

Trabajo de Grado para optar por el título de Trabajadora Social

Intervención de Trabajo Social en duelo con personas diagnosticadas con cáncer en Cali: Trayectorias, Discursos, Intencionalidades y Reflexividades de dos trabajadoras sociales.

Estudiantes:

Nathalia Marcela Gómez Benavides

Andrea Lorena Rodríguez Gómez

Directora: Maritza Charry Higuera

Universidad del Valle

Facultad de Humanidades

Escuela de Trabajo Social y Desarrollo Humano

Santiago de Cali, Septiembre 28 de 2017

Tabla de contenido

Introducción	4
Capítulo I. Antecedentes y Pregunta de investigación	5
1.1Objetivo general y específicos	22
Capítulo II Marco de referencia teórico y conceptual.....	23
Capítulo III. Estrategia metodológica	33
Capítulo IV Trayectorias profesionales, Discurso institucional, Intencionalidades y Reflexividades de las trabajadoras sociales que intervienen en duelo.....	41
Capítulo VII. Conclusiones y recomendaciones.....	90
Referencias bibliográficas.....	92

*“Algunas flores sólo viven unos cuantos días;
todo el mundo las admira y las quiere,
como a señales de primavera y esperanza.
Después mueren, pero ya han hecho
lo que necesitan hacer”.*

Elisabeth Kübler – Ross

Introducción

El presente trabajo de investigación buscó comprender la intervención en duelo de dos trabajadoras sociales con personas diagnosticadas con cáncer, en la Fundación Clínica Valle de Lili de la ciudad de Cali (F.C.V.L.)¹ Inicialmente se presenta un rastreo bibliográfico de la Intervención en duelo de Trabajo Social a nivel internacional, nacional y local, desde el ámbito académico de pregrado y posgrado, demostrando la importancia de la intervención en el contexto clínico a partir del abordaje integral a las personas.

De manera específica, este estudio buscó caracterizar la Unidad de Cáncer en la que interviene Trabajo Social en una institución prestadora de servicios de salud de Cali, identificar la trayectoria profesional de dos trabajadoras sociales que intervienen en duelo y finalmente, indagar las intencionalidades y reflexividades de las profesionales alrededor de la intervención de Trabajo Social en duelo con personas con diagnóstico de cáncer.

Acercarse a investigar la intervención en duelo realizada por las dos trabajadoras sociales de la F.C.V.L. permitió comprender la temática considerando los aspectos institucionales y elementos subjetivos presentes en las profesionales, desde una perspectiva comprensiva e interpretativa. Así, posteriormente se presenta el marco de referencia teórico que guio el ejercicio investigativo donde se destacó la intervención de Trabajo Social, el discurso institucional, las intencionalidades y las reflexividades construidas alrededor de la intervención en duelo; Acto seguido se indica la estrategia metodológica que se empleó para este estudio y finalmente, se hace referencia a los hallazgos y análisis de la información.

El investigar sobre la intervención profesional de Trabajo Social como objeto de conocimiento en el área de la Tanatología, puede contribuir a la reflexión, mejora y continuidad de los procesos de intervención en duelo en el campo profesional.

¹ Se emplearán las siglas F.C.V.L. como abreviación de Fundación clínica Valle de Lili

Capítulo I. Antecedentes y Pregunta de investigación

Al realizar un rastreo bibliográfico sobre la Intervención en duelo de Trabajo Social con personas con diagnóstico de cáncer se resalta la existencia de información internacional, nacional y local en idioma español, ubicados en el ámbito académico de pregrado y posgrado, desde el año 1997 hasta la actualidad. A continuación, se presentan dichos antecedentes diferenciados:

Desde el ámbito internacional se identificaron seis trabajos de pregrado encontrados virtualmente, que aluden a la intervención, lugar, atención y rol de Trabajo Social en el ámbito de los cuidados paliativos, específicamente en unidades oncológicas.

