, pp 597-607
- ❖ Hospital Oncológico SOLCA-QUITO
- ❖ Mamani Ignacio, Recuperado de <http://www.monografias.com/trabajos64/sistema-familiar-salud-pública/>
- ❖ Montesinos Ximena, “Rol del Trabajador Social en Chile”, Recuperado de <http://trabajadoresociales.bligoo.cl>.
- ❖ Sanchez Yorki, cáncer, “Aspectos psicológicos y psicoterapias Cap. II”
- ❖ Siminoff LA, Zyzanski SJ, Rose JH, et al.: The Cancer Communication Assessment Tool for Patients and Families (CCAT-PF): a new measure. *Psychooncology* 17 (12): 1216-24, 2008
- ❖ Tuomo Jaziel, “La Función del Trabajador Social en un Hospital”, Universidad Sentimientos de la Nación, México.
- ❖ Unidad de Medicina Familia y Atención Primaria. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid. UAM. 2011

- ❖ [www.definition-of.net/definicion-de-oncología](http://www.definition-of.net/definicion-de-oncologia)
  
- ❖ [www.encyclopediasalud.com/definiciones/oncologia\]](http://www.encyclopediasalud.com/definiciones/oncologia)
  
- ❖ [www.oms.org](http://www.oms.org)

## k. ANEXOS

### ANEXO 1.

#### CONTEXTUALIZACION

Las sesiones se organizan a partir de los contenidos siguientes:

- **Momento Inicial:** Es el momento de comienzo que ayuda a centrar la tarea, es la parte informal de llegada, en este momento se inicia con el saludo, la presentación, y una actividad inicial (dinámica), y los primeros comentarios.
  
- **Planteamiento temático específico:** Es la presentación del tema a trabajar. Puede hacerse a través de exposición, ejercicio de reflexión, etc.
  
- **Momento elaborativo específico:** los participantes dan su opinión sobre lo planteado, se establecen criterios, se analiza las dificultades y se llega a alternativas.
  
- **Integración y cierre:** es el momento de reflexión final que permite integrar lo trabajado y situar un punto de conclusiones.

## **ANEXO 2.**

Es el esquema propuesto por Pichón, existe una serie de variables a tener en cuenta por el profesional para llevar a cabo esta evaluación que es:

**Pertenencia:** Es la identidad de cada uno con la tarea prevista. En la Pertenencia se da el pasaje del Yo al Nosotros. Podemos definirlos en cuanto al “grado de ligazón que los integrantes tienen entre sí y con la tarea”. Es decir hacer referencia a la cohesión grupal. El objetivo es que los sujetos sean capaces de integrarse al grupo, planificar las acciones para concretar la tarea, ser parte del proceso grupal.

**Pertinencia:** Consiste en la posibilidad de que el sujeto se centre e incluya en la tarea prescrita, y en el esclarecimiento de la misma. Esta situación es posible cuando los integrantes dan cuenta de un sentimiento de utilidad, y de centralidad sobre el trabajo a realizar de manera colectiva y cooperante.

**Cooperación:** Aporte desde el rol de cada uno, para lograr la consecución de la tarea propuesta. La cualidad de la aportación proviene de la Verticalidad (Biografía personal) y la Horizontalidad (Relación coyuntural Grupo-Tarea), que imprimen un estilo de colaboración sobre la base de lo que se dice o hace en un nivel explícito y a lo sentido y lo pensado en un nivel implícito.

**Comunicación:** Se puede ver desde la teoría de la información teniendo en cuenta el circuito Emisor-Canal-Receptor, el mensaje explícito, el metamensaje (como se dice lo que se dice), etc. Es importante la valoración de aspectos tales como la apropiación del esquema conceptual referencial operativo, la presencia de sentimientos en las conversaciones, la escucha con interés y la actitud de apoyo.

**Telé:** Relación con el otro. Es lo empático, el afecto o el rechazo, es una relación de piel en la que el otro funciona como pantalla proyectista de diversos "otros" de la vida pasada del sujeto.

**Aprendizaje:** Es la capacidad de operar, transformando el Objeto (Tarea), con los instrumentos que posee y transformándose a la vez los grupo internos de cada integrante. Sería un aprender a aprender, integrando lo sentido, lo pensado y la acción en una serie de conductas alternativas facilitadoras del cambio.

### **ANEXO 3**

## **FICHA DE OBSERVACIÓN**

### **DATOS GENERALES**

**Observación:** Atención Hospital SOLCA

**Fecha de Observación** lunes 19 a martes 27 de Enero del 2015

**Tiempo de Observación:** veinte horas

<b>Tema</b>	<b>Aspectos a observar</b> <b>Descripción</b>
<b>PACIENTES</b>	Se logró observar que los pacientes en la mañana por lo general pasan solos por el hecho de que el horario de visitas es en la tarde. Su actitud es de temor frente al desconocimiento del diagnóstico que les van a dar después de recibir la quimioterapia, los pacientes comentan que les falta apoyo de un grupo de ayuda que se encarguen de los aspecto psicológico y emocional de ellos y que este frente a su recuperación, ya que la mayoría de familiares por causa del trabajo fuera de la provincia le es imposible estar cerca de ellos.
<b>FAMILIARES</b>	Se logró evidenciar que en la mayoría de casos los pacientes no tiene apoyo de su familia por las distancia o la situación laboral de cada uno de ellos, ya que al analizar la mayoría de paciente provienen de la provincia de Loja, y a su familiar le es imposible trasladarse, por tal razón creen que en el nuevo proyecto emprendido "Por Ti", creen



	<p>que es de gran ayuda para ellos.</p> <p>Para la familia le es fácil dejar encargado a los pacientes con las enfermeras sin darse cuenta que es un daño que le hacen psicológicamente lo que no permite la recuperación total.</p>
<p><b>POSADA SOLIDARIA</b></p>	<p>La Posada de Nazareth fue creada el 14 de abril del 2010, por el voluntariado de Damas de <b>FUNSOLCA</b>, esta consta de 12 camas y capacidad para 19 personas.</p> <p>La finalidad es brindar albergue a los paciente y familiares de escasos recursos económicos, es decir si al voluntariado va una persona a pedir albergue y en realidad ven que no tiene posibilidades económicas, en especial que es de otra provincia le dan el privilegio,</p>
<p><b>VOLUNTARIADO SOLCA</b></p>	<p>El voluntariado de damas realiza las siguientes actividades en beneficio al mejoramiento de calidad de vida de los pacientes oncológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Visitas diarias a los pacientes brindado apoyo espiritual.</li> <li>➤ Trabaja con las mujeres que reciben quimioterapia ambulatoria; se las capacita con onco-maquillaje, el arte de los pañuelos y se les entrega libros</li> </ul>

	<p>motivacionales.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ A los pacientes de etapa terminal apoyan de diferentes maneras, ya sea con víveres, colchones</li> </ul>
<p style="text-align: center;"><b>PROGRAMA DE AYUDA INTEGRAL AL PACIENTE “POTI”</b></p>	<p>El objetivo que tiene este programa es:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Afiliación gratuita de los pacientes de quimioterapia.</li> <li>➤ Motivar a los pacientes a no abandonar el tratamiento oncológico.</li> </ul> <p>Beneficios:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Llamadas de recordatorio sobre citas y monitoreo de cumplimiento de dosis y tomas de medicamento.</li> <li>➤ Transporte desde el domicilio o terminal terrestre hacia SOLCA o viceversa a pacientes de escasos recursos económicos.</li> <li>➤ Refrigerios antes de infusión de quimioterapia.</li> <li>➤ Charlas y talleres informativos sobre el cáncer y sus tratamientos, efectos adversos.</li> <li>➤ Socialización entre pacientes con dinámicas de grupos.</li> </ul>

## **ANEXO 4**

### **GUIA DE ENTREVISTA A LA TRABAJADORA SOCIAL**

**Objetivo:** Conocer los principales problemas que se dan en los pacientes del hospital oncológico SOLCA, Loja.

**Indicadores:**

- Problemas más sobresalientes de los pacientes oncológicos.
- Relación del paciente-familia
- Opinión acerca de la problemática
- Posibles acciones a realizarse

## **ANEXO 5.**

### **GUIA DE ENTREVISTA A PACIENTES ONCOLOGICO**

**Objetivo:** Conocer acerca de la problemática a investigar

**Indicadores:**

- Actividad que realiza
- Como se siente en la institución
- Relación con su familia
- Se siente solo o apoyado por su familia
- Inconvenientes que a tenido durante el proceso del tratamiento

## **ANEXO 6**

### **GUIA DE ENTREVISTA PROFESIONALES DE LA INSTITUCION.**

**Objetivo:** Indagar acerca de la problemática a investigar

**Indicadores:**

- Ud. que labora en la institución y pasa junto al paciente oncológico, ¿cree que él tiene el apoyo de su familia o es abandonado por la misma?
- Usted considera que la familia es indispensable en el proceso de recuperación del paciente

## **ANEXO 7**

### **GUIA DE ENTREVISTA A PACIENTES ONCOLOGICOS Y FAMILIARES**

**Objetivo:** Indagar la relación que existe en el paciente-familia

**Indicadores:**

- Como es la relación que tiene con su familia
- Cree usted que le brinda todo el apoyo necesario a su familiar.
- Cuáles son los principales factores que afectan al descuido del paciente.
- que creen que sería conveniente para que se mejore la relación

**ANEXO 8**



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
ÁREA JURÍDICA, SOCIAL Y ADMINISTRATIVA  
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL  
ENCUESTA DIRIGIDA A LOS PACIENTES ONCOLOGICOS**

Señor/a, le solicito comedidamente se digne en brindarme su colaboración contestando la presente encuesta, cuyos datos me servirán para conocer la problemática acerca del paciente oncológico.

Sexo: Femenino ( )                      Masculino ( )

Edad:.....

¿De qué cantón procede?.....

Estado civil:

Soltero/a ( )                              Casado ( )

Divorciado ( )                              Viudo ( )                      Unión Libre ( )

1. ¿Qué ocupación desempeña?

Empleado Público ( )                      Empleado Privado ( )

Quehaceres doméstico ( )                      Subempleo ( )

Otros.....

2. ¿Cuántas personas conforman su núcleo familiar?

Padres e Hijos ( )                              Madre ( )

Padre ( )    Hermanos ( )

Esposo/a ( )    Otros.....

3. ¿Con quién vive usted?

Conyugue ( )    Padres ( )

Hijos ( )    Otro.....

4. Al saber que padecía de esta enfermedad ¿Cuáles fueron sus primeros temores?

Perdida de vida ( )

Pérdida de trabajo ( )

Temor a ser abandonado ( )

Otros.....

¿Por qué?.....

5. ¿Qué efectos ha provocado la enfermedad en su vida cotidiana?

Estrés ( )

Irritabilidad ( )

Depresión ( )

bajo autoestima ( )

Problemas familiares ( )

Otros.....

¿Por qué?.....

6. ¿Qué efectos familiares ha provocado la enfermedad en su vida?

Divorcio ( )

Separación ( )

Abandono ( )

Otros.....

¿Por qué?.....

7. ¿Recibe apoyo de su familia?

Si ( )

No ( )

¿De qué tipo ?.....

8. ¿Ha recibido ayuda del hospital de Solca?

Si ( )

No ( )

¿Cuál?.....

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**



Universidad nacional de Loja  
Área jurídica, social y administrativa  
Carrera de trabajo social

ENCUESTA DIRIGIDA A LAS FAMILIAS DE LOS PACIENTES  
ONCOLOGICOS

Señor/a, le solicito comedidamente se digne en brindarme su colaboración contestando la presente encuesta, cuyos datos me servirán para conocer la problemática del paciente oncológico.

Sexo: Femenino ( )                      Masculino ( )

Edad:.....

1. Parentesco con el Paciente

Esposo ( )

Hijo ( )

Padre ( )

Otro.....

2. ¿Qué trabajo desempeña?

Empleado Público ( )

Empleado Privado ( )

Quehaceres doméstico ( )

Otros.....

3. ¿Cómo es su relación con el Paciente Oncológico?

Muy Buena ( )

Buena ( )

Mala ( )

¿Porqué?.....

4. ¿Cuál fue la reacción de la familia frente al diagnóstico del paciente oncológico?

Apoyo ( )

Rechazo ( )

Indiferencia ( )

otros.....

5. ¿Qué grado de apoyo brinda Ud. al paciente oncológico?

Total ( )

Parcial ( )

Ninguno ( )

¿Por qué?.....

6. ¿Qué clase de apoyo le ha brindado a su paciente oncológico?

Familiar ( )

Psicológico ( )

Moral ( )

Económico ( )

Otros.....

¿Por qué?.....

7. ¿Ha provocado desajustes la enfermedad en su familia?

Si ( )

No ( )

¿Cuál ?.....

8. ¿Está dispuesto a colaborar con el paciente oncológico hasta su total recuperación?

Si ( )

No ( )

¿Cómo ?.....

**GRACIAS POR SU COLABORACION**

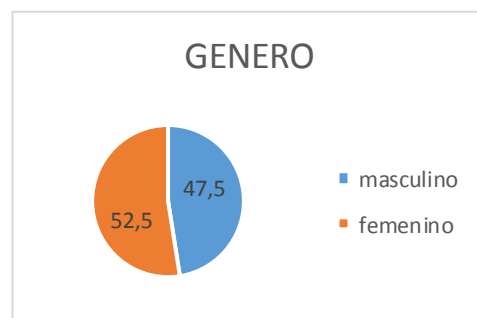


## ANEXO 9

### RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN ENCUESTA REALIZADA A PACIENTES ONCOLOGICOS

#### Genero de Pacientes Oncológicos

Genero	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	19	47.5%
Femenino	21	52.5%
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>



**Fuente:** muestra pacientes oncológicos

**Autora:** Mishell Montalvan

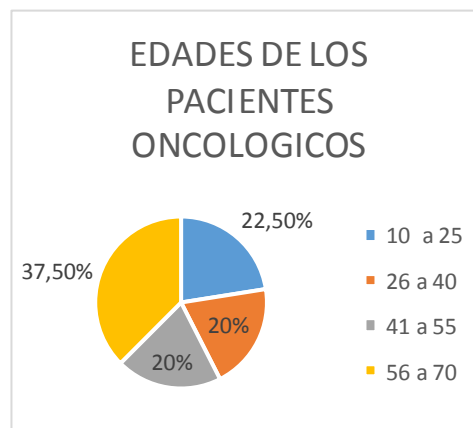
#### **Análisis:**

Según los 40 pacientes encuestados el 52,5%, son de género Femenino, mientras que el 47,5% son de género masculino.

Lo que nos demuestra que más de la mitad de pacientes internos y ambulatorios del hospital pertenece al género femenino, esto quiere decir que las mujeres somos más propensas a contraer enfermedades.

### Edad de los Pacientes Oncológicos

Edad	Frecuencia	Porcentaje
10 – 25 años	9	22,5%
26 – 40 años	8	20%
41 – 55 años	8	20%
56 – 70 años	15	37,5%
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>



**Fuente:** muestra pacientes oncológicos

**Autora:** Mishell Montalvan

### Análisis:

Para el análisis de las edades de los pacientes oncológicos se los ha clasificado de la siguiente manera: de 10 a 25 años existe el 22,5% de internos en el hospital, del 26 a 40 años existe el 20% de personas, de 41 a 55 años existe el 20 % y por ultimo de 56 a 70 años dentro de los pacientes oncológicos existen el 37,5 %.