La primera investigación corresponde a Araya, Calderón y Jiménez (2001), es un trabajo de grado denominado “*Impacto Social de las estrategias de intervención profesional del Trabajo Social en la Unidad de Cuidados Paliativos, Hospicio los Ángeles de Alajuela*” realizado en Alajuela-Costa Rica. Este estudio tuvo como objetivo conocer el impacto de la intervención de Trabajo Social en la Unidad de Cuidados Paliativos. Teóricamente se retoman conceptos de cuidado paliativo en Occidente, política de salud, equipos interdisciplinarios, intervención en crisis y duelo. La metodología es de tipo cualitativa, con el fin de reflexionar sobre experiencias vividas por trabajadoras sociales en las Unidades de Cuidados Paliativos. Como resultado de la investigación se destaca un alto impacto de la intervención de Trabajo Social en el área mencionada, dadas la visión integral que supera los aspectos biológicos y psicológicos, trascendiendo a una intervención psicosocial que tiene en cuenta, la familia, el entorno socio demográfico, las concepciones de otros profesionales, y fundamentalmente las nociones que tienen las personas con quien se interviene.

Por su parte, Olaizola (2006), en su trabajo de grado para optar por el título de Licenciada en Trabajo Social: *¿Qué lugar ocupa el Trabajo Social en el área de cuidados paliativos?* de Lujan- Argentina, realiza una investigación que tiene por objetivo identificar el lugar de Trabajo Social en el área de los cuidados paliativos, a partir de la comprensión de la

intervención profesional y los obstáculos que en el ejercicio se presentan. Para el estudio se emplea metodología exploratoria-descriptiva y como resultados de la investigación se encuentra que el fin de Trabajo Social en Cuidados Paliativos, es asistir y potenciar las capacidades de los individuos para modificar lo que es posible o aceptar lo no modificable de la manera menos traumática. Se comprende al trabajador social como el profesional que asume individual, grupal e integralmente necesidades y factores psicosociales que inciden en el proceso salud–enfermedad y el tratamiento de los problemas en relación a las situaciones de enfermedad.

Quejada y Rodríguez (2008), en su trabajo de grado *“Estrategias de Intervención de Trabajo Social desde un enfoque interdisciplinario en las Unidades de Cuidados Paliativos de las Regiones Central, Chorotega y Huetar Norte de Costa Rica”* de Costa Rica, realizan su investigación planteando como objetivo caracterizar las estrategias empleadas por Trabajo Social para la intervención en Cuidados Paliativos, para ello teóricamente aluden a la importancia de utilizar un enfoque social interdisciplinario como alternativa para la comprensión del tema relacionado con los Cuidados Paliativos. Metodológicamente parten de modelos y métodos cualitativos y fenomenológicos para la intervención individual y grupal que orientan la práctica profesional; como resultados se obtuvo que la principal estrategia de intervención en el área mencionada consiste en la conformación de equipos interdisciplinarios que permitan contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los enfermos terminales y sus familias mediante la atención individual y comunitaria, así como la intervención en crisis debido al contacto con el /la paciente y su familia, quienes enfrentan sensaciones de pérdida.

Se referencia también a Valencia (2008), con su trabajo de grado *“La tanatología como una herramienta en el Trabajo Social”* del Estado de Hidalgo en Sahagún-México, en este trabajo se tiene como objetivo presentar un panorama general de la Tanatología y cómo puede ayudar principalmente a los trabajadores sociales en su quehacer profesional, para ello, presenta una recopilación teórica frente a la comprensión del proceso de muerte, el

afrontamiento de la enfermedad, el sentimiento de dolor, el duelo y sus etapas, el manejo de la pérdida, el ajuste al cambio y la eutanasia como alternativa para el buen morir. La autora desde una metodología explicativa plantea la relevancia del estudio de la Tanatología para la atención al moribundo y su familia hasta la elaboración del proceso de duelo por pérdida significativa, además infiere que Trabajo Social promueve el bienestar y desarrollo social a través de la participación consciente y organizada de la población, destacando que las áreas de intervención en este campo están orientadas a la educación, atención de casos, orientación, promoción de servicios, afiliación a servicios médicos, apoyo a programas de control de enfermedades y educación social.

Por su parte Blasi (2009), en su trabajo de grado para optar por el título de Licenciada en Servicio Social, denominado “*Cure palliative al termine della vita*” de Roma-Italia, realiza una investigación que tiene por objetivo plantear las funciones del Asistente Social en los cuidados paliativos en la atención oncológica. Este trabajo no cuenta con referente teórico ni metodológico claro, sin embargo, los resultados aluden a la importancia del rol del asistente social en el acompañamiento a personas que están en el final de sus vidas, así, se habla de la pertinencia de brindar asistencia inmediata ante necesidades biológicas y psicológicas de los pacientes y familias trabajando la disminución de la ansiedad y estrés.

Finalmente, se encuentra el trabajo realizado en ciudad de México por Velásquez (2012), denominado “*La importancia de la capacitación del Trabajador Social en la Tanatología*” el cual tiene como objetivo comprender y sensibilizar la importancia de la formación en tanatología de los trabajadores sociales; se ubica en el Trabajo Social hospitalario y sanitario, la intervención en duelo con pacientes crónicos y postulados de teorías tradicionales de duelo, metodológicamente se hacen aproximaciones participativas y aplicadas; los resultados evidencian que la formación en tanatología es fundamental para la intervención de Trabajo Social con esta población, se identificó también que en México sólo dos hospitales cuentan con el servicio de tanatología, por ello desde el estudio referenciado se planteó como conclusión la pertinencia de mayor capacitación e intervención en

tanatología, la cual debe tener en cuenta los derechos de los pacientes terminales y el apoyo integral desde el equipo multidisciplinario.

Estas investigaciones internacionales en pregrado de Trabajo Social muestran un interés en el estudio de la intervención social desde la Tanatología como una herramienta para la intervención con pacientes crónicos y terminales. Así, para la comprensión e intervención del duelo se han tenido en cuenta temas como el afrontamiento de la enfermedad, etapas del duelo, manejo de pérdidas, sensibilización en la atención hospitalaria, atención frente al sufrimiento y dolor espiritual. A su vez, se destaca que la intervención ha sido trabajada desde los conceptos de rol, lugar y atención.

Respecto a investigaciones realizadas a nivel internacional en posgrado, por medio de una búsqueda virtual se encontró una tesis de Maestría en Trabajo Social y cuatro artículos investigativos producto de investigaciones desarrolladas en especializaciones en Intervención Social, e Intervención con enfermos terminales, un diplomado sobre Familia y Salud, y un artículo en el marco de una maestría de Salud Pública.

Inicialmente, se encuentra a Gutiérrez (2002), con una sistematización de experiencias de la Maestría en Trabajo Social con énfasis en intervención terapéutica denominado “*Manejo de duelo en madres y padres que pierden a un hijo de forma inesperada*” realizado en San José, Costa Rica. La autora da cuenta de una propuesta de intervención desarrollada con un grupo de apoyo para padres y madres que vivenciaron la muerte de uno de sus hijos; el objetivo fue reflexionar sobre la importancia de realizar intervención terapéutica y oportuna; en este sentido, el trabajo se ubica teóricamente desde un enfoque cognitivo conductual y se implementa tanto para la intervención sistematizada como para el análisis, una metodología basada en un modelo de terapia conductual-grupal. Los resultados expresan que dicho enfoque facilita la modificación de pensamientos que influyen negativamente en el duelo, resaltando que las creencias sobre el duelo están arraigadas a procesos educativos y culturales; se concluye que, para intervenciones oportunas, es primordial destacar factores terapéuticos como infundir esperanza, compartir información, dar instrucción didáctica,

emplear técnicas de socialización, hacer catarsis y recapitulaciones correctivas.