Por lo que se ha concluido que las personas comprendida entre los 50 a 70 años, los adultos mayores, son lo que aquejan más de estas enfermedades, y son los que necesitan del apoyo de su familia para su futura recuperación. Como se evidencio en el hospital Solca por lo general las mujeres comprendidas en estos años en la mayoría de casos padece de cáncer de mama porque “El riesgo de padecer cáncer de mama aumenta a medida que se envejece. La mayoría de los casos de cáncer de mama avanzado se

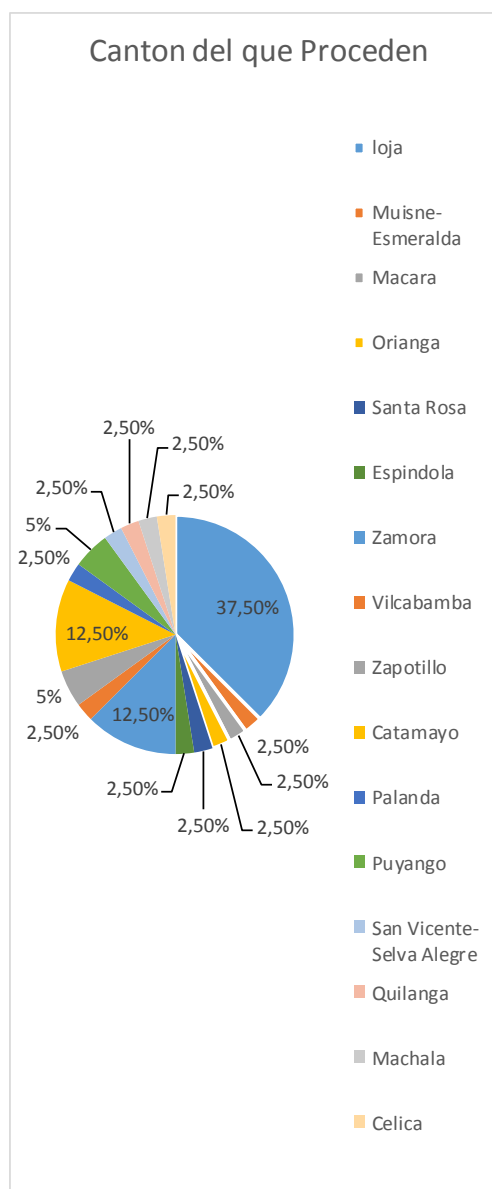
encuentra en mujeres de más de 50 años”, en cambio como nos hemos dado cuenta en los hombres existe el cáncer mieloma múltiple que es un cáncer más común en varones entre los 50 y 70 años de edad sus causas son desconocidas, probablemente el exceso de estimulación del sistema inmunitario por antígenos aún desconocidos juegue algún papel.

### Cantón del que Procede

Cantón	Frecuencia	Porcentaje
Loja	15	37,5%
Esmeralda	1	2,5%
Macara	1	2,5%
Orianga	1	2,5%
Santa Rosa	1	2,5%
Espindola	1	2,5%
Zamora	5	12,5%
Vilcabamba	1	2,5%
Zapotillo	2	5%
Catamayo	5	12,5%
Palanda	1	2,5%
Puyango	2	5%
Selva Alegre	1	2,5%
Quilanga	1	2,5%
Machala	1	2,5%
Celica	1	2,5%
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** muestra pacientes oncológicos

**Autora:** Mishell Montalvan



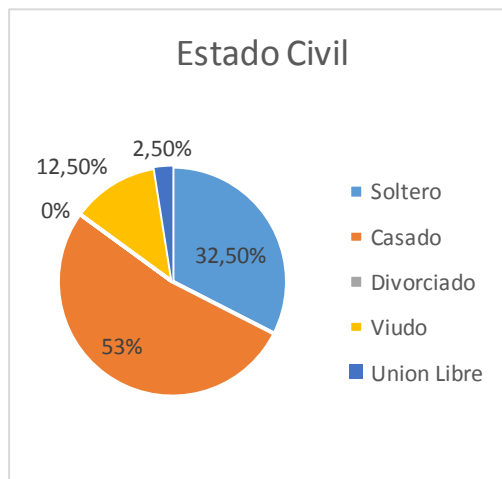
## **Análisis**

De los 40 pacientes oncológicos encuestados el **37,5%** pertenecen al cantón Loja, mientras que el otro **37,5%** pertenecen a la provincia los cuales residen en los diferentes cantones como son: Macara, Orianga, Espindola, Zapotillo, Catamayo, Puyango, San Vicente- Selva Alegre, Quilanga y Celica, el **2,5%** pertenece a Esmeraldas, el **5%** a la provincia del Oro como es Santa Rosa y Machala, el **15%** a la provincia de Zamora Chinchipe, dentro del cual residen en Zamora y Palanda y el ultimo **2,5%** reside en la parroquia de Vilcabamba.

Lo que se puede evidenciar es que los pacientes oncológicos no son en su mayoría los que residen solo en el cantón Loja, sino que son personas que vienen de la provincia en varias ocasiones dejando atrás su familia y con problemas para su movilización.

## Estado Civil

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	13	32,5%
Casado	21	52,5%
Divorciado	0	0%
Viudo	5	12,5%
Unión Libre	1	2,5%
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>



**Fuente:** muestra pacientes oncológicos

**Autora:** Mishell Montalvan

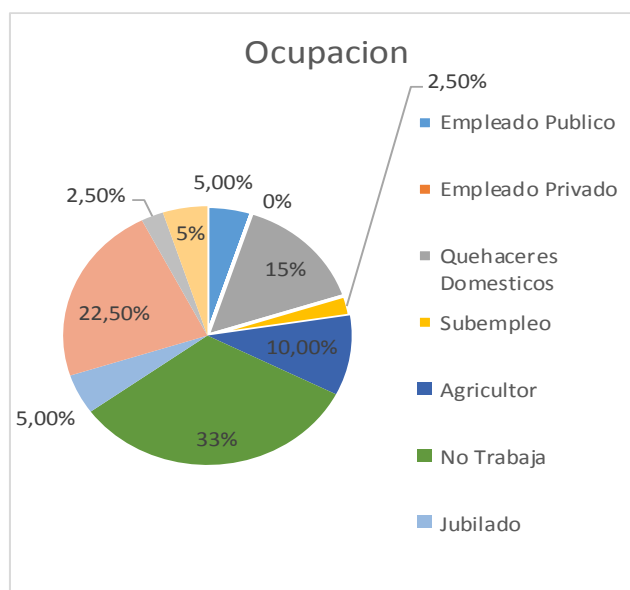
## Análisis

Revisados los datos, se evidencia que el estado civil de los pacientes oncológicos del 52,5% es casado, el 32,5% es soltero, el 12,5% es Viudo y el 2,5% está en unión libre.

Cabe recalcar que no existe pacientes que se encuentren divorciados o en proceso de divorcio, estos resultados se dan debido a que en el Ecuador existe una alta tendencia al matrimonio tanto civil como eclesiástico se produce por múltiples factores de tipo cultural, religioso y social, responde a la tradición ecuatoriana de mantener el régimen de casados, conservando el sistema tradicional familiar como observamos

### Pregunta 1. Que Ocupación Desempeña

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
E. Publico	2	5%
E. Privado	0	0%
Quehaceres	6	15%
Subempleo	1	2,5%
Agricultor	4	10%
No Trabaja	13	32,5%
Jubilado	2	5%
Estudiante	9	22,5%
Profesor	1	2,5%
Propio	2	5%
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>



**Fuente:** muestra pacientes oncológicos

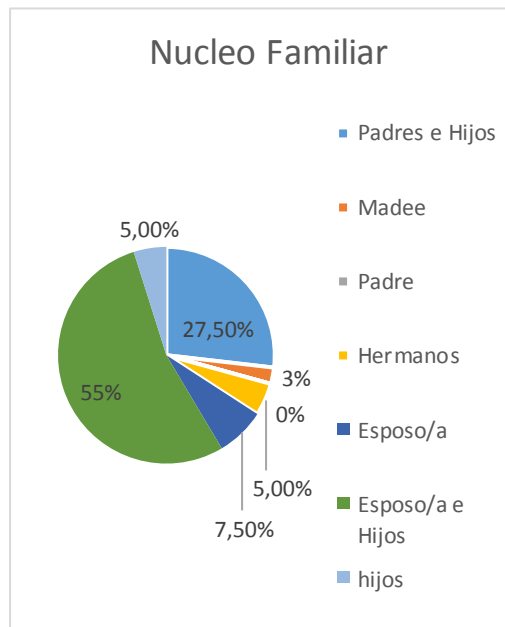
**Autora:** Mishell Montalvan

### Análisis

Aplicada la encuesta a los pacientes oncológicos para conocer su profesión u ocupación refleja que un **5%** son empleados públicos, **15%** son amas de casa, **2,5%** tienen un subempleo, **10%** agricultores, **5%** son jubilados, **22,5%** son estudiantes, un **2,5%** profesor, **5%** tiene negocios propios, en un **32,5%** manifestaron que no realizan ningún trabajo por el momento y como empleado privado no se encuentra ningún paciente. Una vez aplicada la encuesta a los pacientes oncológicos se refleja que en un gran porcentaje de ellos no poseen una actividad laboral ya que ante el diagnóstico de cáncer, la fragilidad y la vulnerabilidad se hace presente.

## Pregunta 2. Cuantas personas conforman su núcleo familiar.

Núcleo Familiar	Frecuencia	Porcentaje
Padres e Hijos	11	27,5%
Madre	1	2,5%
Padre	0	0%
Hermanos	2	5%
Esposo/a	3	7,5%
Esposo/a e hijos	<b>22</b>	<b>55%</b>
Hijos	2	5%
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>



Fuente: muestra pacientes oncológicos

Autora: Mishell Montalvan

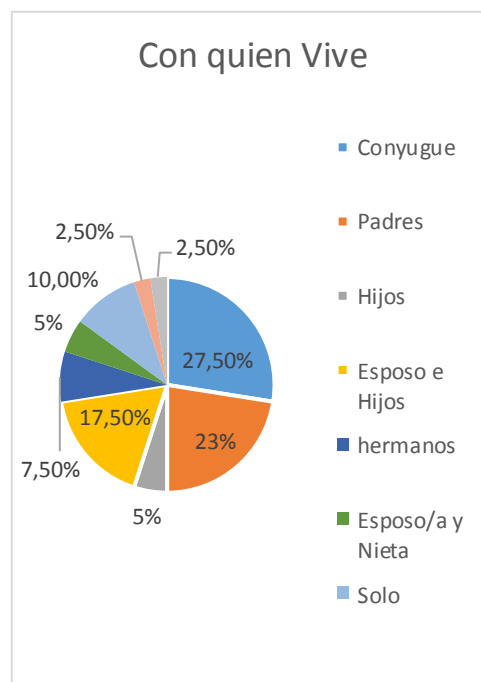
## Análisis

De las 40 encuestas aplicadas, el 55% manifestaron que su familia está conformada por esposo/a e hijos, el 27,5% por padres e hijos, el 2,5% por madre, el 5% por hermanos, el 5% por hijos, mientras que el 7,5% manifestaron que solo está conformada por esposo/a

De acuerdo a las encuestas aplicadas se puede concluir que la mayor parte de paciente oncológicos su núcleo familiar esta conformadas por padre, madre e hijos; y en algunas familias solo existe la presencia de uno solo de sus familiares.

### Pregunta 3. Con quien vive usted

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Conyugue	11	27,5%
Padres	9	22,5%
Hijos	2	5%
Esposo e Hijos	7	17,5%
Hermanos	3	7,5%
Esposo y Nieta	2	5%
Solo	4	10%
Tíos	1	2,5%
Esposo y hermanos	1	2,5%
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>



Fuente: muestra pacientes oncológicos

Autora: Mishell Montalvan

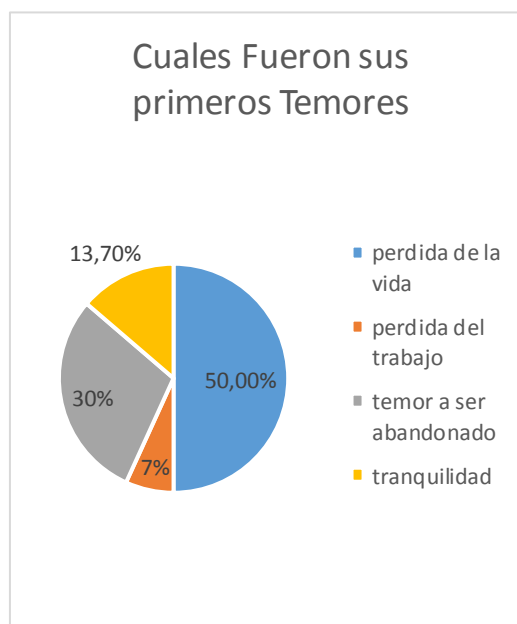
### Análisis

Al investigar sobre el número de integrantes de la familia de los pacientes los resultados refieren que el 27,5% viven con su conyugue, el 22,5% con sus padres, 5% con sus hijos, el 17,5% con su familia que está compuesta por esposo/a e hijos, 7,5% viven con hermanos, 5% con su esposo/a y nieto/a, el 10% viven solos, el 2,5% viven con tíos y por último el 2,5% restante viven con su esposo y hermanos. En cuanto a con quien viven los pacientes oncológicos según lo encuestado se denota que la **mayoría** viven en un entorno familiar el cual está conformado por su pareja sentimental, situación que no le favorece al estado emocional del paciente ya que cuando la familia colabora con el tratamiento, el paciente tiene más ánimos para recuperarse o seguir en su tratamiento.



**Pregunta 4. Al saber que padecía de esta enfermedad, cuáles fueron sus primeros temores.**

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Perdida de la Vida	22	50%
Perdida del Trabajo	3	6,8%
Temor a ser abandonado	13	29,5%
Tranquilidad	6	13,7%
Perdida más temor		
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>100%</b>



**Fuente:** muestra pacientes oncológicos

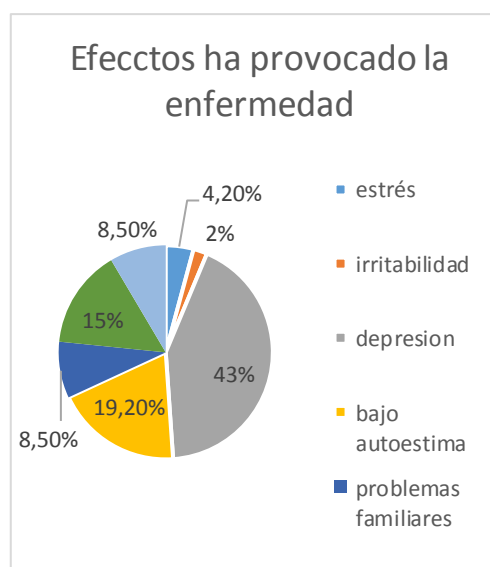
**Autora:** Mishell Montalvan

**Análisis**

Según la encuesta aplicada a los 40 paciente oncológicos para conocer cuáles fueron sus primeros temores al conocer que padecía de cáncer esto fueron sus respuestas: el 50% fue el temor a la perdida de la vida, el 6,8% a la pérdida de su trabajo, el 29,5% temor a ser abandonado y el 13,7% comentaba que lo tomaron con tranquilidad. Según los resultados la mitad de pacientes oncológicos correspondiente al 50%, **declara que su mayor temor fue a la pérdida de la vida** causado por mitos acerca de la enfermedad, así mismo por el miedo a dejar sola a su familia o que su enfermedad nunca valla a ser curada, al mismo temían que por causa de la enfermedad se queden sin trabajo ya que es el sustento diario de cada uno de ellos y de su familia, o por el rechazo de los amigos o de sus propios familiares.

### Pregunta 5. Que efecto ha provocado la enfermedad en su vida cotidiana

Efectos	Frecuencia	Porcentaje
Estrés	2	4,2%
Irritabilidad	1	2,1%
Depresión	20	42,6%
Bajo Autoestima	9	19,2%
Problemas Familiares	4	8,5%
Ninguna	7	14,9%
Tranquilo	4	8,5%
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>100%</b>



Fuente: muestra pacientes oncológicos

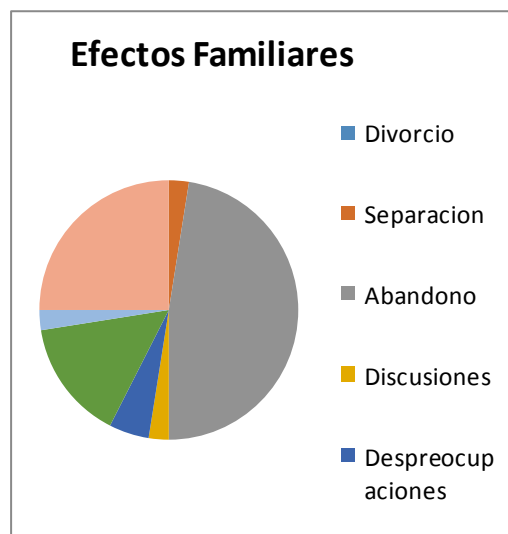
Autora: Mishell Montalvan

### Análisis

Según contestaron los pacientes acerca de que efectos ha provocado la enfermedad en su vida cotidiana el 4,2% manifestaron que con mucho estrés, el 2,1% irritabilidad, el 42,6% con depresión, el 19,2% con baja autoestima, el 8,5% problemas familiares, el otro 8,5% están tranquilos y el 14,9 no ha provocado ninguna efecto. La depresión ha sido un efecto negativo que los pacientes han sufrido en el transcurso de la enfermedad, este se da por el miedo que ellos tienen al saber que no pueden volver hacer como antes, al no saber cómo ir a terminar su tratamiento, por el temor a no curarse o a ser rechazada por su familia hasta el indicador económico por el alto gasto de la quimioterapia influye en gran cantidad para que los pacientes tengan este tipo de depresión.