Vanzini (2010), realiza un artículo investigativo, en el marco de la especialización en Intervención Social del colegio profesional de Trabajo Social de Málaga-España denominado *“El Trabajo Social en el ámbito de los cuidados paliativos: una profundización sobre el rol profesional”* en Málaga-España. La autora plantea como objetivo definir el rol profesional del Trabajador Social en el ámbito de los Cuidados Paliativos, así, realiza un ejercicio reflexivo y de análisis con base a su propia experiencia, aludiendo que en la intervención social en esta área y para el trabajo con familias, la atención está dirigida a los pacientes y sus familiares en relación a las necesidades psicosociales que surgen en el proceso de morir, esta atención se da desde una perspectiva holística e implica desarrollar capacidades en el grupo familiar para enfrentar el sufrimiento y adaptarse lo mejor posible a esta experiencia. En efecto, partiendo de la comprensión de la persona en el momento final de su vida, el rol de Trabajo Social en el ámbito de los cuidados paliativos implica elaborar un diagnóstico social del paciente y la familia, analizar y establecer una prognosis de la realidad, focalizar prioridades, apoyar emocionalmente, asesorar, contener a los familiares y realizar atención al duelo. En este artículo no se identifica marco teórico ni metodológico, que guíe el estudio.

En otro artículo investigativo, producto de un diplomado en atención y cuidados paliativos en Málaga-España, Moro y Lerena (2011), en su texto *“El trabajador social como agente de cambio en cuidados paliativos”*, presentan información sobre los cuidados paliativos y el rol de Trabajo Social como agente de cambio en el área sanitaria, teniendo en cuenta las necesidades, potencialidades y recursos que tiene a su alcance el enfermo terminal. Las autoras, quienes tienen formación profesional en Trabajo Social y Enfermería, plantean como objetivo determinar el lugar que ocupa el trabajador social dentro del equipo multidisciplinar en cuidados paliativos, en esta medida, el documento no cuenta con un marco teórico para el análisis, pues en este estudio se realiza concretamente un análisis documental sobre información al respecto, empleando así una metodología descriptiva. Los

resultados evidencian que las metas principales del Trabajo Social en el área de cuidados paliativos son la promoción de la dignidad de las personas, el desarrollo de la autonomía, el conocimiento de las realidades socio sanitarias, personales y familiares y la gestión de alternativas de intervención psicosocial; concretamente, las funciones del profesional consisten en la valoración del riesgo psico-socio-familiar, el asesoramiento y gestión de recursos básicos disponibles, además de la mediación entre la familia, paciente, equipo terapéutico e institución.

Ribeiro y Arruda (2013), quienes cuentan con formación académica en Servicio Social y Psicología, en su artículo producto de una investigación de la Maestría de Salud Pública denominado “*Cuidados Paliativos: Uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde*” en Río de Janeiro–Brasil, denotan la forma en que han sido trabajados los cuidados paliativos en Brasil desde el año 2000 al 2012, destacando las funciones del equipo multidisciplinario. El objetivo de la investigación fue analizar el abordaje en los cuidados paliativos desde la Psicología, el Servicio Social, la Medicina y la Enfermería, Cabe decir que los autores no retoman postulados teóricos para analizar la información, se basan en el análisis documental desde una metodología descriptiva. Por ende, al realizar una caracterización y análisis del abordaje del equipo multidisciplinar en los cuidados paliativos, los autores concluyen respecto al Servicio Social que su hacer se remite a brindar información al equipo sobre aspectos biográficos de los pacientes, las situación socioeconómica, los servicios a los que pueden acceder y las redes de apoyo y canales para satisfacer la demanda de las personas; también se encarga de comunicar a los pacientes y familiares los tratamientos a seguir que son previamente acordados con todo el equipo, la mediación entre el equipo multidisciplinario, las familias y los pacientes.

Finalmente, se encuentra Munera (s.f.), quien cuenta con formación en Trabajo Social y realiza un artículo producto de una investigación de la especialización de Intervención Social con enfermos terminales de Madrid-España. Este artículo es denominado “*Intervención Social con Enfermos Terminales*” y tiene como objetivo caracterizar la

Intervención de Trabajo Social con enfermos terminales. Para este fin emplea metodología de tipo descriptivo y con base al análisis documental, realiza un análisis de planteamientos que describen la intervención en ésta área. La autora no retoma bases teóricas que guíen el análisis, pues presenta una síntesis que recoge lo desarrollado del tema, de este modo infiere que la intervención social con enfermos terminales requiere de una unidad de tratamiento para la atención del enfermo desde la comprensión de su enfermedad para generar una participación activa en su tratamiento, así la intervención debe incidir en la adaptación emocional de la familia, ofreciendo la posibilidad de morir en paz y dignamente, por ello indica que la humanización en salud es fundamental en este proceso.

En estos estudios de posgrado encontrados a nivel internacional en Brasil, España, Costa Rica y México desde el año 2000 hasta el 2004, se destaca que, en la intervención con personas con diagnóstico de cáncer, es importante comprender los efectos de la enfermedad en su contexto para generar participación activa en los tratamientos, también se enuncia la pertinencia de la atención integral, la promoción de la dignidad humana y el mejoramiento de la calidad de vida. Se identifica que en posgrado no se han realizado numerosas investigaciones concretas sobre el duelo en Trabajo Social, predomina el estudio del rol y el lugar de Trabajo Social con pacientes terminales, sin embargo, se ha avanzado al considerar el concepto de Intervención Social y del trabajador social como agente de cambio.

Adicional a investigaciones de pregrado y posgrado, en términos internacionales también se encontraron virtualmente dos investigaciones institucionales (un catálogo y un documento sistemático) y un artículo investigativo producto de una ponencia universitaria.

La primera investigación institucional del Centro Oncológico Estatal de México, referenciada a modo de catálogo por Cisneros (s.f.), el cual se denomina “*El rol de Trabajo Social en hospitales de especialidad*”. Este trabajo tuvo como objetivo caracterizar el rol de Trabajo Social en hospitales de especialidad, se plantea el Trabajo Social en oncología como una disciplina que aporta al conocimiento y transformación de procesos sociales,

brindando atención al paciente oncológico y su familia por medio de la orientación oportuna acerca de los servicios; Trabajo Social debe estar en capacidad de enfrentar con el paciente y las familias el proceso de muerte, proporcionando los recursos necesarios para la atención y las muertes dignas, igualmente entre sus funciones se encuentra realizar estudios socioeconómicos y visitas domiciliarias, participar en la discusión de casos clínicos y facilitar la búsqueda de redes de apoyo.

El documento institucional y sistemático elaborado por el Instituto Catalán de Oncología (2004), en Barcelona-España, denominado: “*Modelo de Trabajo Social en la atención oncológica*” se enmarca en los lineamientos expuestos por la Asamblea General de la Federación Internacional de trabajadores sociales; la investigación tuvo como objetivo describir la intervención de los profesionales de Trabajo Social en oncología, en este sentido, se plantea que el profesional debe integrar valores éticos en la intervención, pues sus objetivos se orientan a conseguir un bien deseable para las personas, así como utilizar recursos de la sociedad para responder a las necesidades, empleando esfuerzos en promover justicia social. Es importante entender los efectos que provoca el cáncer en las personas desde su contexto sociocultural para posteriormente identificar las problemáticas asociadas a la enfermedad y poner en marcha sistemas de ayuda que permitan afrontar la situación y utilizar sus recursos de forma actualizada.

Finalmente, se encuentra un artículo producto de una ponencia académica en el Cuarto Congreso de Escuelas de Trabajo Social de la Universidad de Olavide en Sevilla-España, denominado “*Trabajo Social e intervención en procesos de duelo con familias*”, en este artículo González (s.f.), tuvo como objetivo describir el Trabajo Social familiar y la intervención en duelo con familias; se plantea que Trabajo Social en su cotidianidad trabaja con pérdidas y duelos, por ello el duelo es transversal a la intervención. El autor destaca dos niveles para la intervención en Trabajo Social familiar y en duelo, la primera es asesoría y consejería de duelo que busca ayudar a elaborar la pérdida, identificar y expresar sentimientos, ayudar a asumir las pérdidas y establecer estrategias de afrontamiento y la

segunda, es intervención en terapia de duelo, la cual requiere de formación especializada para llevar procesos de duelo avanzados.