**Pregunta 6. Efectos Familiares que ha provocado la enfermedad.**

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Divorcio	0	0%
Separación	1	2,5%
Abandono	<b>19</b>	<b>47,5%</b>
Discusiones	1	2,5%
Despreocupación	2	5%
Apoyo	6	15%
Depresión	1	2,5%
Ninguno	10	25%
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>



**Fuente:** muestra pacientes oncológicos

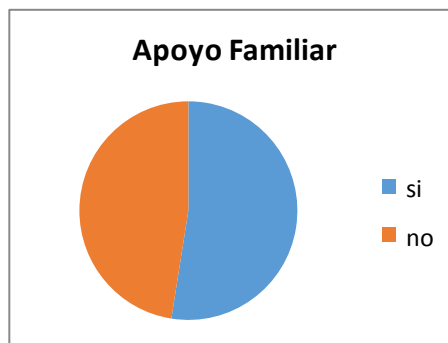
**Autora:** Mishell Montalvan

**Análisis**

Al investigar acerca de los efectos familiares que ha provocado la enfermedad dentro de su núcleo familiar, las contestaciones fueron las siguientes: separación 2,5%, abandono 47,5% discusiones 2,5%, despreocupaciones 2,5%, apoyo 15%, depresión 2,5% y el 25% indicaron que no ha producido ningún efecto dentro de su hogar. Al procesar la investigación se demuestra que el 47,5% de pacientes oncológicos demuestran que el efecto familiar que ha producido la enfermedad dentro de su vida es el abandono por parte de ellos, esto es por el hecho de que su familia pasa lejos y por cuestiones de trabajo o estar pendiente de sus otros miembros de la familia no pueden venir a estar es el proceso de recuperación lo cual es indispensable en ellos.

### Pregunta 7. Recibe Apoyo de su Familia

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Si	21	52,5%
No	19	47,5%
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>



Fuente: muestra pacientes oncológicos

Autora: Mishell Montalvan

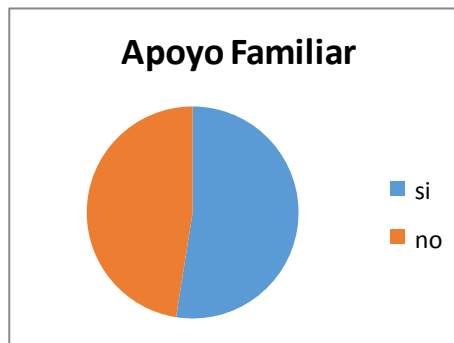
### Análisis

De los 40 pacientes oncológicos encuestados, el 52,5% supieron manifestar que reciben todo el apoyo familiar por parte de su familia, mientras que el 47,5% restante manifestaron que el apoyo de su familia no existe en su proceso de recuperación.

El apoyo que reciben los pacientes es constante en su proceso de recuperación, por el hecho de que la familia ayudan en lo que está a su alcance ya sea económico, moral o psicológicamente, al contrario de los que no reciben ayuda familiar por razones de trabajo o de distancia, ya que viven fuera de la provincia.

### Pregunta 8. Ha Recibido ayuda del Hospital de SOLCA

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Si	21	52,5%
No	19	47,5%
<b>Total</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>



**Fuente:** muestra pacientes oncológicos

**Autora:** Mishell Montalvan

### Análisis

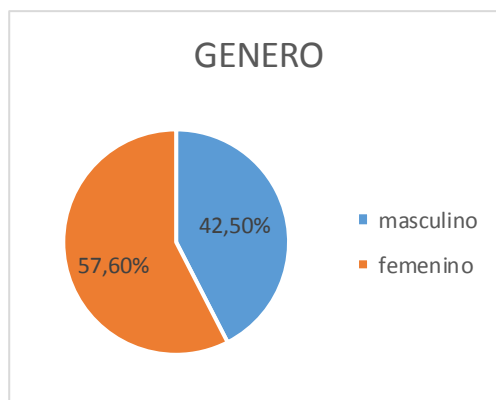
De los 40 pacientes encuestados el 52,5% perteneciente a más de la mitad respondieron que si han recibido apoyo del hospital Solca, mientras que el 47,5% no lo ha recibido

La ayuda que el hospital ha brindado a los pacientes es con terapias psicológicas, aula hospitalaria para jóvenes y niños y la posada solidaria, mientras que los que no han tenido apoyo del hospital es porque hasta el momento no lo han requerido, en algunos caso porque era la primera vez que iban a su tratamiento y todavía no necesitan de algún departamento médico y otros porque no creen necesaria la ayuda del hospital, porque cuentan con todo lo necesario.

## ENCUESTAS REALIZADA A LOS FAMILIARES

### Genero de los Familiares

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	14	42,4%
Femenino	19	57,6%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>



**Fuente:** muestra familiares de pacientes oncológicos

**Autora:** Mishell Montalvan

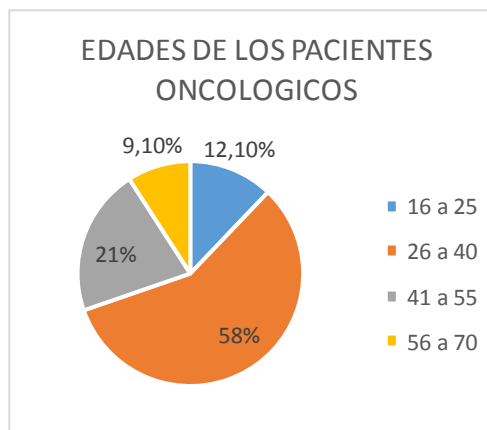
### Análisis:

Según los 33 familiares de los pacientes encuestados el 57,6%, son de género Femenino, mientras que el 42,5% son de género masculino.

Lo que nos indica es que la mayoría de familiares que se encargan de los pacientes y de estar pendiente de su recuperación son las mujeres, ya que ellas han demostrado que son personas capaces de dar un mejor cuidado y estar detrás de su recuperación, cabe recalcar que según lo observado he podido demostrar que existe el abandono al paciente por parte de su familia al no poder realizar las 40 encuestas a causa de que los familiares no se presentaron en ningún momento a visitar o acompañar a su paciente.

## Edad de los Familiares de Pacientes Oncológicos

Variable	Frecuencia	Porcentaje
16 – 25 años	4	12,1%
26 – 40 años	19	57,6%
41 – 55 años	7	21,2%
56 – 70 años	3	9,1%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>



**Fuente:** muestra familiares de pacientes oncológicos

**Autora:** Mishell Montalvan

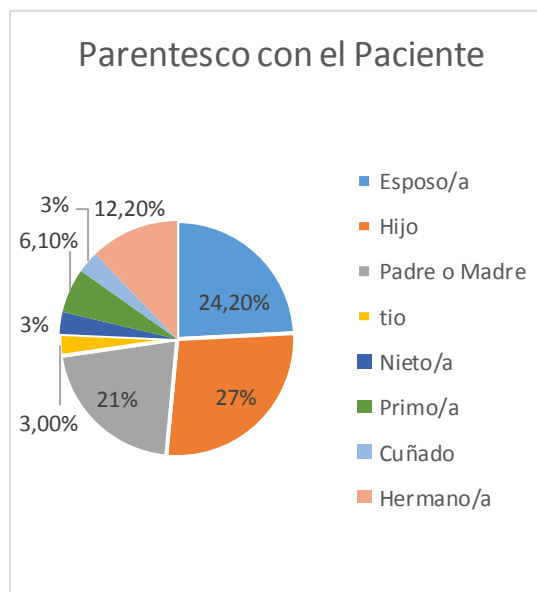
### Análisis:

Para el análisis de las edades de los familiares de los pacientes oncológicos se los ha clasificado de la siguiente manera: de 16 a 25 años existe el 12,1% de familiares de los internos, de 26 a 40 años existe el 57,6% de personas, de 41 a 55 años existe el 21,2 % y por ultimo de 56 a 70 años dentro de los familiares de los pacientes oncológicos existen el 9,1 %., el 17,5 %

Por lo que se ha concluido que las personas comprendidas entre los 26 a 40 años, adultos jóvenes, son los que están al pendiente de sus familiares entre ellos están comprendidos los hijos, nietos, tíos y hasta esposo/a de los paciente, esto se debe a que por la edad están en buenas posibilidades de estar atendiendo a su familiar.

### Pregunta 1. Parentesco con el Paciente.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Esposo	8	24,2%
Hijo	9	27,3%
Padre o Madre	7	21,2%
Tío	1	3%
Nieto/a	1	3%
Prima/o	2	6,1%
Cuñado	1	3%
Hermano/a	4	12,2%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>



**Fuente:** muestra familiares de pacientes oncológicos

**Autora:** Mishell Montalvan

### Análisis

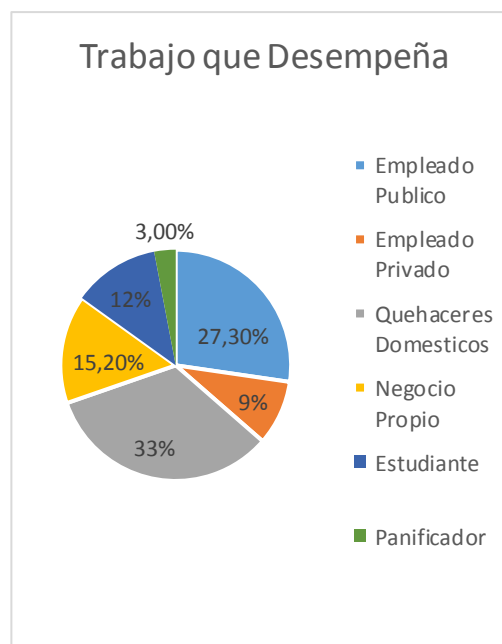
Según lo encuestado el 24,2% de familiares son conyugues de los pacientes oncológicos, el 27,3% son sus hijos, el 21,2% padres de los pacientes, el 3% tíos, el otro 3% nietos, el 6,1% son primos de los pacientes, el 3% pertenece a cuñados y el 12,2% corresponden a hermanos de los pacientes oncológicos.

Esto nos demuestra que los familiares que están al pendiente de sus pacientes son los hijos, seguido por los conyugues y en varios casos los padres, lo que nos indica que la familia está en una buena relación con el familiar oncológico, y no lo deja al cuidado de otra persona que no sea de la familia.



## Pregunta 2. Que trabajo desempeña

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Empleado Publico	9	27,3%
Empleado Privado	3	9,1%
Quehaceres Domésticos	11	33,3%
Negocio Propio	5	15,2%
Estudiante	4	12,1%
Panificador	1	3%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>



**Fuente:** muestra familiares de pacientes oncológicos

**Autora:** Mishell Montalvan

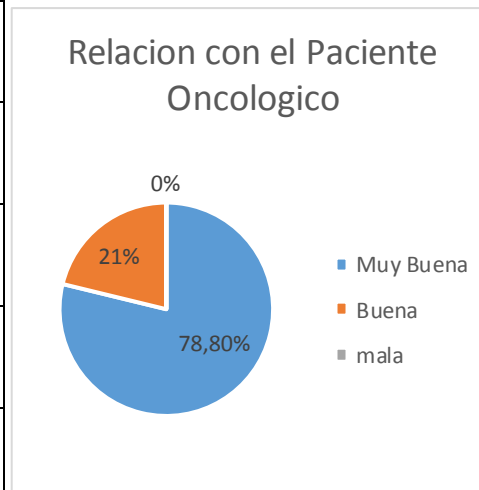
## Análisis

Según la encuesta aplicada a los 33 familiares de los pacientes oncológicos según el trabajo que desempeña, lo que pudieron manifestar fue lo siguiente: el 27,3% son Empleado Públicos, el 9,1% Empleado Privados, el 33,3% se dedican a los quehaceres domésticos, el 15,2% tiene sus negocios propios, el 12,1% son estudiantes y el 3% es panificador.

Lo que muestra que la mayor parte de familiares que están pendientes de los pacientes son amas de casa o personas que pasan en sus hogares sin ninguna carga horaria o que tiene que rendir cuentas, lo cual le permite tener más tiempo y accesibilidad a la recuperación y cuidado del paciente oncológico.

### Pregunta 3. Relación con el Paciente Oncológico

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Muy Buena	26	78,8%
Buena	7	21,2%
Mala	0	0%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>



**Fuente:** muestra familiares de pacientes oncológicos

**Autora:** Mishell Montalvan

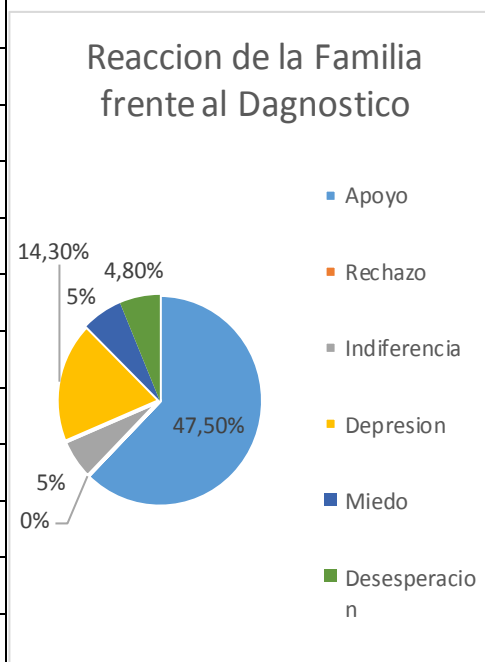
#### Análisis

Los familiares de los pacientes oncológicos consideran que tiene una muy buena relación en un 78,8%, mientras que el 21,2% mencionada que tiene una buena relación, cabe recalcar que ningún familiar dice tener una mala relación con el paciente.

Al procesar la investigación se evidencia que la mayoría de las familias de los pacientes oncológicos califican la relación como muy buena debido al constante apoyo que les brindan, sin dejar atrás la buena relación que a existido desde antes del diagnóstico de la enfermedad, y una buena comunicación familiar.

#### Pregunta 4. Reacción de la familia frente al Diagnóstico del Paciente Oncológico

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Apoyo	20	47,5%
Rechazo	0	0%
Indiferencia	2	4,8%
Depresión	6	14,3%
Miedo	2	4,8%
Desesperación	2	4,8%
Ansiedad	2	4,8%
Angustia	4	9,5%
Nostalgia	3	7,1%
Preocupación	1	2,4%
<b>Total</b>	<b>42*</b>	<b>100%</b>



**Fuente:** muestra familiares de pacientes oncológicos

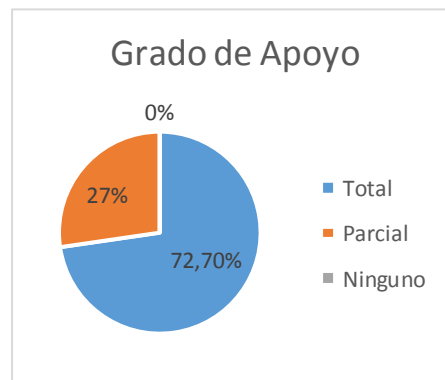
**Autora:** Mishell Montalvan

#### Análisis

De los resultados obtenidos según la pregunta de cuál fue la reacción de la familia frente al diagnóstico del paciente lo siguiente fue lo que constataron; el 47,5% indicaron que fue apoyo absoluto, el 4,8% indiferencia, 14,3 depresión, el 4,8% miedo, el 4,8% desesperación, el 4,8% ansias, el 9,5% angustia, el 7,1% nostalgia, el 2,4% preocupación, mientras que ningún familiar dijo que su reacción fue la de rechazo. Cerca de la mitad de familiares comentaban que la primera reacción fue de apoyo absoluto al paciente, por lo que como familia debían estar junto a él y así mismo darle ánimos y certeza de que se va a recuperar, indicaban que el apoyo es un factor importante para la recuperación de su paciente, así mismo la depresión fue la que invadió en sus vidas.