De acuerdo a las tres anteriores investigaciones, se puede inferir que hay un interés desde algunas entidades que prestan servicios de salud y desde la academia en definir las acciones desarrolladas desde Trabajo Social destacando así diferentes aspectos de las intervenciones, y el lugar del Trabajo Social en la intervención familiar y en situaciones de duelo.

Sobre investigaciones de pregrado encontradas virtualmente a nivel nacional, se destacan dos trabajos de grado para optar por el título de trabajadores(as) sociales. Inicialmente, Quintana y Rodríguez (2006), en su trabajo de grado: “*Acompañamiento social en procesos de duelo con pacientes renales*” de la Corporación Universitaria Minuto de Dios en Bogotá, plantean como objetivo identificar en los pacientes de la unidad renal del hospital Simón Bolívar los procesos de duelo, impacto y factores relacionados que permitan establecer acciones complementarias, actividades y procesos de intervención del trabajador social a través de un acompañamiento social en duelo en el campo de la salud. Teóricamente se ubican desde perspectivas tradicionales de duelo y enfermedad, haciendo énfasis en la categoría de intervención social adaptativa la cual en términos generales busca ajustar a las personas de modo que puedan llegar a un estado emocional y social equilibrado en relación a los procesos de duelo vivenciados, se plantea metodología cuantitativa y cualitativa, con el fin de soportar la información adquirida.

En los resultados se expresa que la intervención parte de la identificación de los aspectos e impactos que ha tenido el duelo en la familia y el paciente, haciéndose necesario valorar la red social, factores de riesgo, adherencia a tratamientos, cambios en los proyectos de vida y en la dinámica familiar. En efecto, el acompañamiento en duelo es un mecanismo preventivo que disminuye sentimientos de frustración, aislamiento social y conflictividad para sí mismo y su entorno, además al contrastar los procesos de duelo vividos por los pacientes renales y sus familias y los procesos de duelo vividos en casos de diagnósticos de enfermedades de severas implicaciones como son el

cáncer o el VIH/SIDA, se encuentran amplias similitudes en cuanto a las manifestaciones del duelo, fases vividas y su elaboración, por tanto las autoras afirman que el estudio realizado con pacientes renales también es pertinente para la interpretación y comprensión de la intervención de todo tipo de personas que se encuentren en procesos de duelo y quienes sean intervenidos por Trabajo Social.

Por su parte, Reyes (2012) en su trabajo de grado investigativo para optar por el título de trabajadora social: *“Intervención profesional de Trabajo Social en la unidad de Oncología y radioterapia del E.S.E. hospital universitario de Santander”* de la Universidad Industrial de Santander en Bucaramanga, hace un estudio sobre las principales funciones que cumple Trabajo Social en el área de la salud. Menciona como objetivo, caracterizar los procesos de intervención desarrollados por Trabajo Social en la unidad de oncología y radioterapia de HUS, los temas abordados comprenden un marco conceptual referido a salud-enfermedad, cáncer, promoción, prevención, normatividad nacional y la metodología es acorde con la planeación estratégica. En los resultados se encuentra que la intervención de Trabajo Social busca informar y educar a pacientes y familiares sobre la enfermedad y tratamiento con el fin de mejorar la calidad de vida, tratamiento, autoestima y bienestar del paciente, proponiendo para mejores procesos la integración de Trabajo Social a equipos interdisciplinarios, fortaleciendo el acompañamiento educativo y psicosocial a pacientes, familias y cuidadores en la aceptación y generación de perspectivas de vida diferentes.