### Pregunta 5. Grado de Apoyo que le brinda Ud. al Paciente Oncológico

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Total	19	57,6%
Parcial	14	42,4%
Ninguno	0	0%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>



**Fuente:** muestra familiares de pacientes oncológicos

**Autora:** Mishell Montalvan

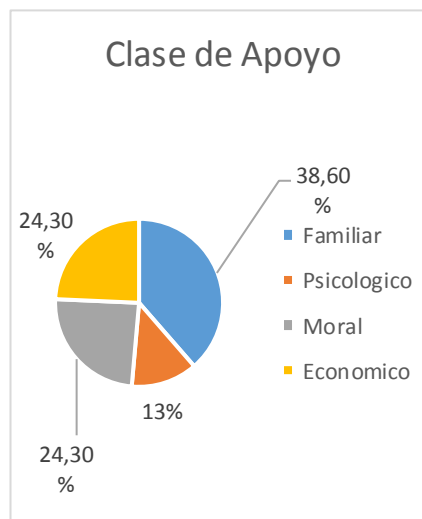
#### Análisis

Según los 33 familiares encuestados 19 personas que corresponden al 57,6% afirmaron que es total el grado de apoyo que brindan a sus pacientes, mientras que el 42,4% comentan que es parcial el apoyo que pueden darle a sus pacientes.

El apoyo que brindan a sus familiares es constante, por el hecho de que la relación que tienen es buena desde siempre y dicen que es una forma para que el paciente sienta el apoyo y se recupere pronto, asimismo los familiares que solo pueden ayudar parcialmente comentaban que es por motivos de trabajo al no tener una carga horaria que les permita estar pendiente de ellos.

### Pregunta 6. Qué clase de Apoyo le ha brindado a su Paciente Oncológico

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Familiar	27	38,6%
Psicológico	9	12,8%
Moral	17	24,3%
Económico	17	24,3%
<b>Total</b>	<b>70*</b>	<b>100%</b>



**Fuente:** muestra familiares de pacientes oncológicos

**Autora:** Mishell Montalvan

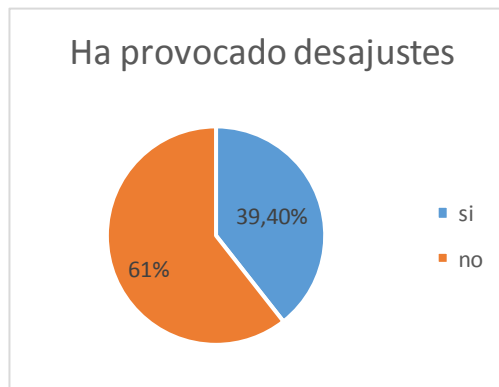
#### Análisis

Según lo encuestado el 38,6% de familiares dicen dar un apoyo familiar, el 12,8% apoyo psicológico, el 24,3% apoyo moral y el 24,3% apoyo económico.

Según se ha demostrado, los familiares que están pendientes de sus paciente les brindan toda clases de apoyo ya sea para que su tratamiento pueda responder de una buena manera, algunas para que no se sienta sola y tenga la misma vida que ha venido teniendo desde antes y el apoyo económico, ya que no todos están por convenios y necesitan de la aportación económica para sus quimioterapias y su recuperación.

### Pregunta 7. Ha provocado desajustes la enfermedad en su familia.

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Si	13	39,4%
No	20	60,6%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>



**Fuente:** muestra familiares de pacientes oncológicos

**Autora:** Mishell Montalvan

### Análisis

Según los 33 familiares encuestados 13 personas correspondientes al 39,4% manifestaron que si ha provocado desajustes la enfermedad dentro de su hogar, mientras que el 60,6% manifestó que no ha tenido ningún problema dentro de su núcleo familiar.

Los desajustes que han provocado la enfermedad dentro de su hogar es dolor al enterarse el diagnóstico del paciente, del mismo modo intranquilidad, depresión dentro de la familia, así mismo algunas personas comentaban que por causa de la enfermedad los familiares se han alejado de ellos produciendo un desequilibrio familiar, el cual no tenían antes del diagnóstico, y en la parte económica hay un desajuste por los altos gastos que demanda la enfermedad

**Pregunta 8. Esta dispuesto a colaborar en la total recuperación de su paciente oncológico**

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Si	33	100%
No	0	0%
<b>Total</b>	<b>33</b>	<b>100%</b>



**Fuente:** muestra familiares de pacientes oncológicos

**Autora:** Mishell Montalvan

**Análisis**

El 100% de familiares estuvieron de acuerdo en seguir colaborando en la recuperación del paciente oncológico.

Esta ayuda la van hacer como la has hecho hasta el momento, ya sea psicológica, económica, moral o en lo que el paciente necesite, el objetivo es que su recuperación mejore y valla adquiriendo las fuerzas que ha perdido por la enfermedad.

**ANEXO 10****MATRIZ PARA EL DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO:**

<b>PROBLEMAS</b>	<b>PRIORIDADES</b>	<b>FACTORES CONDICIONANTES</b>	<b>POSIBLES ACCIONES</b>	<b>RESPONSABLE</b>
Los pacientes oncológicos investigados tienen una serie de dificultades personales y familiares entre los que sobresalen: la baja autoestima, temor a no recuperarse, la falta de interés de la familia hacia ellos, el abandono familiar que es producido por diversos factores	El abandono familiar del que están siendo víctimas los pacientes oncológicos, constituye la prioridad en este caso por el daño psicológico que está provocando en ellos y el retraso en el proceso de recuperación.	Entre ellos se destacan la falta de cooperación de la familia, la negación de la familia al reconocer el abandono hacia el paciente, las condiciones de vida.	Se realizará una sesión de intervención que permita realizar una propuesta de acción para fortalecer la participación de la familia en el proceso de recuperación de los pacientes oncológicos, y de esta manera evitar el abandono familiar de los mismos.	Profesionales de la Institución



## ANEXO 11

### FICHA DE DIALOGO

#### DATOS GENERALES

**Dialogo:** Con la trabajadora social de la institución

**Tiempo de Dialogo:** 2 horas

**Objetivo:** Identificar los problemas existentes en los pacientes del hospital Oncológico SOLCA, Loja.

<b>Tema</b>	<b>Aspectos a observar</b> <b>Descripción</b>
<b>Problemas existentes en los pacientes</b>	HORA: de 8h00 a 10h00  Los principales problemas que se daban en los pacientes del hospital oncológico, son el Abandono Familiar hacia los pacientes, la falta de centros de Apoyo de motivación, la escasez de recursos económico por motivo que vienen de familias campesinas  Es importante conocer la importancia que tiene el trabajador social dentro de la institución, ya que este ayuda al paciente y a sus familias hasta en pequeños detalles que se presenten, como cita médica, apoyo en actividades etc.

## DATOS GENERALES

**Dialogo:** con los pacientes de la institución

**Tiempo de Dialogo:** 4 horas

**Objetivo:** cuál es el problema que más afecta en su recuperación, y como asume la enfermedad en su vida diaria.

<b>Tema</b>	<b>Aspectos a observar</b> <b>Descripción</b>
<b>Problemas existentes en los pacientes</b>	HORA: de 8h00 a 12h00  El paciente explicaba que el mayor temor que tiene es a la perdida de la vida, y al estar solo durante su tratamiento de igual forma dice no tener el apoyo suficiente de su familia, este es el caso de algunos pacientes, y por tal razón sientes que cada día se les va agotando las fuerzas de seguir adelante y de recuperarse.

## **ANEXO 12**

### **PROCESO DE INTERVENCIÓN**

#### **Objetivo:**

Diseñar la propuesta de acción para fortalecer la participación de la familia en el proceso de diagnóstico, tratamiento y recuperación de los pacientes oncológicos.

El desarrollo estuvo integrado en tres sesiones las cuales constaron en el siguiente desarrollo:

#### **Sesión N°1 (Pacientes Oncológicos)**

#### **Sesión N°2 (Familia Paciente Oncológico)**

#### **Sesión N°3 (Trabajadora Social)**

#### **Desarrollo:**

##### **➤ Momento inicial**

Presentación de los integrantes

Explicación acerca de la temática

##### **➤ Momento de elaboración**

Discusión y análisis de lo expuesto

Recolección de ideas

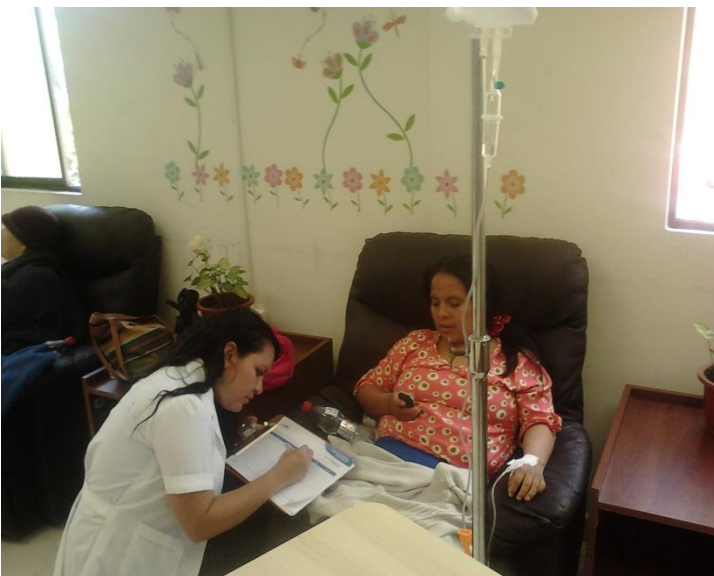
##### **➤ Cierre**

Despedida

**ANEXO 13**

**FOTOGRAFIAS**

**Aplicación de Encuestas**



Encuesta a paciente ambulatorio



Encuesta a paciente ambulatorio

## Aplicación de entrevistas Individuales y Grupales.



Entrevista a paciente oncológico



Entrevista grupal a paciente oncológico y hermano



Entrevista a Profesional de la Institucion

## Reuniones con Pacientes y Familiares.



Sesión con el grupo de pacientes oncológicos



Reunión para la tercera etapa con pacientes Oncológicos



Reunión con pacientes oncológicos



Reunión para diseño de propuesta  
con pacientes oncológicos



Reunión con los familiares de los  
pacientes oncológicos



Reunión Tercera Etapa

# UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

## ÁREA JURIDICA, SOCIAL Y ADMINISTRATIVA

### CARRERA DE TRABAJO SOCIAL

**“PROPUESTA DE ACCION DIRIGIDA A PACIENTE ONCOLOGICOS Y FAMILIAS, PARA FORTALECER LA PARTICIPACION EN EL PROCESO DE DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y RECUPERACIÓN DE SALUD DEL PACIENTE ONCOLÓGICO ”**

**AUTORA:**

**NADIA MISHHELL MONTALVAN ROBLES.**

**1859**

**LOJA – ECUADOR**

**2014- 2015**



## **ANEXO 14**

### **PROPUESTA DE ACCION**

#### **“FAMILIA QUE CRECE UNIDA... PERMANECE UNIDA”**

##### **Datos Informativos**

###### **Tema:**

Apoyo psico-social a los familiares y pacientes oncológicos del Hospital SOLCA Loja.

###### **Institución Ejecutora**

Hospital Oncológico SOLCA

###### **Razón Social**

La Sociedad de Lucha contra el Cáncer, SOLCA Loja, desde sus inicios planteo la lucha contra el cáncer en forma integral, pues ubicaron el problema en su justa dimensión, consideraron que el cáncer iba a convertirse en un problema creciente de salud por su incidencia y su prevalencia, pudiendo nosotros en la actualidad constatar cómo esta realidad no contempla fronteras.

###### **Cobertura y localización**

**Provincia:** Loja.

**Cantón:** Loja

**Participantes:** Familiares y pacientes oncológicos de la unidad oncológica provincial SOLCA Loja

### **Antecedentes**

En el desarrollo de la investigación se detecta que la familia posee una incidencia directa en la recuperación de los pacientes ya que la familia es el principal soporte del enfermo. El afecto que proporciona y la cantidad de tiempo que dedica son insustituibles para el enfermo, razón por la cual es necesario apoyar tanto a los familiares como a los pacientes psicosocialmente.

El entorno emocional de la familia durante todo el proceso, al igual que la dinámica de las relaciones interpersonales, influyen en el proceso posterior a la detección de la enfermedad del paciente oncológico. El propósito de la presente propuesta es potenciar en las funciones familiares por la situación de salud que los pacientes oncológicos atraviesan. Tras el diagnóstico de cáncer, toda la familia tiene que hacer frente a una gran cantidad de decisiones, emociones y cambios en su forma habitual de vivir y convivir. Cada miembro de la familia puede tener un mayor o menor grado de implicación en el cuidado del enfermo, pero lo cierto es que ninguno de ellos puede evitar estos cambios.

### **Justificación**

Conocedores de los casos de abandono familiar en los pacientes oncológicos del hospital SOLCA, provocados por La desatención de sus familiares, el

siguiente plan de acción va direccionado a tratar de dar posibles soluciones y que estos problemas disminuyas en gran porcentaje.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Fortalecer la participación de la familia en el proceso de diagnóstico, tratamiento y recuperación de su salud del paciente oncológico.

### **Objetivos Específicos**

- ❖ Desarrollar talleres vivenciales para pacientes oncológicos y familiares.
  
- ❖ Profundizar el tratamiento psicológico, con ayuda del equipo multidisciplinario, para los pacientes oncológicos del Hospital SOLCA y sus familiares.

### **Análisis de factibilidad**

Es factible ya que cuenta con el apoyo de las autoridades, personal que labora en la institución además de la disposición y colaboración de los pacientes oncológicos y sus familias.

Es posible poner en marcha esta propuesta ya que los beneficiarios al ser dependientes de una sola institución, y al ver su realidad, son conscientes de

su situación de convivencia y se presentan muy dispuestos a trabajar en estas áreas de la formación del Ser y de la convivencia armónica con los familiares.

De esta forma la viabilidad y la factibilidad de la propuesta está garantizada, en espera de los resultados positivos que se planifican para este grupo de pacientes y sus familias.

### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	CRONOGRAMA	RESPONSABLES	PERSONAS DE APOYO NECESARIAS	RECURSOS MATERIALES NECESARIOS
<b>A1:</b> Charlas, a familiares de los pacientes oncológicos, encaminadas a recuperar los valores familiares que se han perdido	Inicia 02-07-2015 Finaliza 09-07-2015	Psicólogo del hospital SOLCA	Trabajadora Social de la Institución	Computadora, Infocus, materiales de apoyo, trípticos informativos,
<b>A2:</b> Taller acerca de la Influencia del apoyo familiar en los pacientes oncológicos.	Inicia 13-07-2015 Finaliza 23-07 2015	Psicólogo del Hospital SOLCA Doctor Oncológico de la institución	Trabajadora Social de la Institución	Equipo de computo Infocus Servicio de internet
<b>A3:</b> Vinculación	Inicia 08-08-2015		Psicólogos	

familia-paciente en actividades recreacionales.	Finaliza 09-08-2015	Departamento de Trabajo Social	Terapeuta Profesional de MIESS	Materiales didácticos, folletos Amplificación Computadora
<b>A4.</b> Visitas Domiciliarias	Sean constantes durante el tiempo que dure la ejecución de la propuesta de acción	Departamento de Trabajo Social	Practicantes de trabajo social de la UNL	Transporte Teléfono
<b>A5:</b> Terapias de apoyo familiares	Inicia 17-08-2015 Finaliza 24-08-2015	Departamento de Apoyo Psicológico y Trabajo Social	Practicantes de Trabajo Social	Implementos didácticos Computadora Infocus
<b>A6.</b> Taller acerca de cuáles son la funciones de la familia con un paciente con cáncer.	Inicia 07-09-2015 Finaliza 10-09-2015	Medico Oncológico Trabajadora Social	Psicólogo	Implementos didácticos Computadora Infocus

<p><b>A7:</b> Tríptico a profesionales de la institución acerca del trato que deben proporcionar a los familiares y pacientes oncológicos.</p>	<p>Inicia 21-09-2015 Finaliza 23-09-2015</p>	<p>Departamento de Trabajo Social</p>		<p>Material didáctico</p>
<p><b>A8:</b> Asesoramiento en biblioterapia para pacientes oncológicos y sus familias.</p>	<p>Inicia 05-10-2015 Finaliza 08-10-2015</p>	<p>Departamento de Trabajo Social Docente del Hospital SOLCA</p>	<p>Practicantes de Trabajo Social</p>	<p>Material didáctico Servicio de computo Internet</p>

## PRESUPUESTO

RUBRO	UNIDAD	CANTIDAD	V.UNITARIO \$	V.TOTAL \$
<b>Costos Directos</b>				
A1. Fortalecimiento de valores				100.00
A2. Apoyo familiar a pacientes oncológicos				130.00
A3. Vinculación Familia-Paciente oncológico				200.00
A4. Visitas Domiciliaria				400.00
A5. Terapia de apoyo familia				280.00
A6. Taller de funciones de la familia de pacientes oncológicos				120.00
A7. Trípticos				230.00
A8. Biblioterapia para pacientes y familiares				300.00
<b>Costos indirectos</b>				
Local de conferencias	15 días	1	50	750.00
Vehículo	4 meses	1,50	40	375,00
<b>RECURSOS HUMANOS</b>				
Psicólogos	2 meses	1	400	400
<b>TOTAL</b>				<b>3,285.00</b>

## ESTRATEGIA DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

### Monitoreo y supervisión

El monitoreo es el seguimiento que se realiza durante la ejecución de las actividades, tanto en el diseño como durante el trabajo en campo, en función



de lo planificado. Evitando así el deterioro integral o parcial y asegurando el cumplimiento, se considera como un proceso sistemático basado en indicadores jerarquizados y en comparaciones permanentes de los logros con los parámetros del plan operativo, el cual es la guía a lo largo de la ejecución de todas las actividades de la propuesta de acción.

Se plantea el monitoreo para la implementación del proyecto, tomando en cuenta el seguimiento a las actividades, para conocer su cumplimiento con base en lo programado, y también los efectos inmediatos que se van generando tanto en los familiares como en los pacientes oncológicos funcionarios como en sus familias, en razón a los objetivos y las metas establecidas.

### **Evaluación de resultados e impactos**

El Departamento de Trabajo Social y Departamento Psicológico, evaluará semanalmente el cumplimiento y resultado de las actividades propuestas en el plan de acción, en donde tomaran en cuenta si las actividades programadas están siendo cumplidas a cabalidad y si están aportando positivamente en las relaciones familiares de los pacientes oncológicos.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

**AREA JURIDICA, SOCIAL Y**

**ADMINISTRATIVA**

**CARRERA DE TRABAJO SOCIAL**

**APOYO FAMILIAR A PERSONAS CON  
CÁNCER, COMO FACTOR PROTECTOR DE  
RECUPERACIÓN, EN EL HOSPITAL  
ONCOLOGICO DE SOLCA, LOJA.**

**Proyecto de Tesis previo a la  
obtención del título de  
Licenciada en Trabajo Social**

**AUTORA:**

*Nadia Mishell Montalvan Robles*

**LOJA – ECUADOR**

**2014-2015**

*El secreto del  
éxito... es la  
perseverancia.*

**a) TEMA**

**APOYO FAMILIAR A PERSONAS CON CÁNCER, COMO FACTOR PROTECTOR DE RECUPERACIÓN, EN EL HOSPITAL ONCOLÓGICO DE SOLCA, LOJA**

**b) PROBLEMÁTICA**

El paciente oncológico enfrenta múltiples problemas médicos, psicológicos y sociales. Así mismo está obligado a realizar cambios individuales, familiares, laborales y sociales en muchos aspectos de su vida cotidiana, existiendo serias dificultades para sobrellevar esta enfermedad, para lo que la familia tiene un papel imprescindible que incidirá en la calidad de vida de los pacientes.

El cáncer no es solo una enfermedad que amenaza su vida sino la pérdida del control de ella, al encontrarse regido por procedimientos que ayudan a su supervivencia lo cual lo torna vulnerable a diferentes reacciones psicológicas, incluyendo el miedo a la muerte, al abandono, a la pérdida de independencia personal y económica, así como reacciones de ansiedad y culpa.

Esto hace que el paciente y su familia vivan una verdadera crisis que puede desorganizar a ellos y el habitual ritmo de vida que llevan centrándose en atender al paciente.

La respuesta de la familia a esta situación depende de una estructura de funcionamiento familiar, de los valores, principios y de la capacidad que tienen para ofrecer una respuesta adecuada a las diferentes demandas, necesidades del paciente, por lo que en la investigación realizada no todas las familias y sus miembros responden de manera similar a este acontecimiento, y se ha podido observar que en la mayoría de casos los pacientes sufren del abandono familiar generando sufrimiento en ellos.

De esta realidad no están exentos los pacientes del Instituto de Cáncer SOLCA (Sociedad de Lucha contra el Cáncer) Núcleo de Loja, fue fundado el 23 de Agosto de 1962, que es una institución de salud, del más alto nivel en lo científico, tecnológico y humano que tiene como visión primordial de su existencia, el control de la enfermedad en su zona de influencia, contribuyendo a reducir la morbilidad y mortalidad por la misma y tratando de mejorar la calidad de vida del paciente y su familia.

Solca desde sus inicios planteó la lucha contra el cáncer en forma integral, pues ubicaron el problema en su justa dimensión, consideraron que el cáncer iba a convertirse en un problema creciente de salud por su incidencia y su prevalencia, pudiendo nosotros en la actualidad constatar cómo esta realidad no contempla fronteras y es un asunto global, de todos los países y el Ecuador no es la excepción.

Dada esta realidad, a través del sondeo preliminar y apoyándome en técnicas e instrumentos como: la observación, logre conocer la institución y las personas con las que puedo trabajar; a través de la encuesta piloto a los usuarios y la entrevista a la Trabajadora Social me permitió conocer los problemas más relevantes en los pacientes del Hospital Oncológico de Solca, Loja

De acuerdo a la Trabajadora Social y a los 21 usuarios encuestados por mi persona, en el Hospital Oncológico de Solca Loja, los problemas detectados fueron: con el **57,2%** el Abandono Familiar hacia los pacientes oncológicos, el **14,2 %** manifestaron la falta de centros de Apoyo de motivación, a causa del desinterés que tiene la sociedad y grupos políticos hacia la estabilidad emocional de ellos, y el **28,6%** la falta de recursos económico por motivo que vienen de familias campesinas y por un trabajo mal remunerado.

Al obtener estos resultados y al realizar la matriz de priorización, se determinó que el problema con mayor incidencia es **“El Abandono Familiar de los Pacientes Oncológicos”**, cuyas causas entre otras son la pérdida de valores en la familia, como la solidaridad en momento de crisis ante el impacto del peligro de la enfermedad. De igual manera otra causa es por su lugar de procedencia, es decir la mayoría de los pacientes pertenecen a los cantones de la provincia de Loja, lo que no les permite a su familia estar permanentemente con el paciente durante su tratamiento. La ocupación o subocupación laboral de los familiares es otro factor importante ya que por motivos de trabajo y sus cargas horarias, no les permiten dejar sus

ocupaciones para acompañar al proceso de recuperación del paciente oncológico.

El abandono familiar tiene efectos muy perjudiciales como son: la depresión que se da por la falta de apoyo de la familia, abandono del tratamiento por la desmotivación que existe en el paciente y por último el paciente deja de ser una persona funcional.

Por tal motivo planteo el siguiente problema científico: **¿Cómo el Abandono Familiar influye en el proceso de Recuperación de los pacientes oncológicos del hospital SOLCA?**

Este problema es factible al momento de realizarse por cuanto existe el apoyo de la trabajadora social, los recursos económicos necesarios y la colaboración de los pacientes, familias y personal que labora en Hospital Oncológico de Solca, Loja, para la recolección de información.

### **c) JUSTIFICACIÓN**

Según Lea Baider, Profesor de Psicología Médica, en su revista encontrada en la página web [www.redalyc.org](http://www.redalyc.org): Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos, “La participación de la familia con las personas con cáncer generalmente hace ampliar los lazos de redes sociales más complejas, concibiéndose como fortaleza contra el aislamiento social y relacionándose a una salud mental y física más elevada”.

Es indispensable conocer el ambiente familiar de las personas con cáncer, saber cómo es su relación y en que está afectando la enfermedad en su entorno. En tal lugar cabe recalcar que la siguiente investigación ira en beneficio de los pacientes y familiares de los internos del hospital Oncológico de Solca, ya que es pertinente desde el campo social, porque me permitirá conocer, observar e indagar las causas y efectos que tiene el cáncer en las relaciones familiares de cada uno de sus pacientes que se atienden en dicho hospital.

Así mismo establecer en las personas y sus familias una conciencia de auto cuidado, que este acompañado de comprensión y solidaridad de toda su familia y los que le rodean, para que así pueda el paciente tener una vida más tranquila y un tratamiento adecuado.

La urgente intervención profesional en el campo de lo social, nos obliga a tratar de descubrir nuestra identidad como futuras profesionales y sobre todo a mantener un compromiso permanente como elemento primordial para lograr desarrollar las habilidades que nos permitan enfrentar los hechos concretos de la realidad en la que vivimos.

La Universidad Nacional de Loja, Área Jurídica Social y Administrativa, Carrera de Trabajo Social, a través de un sistema académico establece que los alumnos de último ciclo elaboren el proyecto de tesis y a su vez la tesis, la cual es indispensable para obtener el grado de licenciadas en trabajo social.

Es por ello que como futura profesional en Trabajo Social, y con el fin de obtener mi grado de licenciada, he realizado mi proyecto de tesis en el Hospital Oncológico de Solca Loja, la misma que está enmarcada en la investigación del abandono familiar de los pacientes Oncológicos.



## **d) OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

- ❖ Fortalecer la participación de la familia en el acompañamiento del diagnóstico, tratamiento y recuperación de los pacientes oncológicos del hospital SOLCA

### **Objetivos específicos.**

- ❖ Determinar teóricamente las funciones de la familia de un paciente oncológico, para conocer cuál es el cuidado y apoyo que estos deben desempeñar durante el proceso de la enfermedad.
- ❖ Fomentar los valores afectivos en las familias de los pacientes oncológicos del Hospital SOLCA, mediante capacitación, para mejorar las relaciones interpersonales.
- ❖ Reforzar la atención en calidad y calidez de los profesionales de la salud, con el fin de mejorar el bienestar del paciente oncológico y su familia.
- ❖ Diseñar una propuesta de acción que beneficie al paciente oncológico, con la participación de la familia en el proceso de diagnóstico, tratamiento y recuperación de su salud.

## e) MARCO TEÓRICO

### ANÁLISIS CONTEXTUAL

#### HISTORIA SOLCA

El 23 de agosto de 1962 ocurre el nacimiento de SOLCA en Loja, con la participación de lo más representativo del mundo médico, social y cultural de la ciudad, que acogieron con entusiasmo la iniciativa del doctor Leoncio Cordero Jaramillo, miembro *del* Núcleo de SOLCA de Cuenca, de organizarse para luchar contra la terrible enfermedad del cáncer\*.

El Comité de Amigos de SOLCA de Loja inició sus labores en *un* estrecho y vetusto local en el antiguo hospital "San Juan de Dios", en donde se estableció *un* pequeño laboratorio citológico e histopatológico.

Desde el inicio, uno de los primeros problemas de SOLCA fue la difícil penuria económica por la que atravesaba, lo que le impedía desarrollarse y realizar sus actividades humanitarias. La asignación presupuestaria inicial fue apenas de quince mil sucres, lo que le obligó a SOLCA a gestionar la ayuda de instituciones locales como fueron el Municipio de Loja y la Junta de Asistencia Social

El 19 de junio de 1981 logra tener un propio local mediante gestiones y la ayuda altruista del ilustre Municipio de Loja, quien le dono 2180 metros cuadrados y posteriormente 600 metros más, en el norte de la ciudad.

El directorio elegido en el año de 1983 resuelve iniciar la construcción de un edificio para proporcionar atención de consulta externa y ampliar los laboratorios de histopatología y citología, con el aporte valioso de varias instituciones, y es así como el 20 de abril de 1990 se inaugura el Hospital Oncológico de Loja, constituyendo *un* acontecimiento histórico que marcaba el inicio de una etapa de esperanza en la lucha contra el cáncer. Los pacientes que adolecían de esta terrible enfermedad tendrán ya un lugar para su dolencia.

Vale citar, en acto de estricta justicia, la ayuda especial que SOLCA recibió del doctor Patricio Vivanco Riofrio, en el año de 1990. quién como diputado de Loja y con la ayuda de los otros diputados lojanos, logró que el Congreso Nacional, mediante resolución especial le asignara un porcentaje del impuesto del 0,5 % establecido a las transacciones bancarias, constituyéndose una importantísima ayuda económica para SOLCA Loja.

En agosto de 1996, se organizó el Voluntariado de Damas de SOLCA, que inició su accionar generoso y humano, teniendo como objetivo principal, el prestar ayuda cariñosa y efectiva a los pacientes oncológicos más necesitados. Su

labor se ha multiplicado día tras día y hoy se ha convertido en una organización de distinguidas y altruistas damas que realizan un sin número de acciones para ayudar a muchos enfermos que acuden a SOLCA.

La actual presidencia, ha impreso en su accionar un fuerte trabajo orientado hacia el Servicio al Usuario, mejora de espacios físicos y de atención al cliente, optimización de servicios, elevación del nivel de atención en el Programa para la Detección Oportuna de Cáncer y coordinación del mismo con los Gobiernos Seccionales, Ampliación de la Posada de Nazareth, Repotenciación y ampliación de la Unidad Móvil con la posibilidad de incrementar servicio de Mamografía y Ecografía ambulatorios, mejoramiento de la información sobre prevención del cáncer a la ciudadanía a través del Programa "Educación para un futuro sin cáncer, EDUCÁNCER", mejoramiento de la información hacia el cuerpo médico y paramédico a través de Conferencias, Simposios y Talleres en coordinación con el Colegio de Médicos de Loja y Facultades de medicina ,etc.<sup>65</sup>

### **Misión del Hospital SOLCA**

El Hospital de SOLCA, tiene como finalidad brindar servicio a la comunidad a través de la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer y ayuda a las personas de escasos recursos económicos, para ello cuenta con personas

---

<sup>65</sup> [www.solcaloja.med.ec](http://www.solcaloja.med.ec)

amables, responsables, humanitarias, técnicas con experiencia, capacitado y solidario.

### **Visión del Hospital SOLCA**

El hospital SOLCA es una institución confortable, para pacientes, empleados y trabajadores, presta servicios de calidad para la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer, cuenta con el servicio de trasplante medular, terapia de dolor, permanentes cuidados especializados al paciente, banco de sangre con el apoyo de instituciones a fines y con el aporte de los usuarios con capacidad de pago.

## 1. ABANDONO FAMILIAR AL PACIENTE ONCOLOGICO

### 1.1. Concepto

“Abandono de familia es el hecho delictivo que se realiza cuando una persona incumple los deberes inherentes a la patria potestad, tutela, o acogimiento familiar y la obligación de sustento a sus descendientes, ascendientes o cónyuge, que se encuentran necesitados, esto se halla regulado en una norma penal en blanco, es decir, que para conocer cuáles son los deberes concretos infringidos debemos remitirnos a las normas del Derecho civil reguladoras de estas instituciones”<sup>66</sup>

“El abandono de personas tiene como fundamento la protección de la vida y la integridad física de las personas

Esto se concreta con la sola posibilidad de poner en peligro la vida o integridad física, sin necesidad que se produzca efectivamente, la producción del daño. La forma de cometer este delito admite dos variables:

- a) Colocar a la víctima en situación de desamparo, impidiendo que obtenga los cuidados imprescindibles;
- b) Abandonar a su suerte, dejando de asistir a la víctima sin los cuidados necesarios

---

<sup>66</sup>Dr. Javier Muñoz Pereira. [www.iabogado.com/guia-legal/delitos-y-faltas/el-delito-de-abandono-de-familia-menores-o-incapaces](http://www.iabogado.com/guia-legal/delitos-y-faltas/el-delito-de-abandono-de-familia-menores-o-incapaces).

Para que se configure este delito “de peligro” se requiere un abandono peligroso, y capaz de repercutir en la vida o integridad física de la víctima. No basta, un simple abandono por negligencia o imprudencia, sino que requiere la voluntad de desinteresarse, conociendo el estado de vulnerabilidad en que se deja a la persona”.<sup>67</sup>

## **1.2. Causas del abandono familiar al paciente Oncológico**

Las principales causas son:

1) “La negación de la enfermedad. Esto es muy frecuente sobre todo al principio. No se es consciente, en alguno de los miembros de la familia puede representar un serio problema tanto en su funcionamiento como en su composición, podría considerarse como una crisis dada la desorganización que se produce y que impacta en cada uno de sus miembros.”<sup>68</sup>

2) Las causas del abandono son complejas y pueden atribuirse a tres niveles diferentes: el intrapersonal, una inter-personal/familia y nivel social/ecológico. Aunque las causas de abandono son variadas, los estudios sugieren que, entre otras cosas, problemas de salud mental, consumo de sustancias, la violencia doméstica, el desempleo y la pobreza son factores que aumentan la probabilidad de abandono.

---

<sup>67</sup> Dra. Esther García Vaquero, Dr. Javier Muñoz Pereira y Dra. Helena González Martínez.

<http://iabogado.com/guia-legal/delitos-y-faltas/el-delito-de-abandono-de-familia-menores-o-incapaces>

<sup>68</sup> Miguel Ángel Fernández Ortega. “El impacto de la enfermedad en la familia”

3) Familias negligentes a menudo experimentan una variedad o una combinación de factores adversos.

4) El bajo apoyo social y familiar.

8) Por el estigma social asociado

### **1.3. Efectos del abandono familiar al paciente Oncológico**

“Las consecuencias del abandono son de verdad innumerables pues aparte de los problemas psicológicos que esto pueda causar a los enfermos también puede afectarlos en su comportamiento, física y espiritualmente.

Ser abandonado hace que un individuo sienta que los otros no lo quieren, como resultado, es una serie de emociones negativas, como culpa resentimientos, ya que el individuo siente que hizo algo malo para merecer el abandono de su familia.

Ante esta situación la persona lucha por entender por qué es maltratada y la baja autoestima que se desarrolla consecuentemente de estos sentimientos dicta las relaciones que el enfermo tiene en su vida ya que puede ser difícil hacer amigos por miedo a que lo abandonen”<sup>69</sup>

---

<sup>69</sup>.Simón Fuller. Cómo nos afecta el abandono



## 2 PACIENTE ONCOLOGICO

### 2.1. Definición

Según la Organización Mundial de la Salud “El cáncer es un proceso de crecimiento y diseminación incontrolados de células. Puede aparecer prácticamente en cualquier lugar del cuerpo. El tumor suele invadir el tejido circundante y puede provocar metástasis en puntos distantes del organismo.”<sup>70</sup>

La oncología es la especialidad médica que se encarga del estudio y tratamiento de los tumores benignos y malignos. El termino tiene su origen en la lengua griega y está compuesto por los vocablos onkos (“masa”, “tumor”) y logos (“estudio”).<sup>71</sup>

El paciente oncológico es aquel que, debido a su patología, se encuentra en un plan de tratamiento y rehabilitación en función de la naturaleza y localización de la lesión, pudiendo consistir en cirugía oncológica, radioterapia, quimioterapia o una combinación de ellos.<sup>72</sup>

“El paciente se encuentra en una situación de enfermedad avanzada, incurable, polisintomática y con múltiples causas de sufrimiento en la esfera

---

<sup>70</sup> [www.oms.org](http://www.oms.org)

<sup>71</sup> [www.encyclopediasalud.com/definiciones/oncologia](http://www.encyclopediasalud.com/definiciones/oncologia)

<sup>72</sup> [www.definition-of.net/definición-de-oncología](http://www.definition-of.net/definición-de-oncología)

psicosocial. Es la situación de “dolor total” como lo define la OMS, situación que vive el enfermo y su familia como una verdadera catástrofe”<sup>73</sup>

## **2.2. Calidad de vida del paciente oncológico**

“El mantenimiento y la mejora de la Calidad de Vida es uno de los objetivos clave de la atención que recibe el paciente oncológico. Desde los años 90 se ha incrementado de manera importante la evaluación y la búsqueda de la mejora de la Calidad de Vida en dichos pacientes. La Calidad de Vida es actualmente una de las variables clave en Oncología, tan importante como otras variables médicas (la supervivencia o la respuesta al tratamiento). Orienta la atención que reciben dichos pacientes

Dicha Calidad de Vida es en especial importante en algunos grupos más frágiles como los pacientes con enfermedad avanzada, en los que es clave cuidar su Calidad de Vida y hacer un balance entre qué efectos consigue el tratamiento sobre la enfermedad en comparación a su peso en la Calidad de Vida; o en las personas mayores, las cuales constituyen un grupo muy amplio de los pacientes oncológicos

---

<sup>73</sup> Eduardo Bruera y Liliana De Lima Cuidados Paliativos:

El cáncer en la actualidad se puede entender como una enfermedad crónica, y que más de la mitad de los casos de esta enfermedad se curan, lo que da más valor a la Calidad de Vida de los pacientes”.<sup>74</sup>

### **Importancia de la Evaluación, Calidad de Vida en Oncología**

“La evaluación de la Calidad de Vida ayuda a mejorar la atención que se ofrece a los pacientes y a sus cuidadores. En este sentido, es de gran utilidad para dichos pacientes y cuidadores y para los profesionales.

Dicha evaluación tiene diferentes aplicaciones: es clave a la hora de valorar los tratamientos oncológicos nuevos, siendo en algunos países como Canadá obligatoria su medida antes de aprobar un tratamiento nuevo. La valoración de la Calidad de Vida es importante además en el trabajo diario con los pacientes. En este sentido, permite afinar las intervenciones que se hacen con un paciente, ayudar a decidir el tratamiento que puede ser más adecuado para él; o favorecer la detección temprana de síntomas.

Las personas con cáncer se muestran en general colaboradoras ante las evaluaciones de su Calidad de Vida, y suelen agradecer que se preste atención a las diferentes áreas de su Vida. En un número importante de

---

<sup>74</sup> Dr. d. Juan Ignacio Arrarás. La calidad de vida en el paciente oncológico

casos, dichas evaluaciones, al realizarse en forma de entrevistas permiten ofrecer un apoyo emocional a los pacientes”<sup>75</sup>

### **3. RELACION DE LA FAMILIA CON PACIENTE ONCOLOGICO**

#### **3.1. Aspectos de la relación**

“Durante la última década, la asociación entre la salud física y el grado de calidad en las relaciones sociales ha sido sistemáticamente documentada. Mientras la evidencia liga al aislamiento y la carencia de conexiones sociales al aumento de riesgo en la morbilidad y mortalidad, estas investigaciones presentan importantes dilemas referentes a qué tipo de mecanismos conectan las relaciones sociales y su influencia en los estados de salud (Hann et al., 2002; Seeman, Berkman, Blazer y Rowe, 1994).

Se acepta que el sistema social puede ayudar a individuos a resistir los efectos psicológicos adversos de la severa tensión causada por la enfermedad y la necesidad de apoyo en promover una mejor recuperación física y mental. Inversamente, cuando tal apoyo no es disponible o retenido, la situación del paciente es visiblemente deteriorada. Pacientes con sentido vívido de la importancia de sus relaciones familiares y sociales experimentan menos

---

<sup>75</sup> Dr. d. Juan Ignacio Arrarás. La calidad de vida en el paciente oncológico

trastornos mentales, mayor autoestima y un mayor sentido de la eficacia en su propia habilidad de funcionamiento (Bloom y Kessler, 1994).

Burman y Margolis (1992) describieron la correlación entre el matrimonio y la ayuda social coincidiendo con los dos modelos: el matrimonio que proporciona la ayuda específica contra los efectos de la enfermedad y/o actúa como almacenador específico intermediario que neutraliza la tensión producida por la enfermedad. Los datos sobre el ajuste y la supervivencia demuestran que gente casada de diferente edad y de ambos géneros se adapta mejor a la enfermedad crónica y tiene una calidad de vida más elevada que gente soltera o sin pareja (Reynolds y Kaplan, 1990).

La participación de la familia generalmente hace ampliar los lazos de redes sociales más complejas, concibiéndose como baluarte contra el aislamiento social y relacionándose a una salud mental y física más elevada (Baider, 1995; Bloom y Kessler, 1994)<sup>76</sup>.

### **Aspectos de la relación**

- Aunque la familia está formada por un grupo de personas vinculadas entre sí, las alianzas que se establecen a menudo se rompen y reforman. El impacto que genera la enfermedad puede ser un generador de cambio en estas relaciones.

---

<sup>76</sup> Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos Lea Baider<sup>1</sup> (Instituto "Sharett" de Oncología y Radioterapia, Hospital Universitario Hadassah, Israel)

- La identificación con el enfermo puede despertar signos de alarma familiares graves, con el desarrollo de somatizaciones, hipocondrías, etc.
- La etapa de desarrollo en la que se encuentra la familia. El grado de madurez familiar condiciona la capacidad de respuesta y atención.
- La experiencia frente a la capacidad de cuidar facilitará o condicionará la actitud en la atención que requiere el enfermo.
- El estilo de comunicación entre los miembros y los términos en que esta se da pueden ser generadores de confusión entre los componentes, con riesgo de incrementar los niveles de ansiedad de estos. En otras ocasiones, las familias organizan su comunicación a través de un pacto de silencio frente a la información hacia el enfermo con el objetivo de evitarle preocupaciones, pero no siempre los resultados son buenos.
- Diferentes actitudes, como la sobreprotección y los cambios de rol no pactados en el seno de la familia, pueden condicionar la capacidad de autonomía de la persona enferma, ocasionándole sentimientos de descalificación o baja autoestima.<sup>77</sup>

---

<sup>77</sup> Ackerman, N, Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares. Psicodinamismo de la vida familiar, 9ª ed. Buenos Aires: Paidós 1988

### **3.2. Capacidad emocional**

- En términos generales, si una familia es emocionalmente inestable, existe más riesgo de descompensación del estado de ánimo y, como consecuencia, de que se produzca una inadecuada adaptación.
  
- Las defensas o mecanismos defensivos como procesos mentales protectores frente a la ansiedad, aun siendo muchas veces necesarios o útiles, pueden ser a la vez generadores de distorsiones en la relación entre los miembros de la familia y entre ésta y los diferentes profesionales que los atienden.
  
- La experiencia de procesos dolorosos y traumáticos puede incidir positiva o negativamente en la capacidad para afrontar y adaptarse a nuevas situaciones críticas. Lo mismo puede suceder en el caso de la inexperiencia.
  
- La frecuencia de historias o situaciones similares, especialmente si se han producido de una forma cercana en el tiempo, coloca a los familiares en situación de agotamiento y fragilidad emocional de cara a enfrentarse a nuevos acontecimientos.

- Durante un proceso prolongado y/o crónico, se podría producir una situación de agotamiento y/o sobrecarga que desencadenara una claudicación o pérdida de la capacidad del cuidador o cuidadores.
  
- El impacto que produce la enfermedad, a veces agravado por diagnósticos de evolución incierta, genera en la familia un estado de confusión o de parálisis que dificulta la posibilidad de garantizar las funciones emocionales básicas, que según Meltzer<sup>2</sup> son:
  - Generación de amor, sentimiento generado hacia el propio potencial interno y los vínculos familiares, nos da seguridad para afrontar los acontecimientos.
  
  - Fomento de esperanza que ayuda a desplegar vitalidad, movilizar recursos y expresar entereza frente al peligro.
  
  - Contención de sufrimiento que facilita la vivencia de la angustia en límites tolerables para poder vivir el proceso. Es una precondition para que los miembros dependientes puedan vivir de la experiencia.
  
- Las actitudes de desesperanza modifican o reducen la capacidad familiar para cuidar, ya que para ellos no tiene sentido mantener un estado de lucha.



- Los sentimientos de culpa y enemistad, conscientes o inconscientes, pueden desembocar en comportamientos de agresividad y hostilidad.
  
- Miedo a perder aspectos de calidad de vida llevada hasta ese momento, con los consiguientes estados de ánimo que pueden ir desde el estado más eufórico hasta la mayor depresión.
  
- Miedo a sufrir y a hacer sufrir a los demás. El sufrimiento está asociado en este caso al dolor o descontrol de síntomas, pero queda implícita la necesidad de evitar el sufrimiento intelectual.
  
- A menudo se intenta evitar mantener la esperanza y/o hacer planes de futuro como defensa para no caer en posibles sentimientos de fracaso.
  
- Miedo a la propia muerte, a su significado y al modo de morir. Una persona moribunda nos hace entrar en contacto con la propia muerte y nos recuerda la limitación de la propia vida, y rompe, así, el sentimiento de inmortalidad que frecuentemente tenemos.
  
- Miedo al sufrimiento físico y/o emocional. El sufrimiento físico comporta un sufrimiento emocional tanto de la persona que lo padece como de los

que están a su alrededor. A menudo este sufrimiento puede paralizar ciertas iniciativas tanto del enfermo como de los familiares.<sup>78</sup>

### **3.3. Funciones de la familia**

#### **Funciones básica de la familia:**

Las 6 funciones básicas de la familia son:

- 1- Afecto
- 2- Apoyo
- 3- Comunicación
- 4- Reglas y normas
- 5- Adaptabilidad
- 6- Autonomía

**1 Proporciona afecto:** Da estabilidad emocional y apoyo en los momentos de crisis

**2 Presta apoyo:** Proporciona apoyo afectivo, físico, económico

**3 Permite comunicación:** Verbal y no verbal: transmite afecto, apoyo, normas, creencias, lengua

**4 Fija reglas y normas:** Establecen la autoridad, reparten los papeles, facilitan las relaciones y mantienen la armonía y el orden.

---

<sup>78</sup> Modelo de trabajo social en la atención oncológica, Junio de 2004

**5 Se adapta ante los cambios:** Relaciones dinámicas en un contexto de cambios (familiares y sociales), previsibles o imprevistos (crisis familiares).

**6- Permite la autonomía personal:** Independencia paulatina para permitir el crecimiento, la maduración y la incorporación a la sociedad<sup>79</sup>

### **3.4. El Rol de la familia con el paciente oncológico**

“La atención al paciente oncológico terminal no se debe centrar únicamente en el enfermo, sino que comprende igualmente a su entorno más cercano, especialmente al cuidador principal, el cual sufrirá múltiples pérdidas a lo largo de su desarrollo”.<sup>80</sup>

“La enfermedad involucra la ruptura con las rutinas, pérdida de un funcionamiento familiar previo, de la salud y la integridad física y temores hacia la muerte, entre otras consecuencias, constituyendo la base de múltiples duelos. Las principales fuentes del estrés del familiar son:

- Incertidumbre acerca de la utilidad de los tratamientos.
- Insuficiente información sobre el desarrollo de la enfermedad.
- Dificultad para aceptar la muerte de un ser querido.

---

<sup>79</sup> Unidad de Medicina Familia y Atención Primaria. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid. UAM. 2011

<sup>80</sup> (32) Babarro AA. Atención a la familia. Atención Primaria 2006; 38:14-20.

- Ausencia de conocimientos de los cuidados específicos que requiere el paciente.
- Falta de apoyo por profesionales sanitarios.
- Incapacidad para lograr una adecuada comunicación con el enfermo.
- Cambios de roles familiares.
- Compatibilización del trabajo y el cuidado del familiar.
- Falta de apoyo social. Miedo a sentirse solo.
- Tristeza. Miedo a perder la esperanza.

La sobrecarga intensa del cuidador conduce a la claudicación, es decir, la manifestación implícita o explícita, de la pérdida de capacidad de la familia para ofrecer una respuesta adecuada a las demandas y necesidades del enfermo oncológico a causa de un agotamiento o sobrecarga

#### **4. CÁNCER Y SUS EFECTOS PSICOSOCIALES EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS**

El cáncer provoca un fuerte impacto emocional que atenta contra la vida de quien adolece esta enfermedad, la que ha sido considerada únicamente desde el punto de vista orgánico, biológico, dejando a un lado las emociones, las actitudes sexuales y afectividad.

Las diversas reacciones emocionales depresivas y ansiosas acusan grados de intensidad y duración diferentes en cada paciente; sin embargo la crisis ansiosa parece ser predominantes durante los exámenes de diagnóstico más aún si estos son prolongados, repetitivos, inciertos o frente a diferentes pautas de tratamiento oncológico.

#### **4.1. Depresión**

“La depresión es una enfermedad básicamente afectiva, que se manifiesta por decaimiento, apatía, falta de sueño y de apetito, pérdida de peso, falta de energía, visión pesimista de la realidad actual y del futuro, sentimientos de culpa y subvaloración de sí mismo, perdida de interés en actividades que antes despertaban entusiasmo.

Es un estado depresivo que se manifiesta con el diagnóstico y tratamiento del cáncer es la depresión mayor, que se caracteriza por ser generalmente grave, siendo sus síntomas más sobresalientes, descuido total de sus actividades habituales, deterioro social, laboral, sentimientos de ruina, culpa, inutilidad, pesimismo al punto de alcanzar una psicosis, ideas suicidas, deseos reiterados de muerte”.<sup>81</sup>

---

<sup>81</sup> Modelo de trabajo social en la atención oncológica, Junio de 2004

## 4.2. Ansiedad

“El estado de ansiedad que sobreviene al paciente de cáncer, se halla sujeto a multitud de formas de expresión y condicionantes que dependen en gran medida de las experiencias anteriores del individuo, a menudo vividas por la infancia y así mismo guardan una estrecha relación con los rasgos de la personalidad.

Los estados de ansiedad se traducen en una serie de trastornos síquicos y funcionales, sus causas pueden ser de orden real como los conflictos familiares y laborales o bien en orden subjetivo como la falsa valoración de los hechos.

Dentro de estos desajustes de ansiedad se manifiestan:

- Trastornos de pánico
- Fobias
- Trastornos de ansiedad postraumática
- Trastornos de ansiedad generalizado”<sup>82</sup>

---

<sup>82</sup> Sanchez, Yorki, cáncer, aspectos psicológicos y psicoterapias Cap. II Pág. 30

### **4.3. Bajo Autoestima.**

“La baja autoestima puede causar mucho sufrimiento en cualquier persona, las malas experiencias, los mensajes negativos, la crítica y los menosprecios y las relaciones problemáticas pueden resultar en una baja autoestima.

Las personas con baja autoestima:

- Se siente insegura, sola vacía, rechazada, triste, culpable, inútil, deprimida
- Busca aprobación en los demás
- Finge para impresionar y llamar la atención
- Busca el amor y el afecto en cualquier lugar
- Se siente cómoda con personas que la hacen sentir importantes

La baja autoestima asociada al cáncer puede provocar en quien padece este problema de salud, sentimientos de desvaloración, de soledad, de aislamiento, marginación”<sup>83</sup>.

### **4.4. Aislamiento**

“Este sentimiento es especialmente común en las personas que han vivido un proceso oncológico. El período posterior a los tratamientos es una etapa de transición y de cambio del que debes ser consciente. Se trata de un proceso

---

<sup>83</sup> Consejería Nueva Vida, Tríptico

gradual en el que son importantes la reflexión y la introspección para procesar todo lo que ha pasado. En ocasiones, este momento sirve para recolocar las prioridades personales o replantearse las circunstancias vitales y poder crecer.

Tras la remisión del cáncer, quizá sientas o percibas sensaciones de incompreensión por parte de tu entorno. Suele suceder que, durante los tratamientos, amigos, familiares, pareja y equipo médico se vuelcan en tu cuidado. Al terminar estos, y con la llegada de la recuperación física, algunas de las personas que te rodean no se percatan de que también necesitas una recuperación psicológica y social, que no siempre se produce al mismo ritmo que la física. Incluso es posible que, con el deseo de protegerlos y para no entristecerles o preocuparles, prefieras no compartir tus emociones.

La incompreensión y la sobreprotección suelen generar soledad o aislamiento y no es raro que percibas que ellos han seguido caminando mientras tú tenías que frenar forzosamente tu rutina, tus proyectos, tu proyección personal o tu carrera laboral.”<sup>84</sup>

---

<sup>84</sup> GEPAC, Grupo Español de Pacientes con Cáncer



## 5. REPERCUSIONES SOCIOECONÓMICAS DE LA ENFERMEDAD ONCOLÓGICA

### 5.1. Relaciones Sociales.

“La persona enferma puede entrar en un proceso de dificultades para mantener el ritmo de relación social llevado hasta el momento y llegar, incluso, a una situación de aislamiento que generalmente se incrementa si la duración de la enfermedad se alarga, se cronifica o se pierde autonomía personal. También los posibles cambios de humor y de conducta son agentes causantes del retraimiento social.

La esfera social que rodea a la persona enferma se puede ver modificada de la manera siguiente:

- Los enfermos tienen que enfrentarse durante el tiempo que dura el tratamiento a la pérdida de alguna actividad a través de las cuales estos se presentan al mundo, son creativos, “son”, existen. Esta pérdida puede tener consecuencias en forma de pérdida de grupos de referencia, pero también supone una pérdida en lo que la persona “es” en sí misma. Aceptar este hecho y encontrar otras formas de ser y proyectar- se no solamente sucede durante sino con posterioridad al tratamiento. Por tanto, se produce una transformación de las habilidades sociales.

- Las reacciones de la persona enferma con cáncer pueden ser múltiples y diferentes en cada caso. Tienen que ver con muchos factores, tanto de tipo psicológico (reacciones emocionales, cambios de humor), como de tipo físico (deterioro de la imagen, déficits funcionales, etc.). Unas y otras condicionan a la persona de forma que sus relaciones pueden modificarse, yendo desde el aumento de las relaciones hasta el aislamiento social.
- La estigmatización. Dependiendo del entorno social que rodea a la persona hay una serie de aspectos relacionados con el cáncer, algunos de ellos por su localización en el cuerpo, otros por el estilo de vida, la predisposición genética etc. que condicionan las reacciones del entorno humano cercano.
- El miedo, tanto del enfermo como de sus seres cercanos, a expresarse o manifestarse para evitar provocar en los demás sentimientos de tristeza o reacciones totalmente contrariadas, puede hacer que se tomen actitudes minimizadoras; incluso pueden adoptarse actitudes maníacas o de optimismo fuera de tono.
- La sociedad actual tiende cada vez más al anonimato. En el entorno inmediato se lleva a cabo una selección cuidadosa de las personas de las que rodearse para defender de este modo la propia intimidad. Dar a conocer abiertamente ciertas carencias, puede generar pérdida de respecto y credibilidad. Esta filosofía de vida, que puede ser muy efectiva

en una sociedad autónoma, hace que valores como el de la solidaridad, la compasión, etc. no lleguen a desarrollarse por miedo a violar los espacios de intimidad, por un lado, y el sentimiento de intrusismo, por otro.

- Una persona que sufre el riesgo de morir es poco reconocida socialmente, es decir, que los valores sociales actuales, como son el éxito, la productividad, la estética, la imagen corporal, etc., se oponen a otros valores como la compasión, la comprensión y la solidaridad”<sup>85</sup>

## **5.2. Situación a nivel laboral**

“A menudo, la situación laboral de las personas enfermas queda fuertemente afectada ya que no existe una legislación que tenga en cuenta ciertos aspectos fundamentales para el enfermo oncológico.

Dificultades para poder continuar manteniendo el ritmo laboral:

- Como consecuencia del tratamiento: El hecho de someterse a un tratamiento más o menos agresivo puede conllevar una sintomatología somática añadida que no permite a esa persona mantener un ritmo de trabajo normalizado.

---

<sup>85</sup> Modelo de trabajo social en la atención oncológica, Junio de 2004

- El impacto emocional y el planteamiento de futuro pueden dificultar la continuidad del ritmo de trabajo.
- Fruto de la iatrogenia, ya sea por el tratamiento o por las lesiones post-quirúrgicas.
- Por un cambio en la imagen corporal. Cuando se trata de las personas que trabajan en un marco público y la imagen forma parte del conjunto del puesto de trabajo. En enfermedades avanzadas cuando la persona no puede asumir el 100% de sus responsabilidades.
- Las políticas laborales no favorecen la integración de personas con discapacidades temporales o permanentes, y agravan la precariedad de ciertos grupos o colectivos más vulnerables, como por ejemplo:
  - La aplicación del sistema de pensiones es ciertamente rígida.
  - Por cuestiones de tipo administrativo. Por ejemplo: No es compatible media jornada de baja con media en activo.
  - Cuando la persona enferma ya tiene un contrato temporal, este no suele ser renovado.
  - El trabajador autónomo durante su baja tiene que cotizar, sin embargo, no se le permite continuar trabajando.

- Modificaciones del rol profesional; la incertidumbre que provoca la evolución de la enfermedad priva a menudo de la oportunidad de obtener ciertos ascensos profesionales o de efectuar cambios de roles que permitan a la persona enferma continuar desarrollándose personal y profesionalmente”<sup>86</sup>.

### **5.3. A nivel económico.**

“El hecho de enfermar comporta, generalmente, una disminución de la capacidad económica fruto de los inconvenientes laborales, la falta de previsión social y otras circunstancias. Algunas de las causas y consecuencias provocadas por la falta de poder adquisitivo son las siguientes:

- Una baja laboral por enfermedad comporta una disminución de los ingresos y, en algunos casos, la pérdida de incentivos y complementos asociados al contrato.
- Incremento de los gastos. A raíz de la enfermedad se generan una serie de necesidades que tienen que ser cubiertas: medicación, desplazamientos, ayudas técnicas, supresión de las barreras arquitectónicas, cambios de domicilio, asistencia y ayudas en el hogar, dietas, etc.

---

<sup>86</sup> Modelo de trabajo social en la atención oncológica, Junio de 2004

- Disminución de las aportaciones económicas de otros miembros de la familia integrados en el mundo laboral. Es común que otros miembros de la familia tengan que modificar su situación laboral (bajas, reducción de la jornada, abandono del trabajo, estudios, etc.) con el objetivo de cuidar de la persona enferma.
  
- La variedad de tratamientos aplicables a la enfermedad es a menudo generadora de incertidumbre y hace que enfermos y familiares, a veces, inicien un peregrinaje en busca de soluciones y tratamientos alternativos que puede llegar a generar situaciones familiares de déficits económicos graves.
  
- La falta de capacidad económica puede provocar cambios graves en el ritmo de vida llevado hasta el momento y dificulta las posibilidades de que la persona enferma, en caso de no trabajar, desarrolle aquellas actividades alternativas que le permitan ocupar el tiempo que antes dedicaba a las tareas laborales.”<sup>87</sup>

---

<sup>87</sup> Modelo de trabajo social en la atención oncológica, Junio de 2004

## 6 TRABAJO SOCIAL Y ONCOLOGÍA

### 6.1. Definición de Trabajo Social

“El trabajo social se define según la Federación Internacional de Trabajadores Sociales y la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social (IASSW) como "La profesión de trabajo social que promueve el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas, y el fortalecimiento y la liberación del pueblo, para incrementar el bienestar. Mediante la utilización de teorías sobre comportamiento humano y los sistemas sociales, el trabajo social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno. Los principios de los Derechos Humanos y la Justicia Social son fundamentales para el Trabajo Social".

El trabajo social en sus distintas expresiones se dirige a las múltiples y complejas relaciones entre las personas y sus ambientes. Su misión es facilitar que todas las personas desarrollen plenamente sus potencialidades, enriquezcan sus vidas y prevengan las disfunciones. Por ello, los y las profesionales en trabajo social, se convierten en agentes de cambio en la sociedad y en la vida de las personas, familias y comunidades para las que trabajan. El trabajo social es un sistema integrado y dinámico de valores, teoría y práctica interrelacionados.

La profesión de Trabajo Social promueve el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas y el fortalecimiento y la liberación del pueblo para incrementar el bienestar. Mediante la utilización de teorías sobre comportamiento humano y los sistemas sociales, el Trabajo Social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno. Los principios de los Derechos Humanos y la Justicia Social son fundamentales para el Trabajo Social.”<sup>88</sup>

## **6.2. El rol del Trabajador Social en el ámbito de la salud**

“El Trabajo Social constituye una actividad de apoyo y complemento de las acciones medico sanitarias, insertada dentro de los objetivos de la institución, siempre a través de programas integrados

En el sector de salud se circunscribe al conjunto de etapas, que siguiendo la metodología propia del Trabajo Social, realiza para abordar una situación vivida como problemática y arbitrar soluciones con los individuos y/o poblaciones involucradas”<sup>89</sup>

---

<sup>88</sup> Boris Lima, epistemología del trabajo social

<sup>89</sup> Lic. María A Agüero - Trabajadora Social. “EL TRABAJO SOCIAL EN SALUD PUBLICA”



### **EN LA PREVENCIÓN:**

- ✓ Estudiar las actitudes y los valores que benefician u obstaculizan el acceso a mejores niveles de salud.
- ✓ Estudiar la incidencia de variables socioeconómicas y culturales en la etiología, distribución y el desarrollo de los problemas de salud.
- ✓ Orientar y capacitar a la población sobre el uso de recursos institucionales y o comunitarios que puedan contribuir a que los individuos alcancen mejor calidad de vida.
- ✓ Orientar y fortalecer los vínculos que permitan la unidad familiar y capacitar a sus miembros para que se aseguren la salud.
- ✓ Estudiar el nivel de aprovechamiento por parte de los usuarios de los servicios de salud, programas y expectativas frente a ellos.
- ✓ Colaborar en la capacitación de voluntarios y auxiliares para ejecutar acciones de salud”<sup>90</sup>

---

<sup>90</sup> Lic. Baudino Verónica, Congreso Internacional “Programa de Servicio Social de Atención Primaria de la Salud”

### **EN LA PROMOCIÓN:**

- ✓ Participar en la elaboración, ejecución y evaluación de proyectos y programas de difusión de los múltiples factores que inciden negativamente en la salud de las poblaciones, procurando la participación activa de los involucrados en forma plena y democráticamente.
  
- ✓ Aportar al equipo de salud el estudio de las variables socioeconómicas y culturales que inciden en la etiología de las enfermedades. Asimismo, el estudio, diagnóstico y tratamiento de las consecuencias sociales, localizando, identificando, controlando y eliminando aquellas que retardan e impiden el logro de los objetivos en salud.
  
- ✓ Clarificar, orientar, capacitar, a las familias y a las poblaciones sobre los problemas causales de las enfermedades a los fines de que se asuman como responsables de la prevención de la enfermedad y promoción de la salud en su propio medio ambiente
  
- ✓ Participar en la formulación, ejecución y evaluación de las políticas de salud, desde la óptica de su competencia.
  
- ✓ Orientar, asesorar y capacitar a la población sobre el uso de los recursos institucionales del sector salud, ya sean oficiales o privados.

- ✓ Aportar al equipo interdisciplinario la información adecuada para que se concreten el diagnóstico y tratamiento tempranos, así como la implementación de encuestas con sus resultados para seleccionar casos de alto riesgo.

### **EN LA RECUPERACIÓN:**

- ✓ Intervenir en el equipo de salud, contribuyendo a atender, reducir y reparar los daños causados por la enfermedad, ya sus acciones se desarrollen sobre individuos o comunidades.
- ✓ Coordinar las medidas que se implementaron oportunamente para que el o los afectados por la enfermedad dispongan de los recursos materiales y financieros necesarios para su recuperación.
- ✓ Realizar las gestiones pertinentes para obtener y asegurar por medio de subsidios los medios tendientes a dar solución a los problemas planteados, aportando la documentación y la presentación adecuada con el Informe Social y la Opinión del Trabajador Social ante la institución a la que pertenece y derivando cuando sea conveniente a otra del nivel oficial o privado, dentro y fuera del ámbito provincial y también internacional.

- ✓ Fortalecer al grupo familiar, orientando, asesorando, clarificando sobre la situación problema presentada, para obtener la colaboración activa de los mencionados.

### **EN LA REHABILITACIÓN:**

- ✓ Realizar el tratamiento social correspondiente para asegurar que el enfermo o minusválido logre desarrollar el máximo de sus potencialidades, ya se trate de rehabilitación física como de rehabilitación social.
- ✓ Continuar con la gestión de los recursos económicos y financieros necesarios en el tratamiento de rehabilitación, hasta su obtención.
- ✓ Realizar una difusión sobre las reales capacidades de los rehabilitados, para que la comunidad pueda contribuir a su reinserción.

Las diferentes definiciones de salud nos remiten a reconocer que la salud es un desajuste entre individuo y ambiente y se señala que la salud es un medio y un fin. Desde el Trabajo Social decimos que es un medio para asegurar la supervivencia individual y colectiva puesto que los hombres no viven aislados; así como también es un componente del desarrollo social”<sup>91</sup>.

---

<sup>91</sup> Lic. María A Agüero - Trabajadora Social. “EL TRABAJO SOCIAL EN SALUD PUBLICA”

### **6.3. Trabajo Social en oncología**

“La especificidad del trabajo social en oncología dependerá del lugar donde se desarrolle la tarea. La incorporación del trabajador social a los diferentes campos de la medicina permite aportar a otras especialidades conocimientos y elementos adecuados para la mejora de la atención en general.

Respecto a la Oncología, el trabajador social en el campo de la salud debe tener incorporados una serie de conocimientos básicos que le permitan intervenir de forma apropiada en cada caso”<sup>92</sup>

“El trabajador social forma parte del equipo multidisciplinario en la atención del paciente con cáncer, que se ocupa de atender las necesidades de los pacientes oncológicos en el proceso salud-enfermedad identifica las redes familiares y sociales, utilizando los recursos disponibles

El objetivo del trabajador social en oncología es Brindar atención personalizada al paciente y / o familiar a través de información y orientación oportuna con calidad y calidez de los servicios con que cuenta el Centro Oncológico.

#### **Actividades que realiza el Trabajador Social en el hospital Oncológico de Solca.**

- Realiza estudios de clasificación socio-económica.

---

<sup>92</sup>Dr. Josep M. Borrás “Modelo de trabajo social en la atención oncológica, Junio de 2004”

- Participar en sesiones de discusión de casos clínicos.
- Realizar visitas domiciliarias.
- Atención personalizada al paciente y familiares
- Redes de apoyo.
- Asesora, informa, educa a pacientes y familiares.
- Identifica pacientes vulnerables”<sup>93</sup>
- “Planificación, coordinación, supervisión, evaluación de los procesos y actividades que se desarrollan para una atención eficaz a los pacientes.
- Coordinación de actividades con voluntariado.
- Medicina Preventiva: Coordinación con instituciones y empresas para la realización de exámenes preventivos.
- Revisión de planillas, control de los exámenes de convenio con otras instituciones.
- Entrevistas, recepción de datos socioeconómicos, apertura de fichas sociales en el sistema.
- Elaborar Informes Sociales, para solicitar ayuda económica al Voluntariado de SOLCA u otras Instituciones.
- Coordinar turnos para exámenes y atención médica para pacientes, solicitados por las Unidades Oncológicas Provinciales.
- Elaborar el Informe mensual de Actividades.
- Registro y legalización para el ingreso a Hospitalización.
- Registro de fallecimiento”<sup>94</sup>

---

<sup>93</sup> Lic. T.S. Griselda Cisneros Sánchez “El Rol del Trabajador Social en Hospitales de Especialidad”

#### **6.4. Trabajo Social en Familia**

“El trabajo social es la única profesión que se ha centrado tan consistentemente en los problemas cotidianos de la vida familiar. Además de ocuparse y satisfacer las demandas de los estratos sociales bajos y marginadas.

El conocimiento que han venido adquiriendo los trabajadores sociales mediante sus prácticas los ha llevado a valorar la familia, a pesar de las problemáticas que en ellas se observan como un bien humano que es necesario proteger y clave en toda situación en que le corresponda intervenir.

Richmond y Addams marcaron el inicio de las dos modalidades básicas de trabajo social con familias: la atención de casos familiares al interior de las instituciones y la atención de familias en el contexto en que ellas viven en el trabajo poblacional o comunitario. La primera modalidad se desarrolló vinculada al caso social y la segunda al desarrollo de la comunidad.

El trabajo social con familias puede desarrollarse en todos los campos y niveles de intervención que se encuentran en la profesión, la familia puede estar en el centro de atención aun cuando trabaje con individuos, grupos o sistemas más amplios, la intervención del trabajador social en el campo de la familia es multifacética, se da a nivel directo o indirecto, está abierta a la creatividad y a la

---

<sup>94</sup>Hospital Oncológico SOLCA-QUITO

colaboración con las otras disciplinas en la búsqueda de respuestas a los complejos problemas que enfrenta la familia en nuestra sociedad.

El trabajo social centrado en la familia tiene en sí la potencialidad de superar la tradicional división en métodos de caso, grupo y comunidad. El marco en el que se centra le permite ubicarse en un nivel diferente de intervención, El utilizara técnicas de caso, grupo, comunidad según sean necesarios para los propósitos de la intervención.

El trabajo social familiar es la intervención profesional cuyo objeto son las interacciones conflictivas entre las familias y su medio social; son estas relaciones conflictivas las que se constituyen en el foco del trabajo social y le exigen ampliar su intervención profesional hacia el interior de la familia y hacia el medio que lo rodea.

Habitualmente los trabajadores sociales concentran su intervención en familias de los estratos medios y bajos; también se hace relevante que el trabajador social tenga conocimiento de la estratificación social del país y la forma cómo afecta la familia, la intervención profesional debe ser consciente de las características generales de las familias de cada estrato, a las similitudes y diferencias existentes entre ellas y las expectativas y demandas diferenciadas que presenta, a fin de dar un respuesta más eficaz y adecuada a la realidad de cada familia, es necesario también tener presente en la intervención las



diferencias de etnias, factores culturales y ubicación geográfica dentro del país”<sup>95</sup>

### **Actividades que realiza el Trabajador Social con las Familias:**

- Contactos telefónicos o personales con el o los miembros familiares
  
- Revisión de fichas sociales o clínicas de la familia a atender.
  
- Visita domiciliaria.
  
- Reunión clínica / técnica. coordinación institucional. registro de las intervenciones.
  
- Colaborar con las familias para el desarrollo de capacidades y fortalezas que les permitan enfrentar las situaciones y problemas de su vida cotidiana.
  
- Relacionar a las familias con los sistemas que les pueden aportar recursos, servicios y oportunidades.

### **Funciones del Trabajador Social en la Familia:**

- “Contribuir al desarrollo de las fortalezas y potencialidades de las familias, a fin de que puedan utilizar más efectivamente sus capacidades

---

<sup>95</sup> Frank H. "Trabajo Social en Familia"

de resolución de problemas y de enfrentamiento de situaciones en su vida cotidiana.

- Facilitar el establecimiento de vinculaciones constructivas entre las familias y los sistemas de recursos institucionales.
- Promover el desarrollo de redes sociales que funcionen como apoyo solidario para las familias en su medio social.
- Fomentar la coordinación de recursos para las familias, facilitando la interacción entre los sistemas.
- Evaluar los programas sociales desde la perspectiva de las familias y con participación de ellas.
- Influir en la política social, contribuyendo a su desarrollo y modificación en respuesta a las necesidades de las familias.
- Aportar a los procesos de cambio social e institucional que favorezcan a las familias”<sup>96</sup>

---

<sup>96</sup> Nidia Aylwin Acuña y María Olga Solar S. “TRABAJO SOCIAL FAMILIAR”

## f) METODOLOGÍA

En todo trabajo de proyecto de tesis es necesario emplear un proceso estructurado que guíe la realización de la misma para que finalmente se alcance el objetivo deseado, como es la investigación: **“El Abandono Familiar de los Pacientes Oncológicos del Hospital SOLCA, Loja”**

Lo importante en el proyecto es seleccionar los métodos y técnicas adecuadas, tomando en cuenta la naturaleza del fenómeno que se va a estudiar. Por consiguiente, los métodos y técnicas seleccionados permitirá implementar las etapas de la presente investigación.

En este caso el método que he seleccionado para realizar la presente investigación es el **método de Autodesarrollo Comunitario**, del autor Ramo Riviero, basándome básicamente en las primeras tres etapas detalladas a continuación, las que permitirán profundizar en la temática, ya sea cualitativa o cuantitativamente, de igual manera conocer la realidad y elaborar un plan de acción en beneficio de los pacientes oncológicos y de sus familiares

### **1 ETAPA**

#### **INTERCAMBIO INICIAL CON EL SUJETO DE LA ACCIÓN PROFESIONAL.**

Esta etapa me permitirá conocer la idea que tiene los afectados acerca de la problemática a estudiar, como es el abandono familiar de los pacientes

oncológicos, ya sea destacando las causas y el por qué se da este tipo de problemática.

Aquí tomare como técnica la observación y el dialogo, ya que son las más indispensables para analizar esta etapa, y si existe una buena comunicación con los involucrados podemos sacar ideas y beneficios del problema a investigar.

## **2 ETAPA**

### **EXPLORACIÓN DE ESCENARIO**

En la segunda etapa para la búsqueda de los datos iniciales se empleará el análisis de documentos, como son estadísticas relacionadas con la problemática a investigar que es el abandono familiar hacia los pacientes oncológicos, existentes en el hospital SOLCA.

Otra técnica a utilizar en esta etapa será el de las entrevistas grupales e individuales a los familiares y enfermos de cáncer del hospital de Solca Loja, la cual me permitirá conocer de una manera empírica su problema y así con esto poder elaborar fichas o instrumentos que me ayuden a detectar los diferentes acciones que podré realizar como profesional en beneficio de ellos. Aquí se realizara la matriz para el diagnóstico participativo, en donde se permitirá que participen las familias, los pacientes y profesionales de la institución.

### **3 ETAPA**

#### **PROCESO EN EL DIAGNÓSTICO Y BUSCA DE SOLUCIONES.**

La tercera etapa me permitirá realizar el diagnóstico de la problemática a resolver por parte del afectado para así lograr la vinculación con la realidad presente de cada familia de los pacientes oncológicos.

Así mismo realizar una propuesta de acción para incidir en el problema y al mismo tiempo a la búsqueda de solución, para el fortalecimiento de la participación de las familias en el proceso de recuperación del paciente oncológico

En este proceso de investigación también se tomara en cuenta el **método bibliográfico** el cual me permitirá tener conocimientos científicos acerca de la temática a desarrollarse.

### **4 ETAPA. Evaluación**

Es un hecho educativo pues debe permitir a todos los participantes del proceso apropiarse colectivamente de los resultados. Ella puede tener carácter cuantitativo y cualitativo.

### **5 ETAPA. Sistematización**

Es una mirada crítica sobre las experiencias y procesos vinculados a la acción profesional de intervención. Es un nivel de reflexión superior a la reflexión

aunque se apoya en esta, es de más largo plazo que la evaluación. La sistematización no es solo la recopilación de datos, sino una primera teorización sobre las experiencias, en la que se les cuestiona, se las ubica, se la relaciona entre si permitiendo un análisis más profundo.

**Por rigor científico se menciona las cinco etapas, sin embargo para el desarrollo del presente proyecto solo se ejecutara hasta la tercera etapa.**

## **TÉCNICAS E INSTRUMENTOS**

En el presente proyecto también utilizare **técnicas** como son:

- Entrevistas a profesionales de la institución
- Encuestas a los pacientes oncológicos y familiares.
- Observación
- Revisión de documentos

Así mismo se utilizará **instrumentos** como son:

- Fotografías
- Cuestionarios
- Grabaciones

## **POBLACIÓN A INVESTIGAR**

### **Universo:**

Los Pacientes Oncológicos y sus Familiares que asisten al hospital de Solca

Loja, del periodo de Diciembre a Febrero 2014-2015

Trabajadora Social de la Institución.

Médicos de la institución

### **Muestra.**

40 Pacientes Oncológicos del hospital Solca, Loja.

1 familiar por cada uno de los 40 pacientes oncológicos

Trabajadora Social de la institución

3 Médicos de la Institución.

**g) CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

ACTIVIDADES	SEPTIEMBRE			OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE				ENERO				FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO					AGOSTO					
	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	1	2	3	4						
Sondeo Preliminar	X	X	X																																															
diagnostico				X	X	X	X																																											
Elaboración y Aprobación del Proyecto								X	X	X	X	X	X	X	X																																			
Elaboración y Aplicación de instrumentos																X	X	X	X																															
Sistematización de la Información																X	X	X	X																															
Redacción del informe final																				X	X	X	X	X	X																									
Presentación de la Tesis																								X	X	X	X	X	X																					
Aprobación de la tesis																												X	X	X	X	X																		
Corrección de errores																																X	X	X	X															
Sustentación de la Tesis																																				X	X	X	X	X	X									



## **h) PRESUPUESTO**

Los valores necesarios para la realización de la presente tesis serán cubiertos totalmente por mi persona; los talentos humanos se coordinarán dentro y fuera de la institución para la ejecución y desarrollo del proyecto de tesis planteado.

### **TALENTOS HUMANOS:**

Pacientes oncológicos

Familias pacientes oncológicas

Trabajadora Social de la institución

### **RECURSOS MATERIALES:**

Para el presente trabajo se utilizará el siguiente material:

Medios audios visuales

Material de oficina (hojas, esteros, marcador, carpetas, etc.)

### **RECURSOS ECONOMICOS:**

Los valores monetarios necesarios se estiman en **\$850,00** dólares los mismos que se detallan a continuación:

<b>RECURSOS</b>	<b>COSTOS</b>
Transporte	\$ 80,00
Material de escritorio	\$80.00
Material didáctico	\$ 120,00
Impresión	\$ 200,00
Internet	\$70.00
Imprevistos	\$ 300.00
<b>Total</b>	<b>\$850,00</b>

### **i) BIBLIOGRAFÍA**

- ❖ Ackerman, N, “Diagnóstico y Tratamiento de las Relaciones Familiares. Psicodinamismo de la vida familiar”, 9º ed. Buenos Aires: Paidós 1988
- ❖ Agüero María A -Trabajadora Social. “El Trabajo Social en Salud Pública”
- ❖ Arrarás Juan Ignacio “La calidad de vida en el Paciente Oncológico”
- ❖ Babarro AA. “Atención a la familia. Atención Primaria 2006; 38:14-20”.
- ❖ Baider Lea (Instituto “Sharett” de Oncología y Radioterapia, Hospital Universitario Hadassah, Israel) “Cáncer y familia: aspectos teóricos y terapéuticos”
- ❖ Baudino Verónica, Congreso Internacional “Programa de Servicio Social de Atención Primaria de la Salud”
- ❖ Boo Puente María José “El duelo, cuidados enfermeros en pacientes y familiares oncológicos”
- ❖ Boris Lima, “Epistemología del Trabajo Social”
- ❖ Borrás José M “Modelo de trabajo social en la atención oncológica”

- ❖ Bruera Eduardo y Lima Liliana “Cuidados Paliativos”
- ❖ Cisneros Sánchez Griselda (T.S) “El Rol del Trabajador Social en Hospitales de Especialidad”
- ❖ Consejería Nueva Vida, Tríptico
- ❖ Fernández Ortega Miguel Ángel. “El impacto de la enfermedad en la familia”
- ❖ Frank H. "Trabajo Social en Familia”
- ❖ Fuller Simón. “Cómo nos afecta el abandono”
- ❖ GEPAC, Grupo Español de Pacientes con Cáncer
- ❖ Hospital Oncológico SOLCA-QUITO
- ❖ Sanchez Yorki, cáncer, “Aspectos psicológicos y psicoterapias Cap. II”
- ❖ Unidad de Medicina Familia y Atención Primaria. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid. UAM. 2011
- ❖ [www.definition-of.net/definicion-de-oncología](http://www.definition-of.net/definicion-de-oncología)
- ❖ [www.encyclopediasalud.com/definiciones/oncologia](http://www.encyclopediasalud.com/definiciones/oncologia)]

## **j) ÍNDICE DE CONTENIDOS**

### **GENERALIDADES**

Análisis Contextual

Misión de SOLCA

Visión de SOLCA

### **1. ABANDONO FAMILIAR AL PACIENTE ONCOLOGICO**

2.1. Concepto

2.2. Causas del abandono al paciente oncológico

2.3. Efectos del abandono al paciente oncológico

### **2. PACIENTE ONCOLOGICO**

2.1 Definición

2.2 Calidad de vida del paciente oncológico

### **3. RELACION DE LA FAMILIA CON PACIENTE ONCOLOGICO**

4.1. Aspectos de la relación

4.2. Capacidad emocional

4.3. Funciones de la familia del paciente oncológico

4.4. El Rol de la familia con el paciente oncológico

### **4. CÁNCER Y SUS EFECTOS PSICOSOCIALES EN EL PACIENTE ONCOLOGICO**

5.1. Depresión

5.2. Ansiedad

5.3. Bajo Autoestima.

5.4. Aislamiento

5.5. Ansiedad

## **5. REPERCUSIONES SOCIOECONÓMICAS DE LA ENFERMEDAD ONCOLÓGICA**

- 5.1. Relaciones Sociales.
- 5.2. Situación a nivel laboral
- 5.3. A nivel económico.

## **6. TRABAJO SOCIAL Y ONCOLOGÍA**

- 6.1. Definición de Trabajo Social
- 6.2. El rol del Trabajador Social en el ámbito de la salud
- 6.3. Trabajo Social en oncología
- 6.4. Trabajo Social en familia

# INDICE

Portada.....	i
Certificación.....	ii
Autoría.....	iii
Carta de Autorización.....	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento.....	vi
a. Título.....	1
b. Resumen.....	2
Abstract.....	4
c. Introducción.....	6
d. Revisión Literaria.....	9
Análisis Contextual del Hospital Solca.....	9
Organigrama estructural del Hospital Solca.....	16
Paciente Oncológico.....	17

Familia del Paciente Oncológico.....	37
Impacto del Cáncer en la Dinámica Familiar.....	57
Abandono Familiar.....	67
Trabajo Social y Oncología.....	74
e. Materiales y Métodos.....	92
f. Resultados.....	100
g. Discusión.....	122
h. Conclusiones.....	127
i. Recomendaciones.....	129
j. Bibliografía.....	131
k. Anexos.....	135
Índice.....	249