Como balance de las investigaciones nacionales presentadas, se encuentra que en Colombia no se han desarrollado numerosas investigaciones en pregrado sobre Intervención en duelo desde Trabajo Social sin embargo, en la información encontrada se destacan categorías referidas al acompañamiento social en duelo y a la intervención profesional en términos de funciones, relacionadas en su mayoría con la identificación y valoración de casos de duelo por enfermedad, reconociendo desde ello sus manifestaciones, red social, y dinámicas familiares para lograr una comprensión particular de los casos y establecer la intervención de acuerdo a los recursos existentes.

Continuando con los antecedentes, respecto al nivel local: en Cali y el Valle del Cauca, se encontraron en el CEDIS (Centro de Documentación de la Escuela de Trabajo Social) de la Universidad del Valle, cinco trabajos de pregrado sobre la intervención profesional de Trabajo Social con personas con diagnóstico de cáncer a los que se alude a continuación.

Inicialmente se encuentran Mejía, Morales y Quiroz (1997), con su trabajo de grado denominado “*Sistematización de una experiencia de intervención profesional en el grupo de apoyo Amor, Luz y Vida, para pacientes con cáncer de la clínica Santa Ana de los Caballeros de Tuluá*” de la Universidad del Valle: Tuluá. Los autores plantean como objetivo identificar el aporte del Trabajo Social en la experiencia educativa en el grupo de apoyo “Luz, Vida, Amor”, se ubican teóricamente desde el enfoque narrativo, el psicoanálisis y las teorías tradicionales de duelo, además se centran en intervención en duelo y en crisis; metodológicamente retoman la intervención de Trabajo Social con grupos de apoyo. Emplean metodología cualitativa desde la narrativa y en los resultados se infiere que, dado el fuerte impacto de un diagnóstico de cáncer, el paciente y su familia se ven afectados, esto es un proceso de difícil afrontamiento dadas las implicaciones emocionales. Por ello, los grupos de apoyo son pertinentes pues promueven la expresión de sentimientos y contribuyen a la elaboración de duelos, es aquí donde la intervención de Trabajo Social desde el acompañamiento, la orientación ante síntomas emocionales y el control de los efectos negativos causados resulta fundamental y de gran riqueza para la población.

Por su parte Morales y Pérez (2001), en su trabajo de grado “*¿Qué nos dicen y cómo nos hablan los que nos dejan? La comunicación del paciente terminal*” plantean como objetivo analizar diferentes formas y significados de la comunicación de los pacientes en fase terminal, para esto parten de un marco teórico que alude a la comprensión del significado de la muerte en el contexto social, indicando que Occidente es predominantemente negador de la muerte y para orientar el análisis se basan en teorías de duelo fundamentadas en corrientes clásicas y psicoanalíticas. Se emplea metodología cualitativa de tipo explicativa descriptiva y en los resultados destacan que en la intervención de Trabajo Social con

pacientes terminales, se debe ahondar en el mundo de significados, resaltando las necesidades comunicacionales que se presentan en estos casos. Dado que el cáncer genera alto impacto en pacientes y familias, es importante dar manejo integral a las necesidades de las personas desde la intervención, por ende, los profesionales que hagan intervención en este tipo de casos deben estar preparados y aceptar su propia muerte, además de contar con habilidades y riquezas humanas.

Santomé, Espinoza y Momphotes (2003), realizan como trabajo de grado una “*Sistematización de experiencias del Grupo de Apoyo de Unicáncer*” plantean como objetivo, recuperar una experiencia de Intervención del grupo de apoyo de Unicáncer, teóricamente se ubican desde una visión biológica para comprender el cáncer y sus implicaciones, es decir, tienen en consideración los aportes realizados desde la medicina y áreas de la salud, así mismo se detienen en las nociones de grupos de apoyo y autoayuda, se enmarcan en una metodología cualitativa y participativa, los resultados evidencian que el cáncer es una situación estresante para las personas que lo padecen, la enfermedad puede alterar o deteriorar la red social y de apoyo de las personas, por ende un grupo de apoyo y la intervención de Trabajo Social en este campo logra tener amplia y positiva incidencia; se resalta que el apoyo social percibido por los pacientes, es un factor significativo para la adaptación y manejo de la enfermedad. Además, la intervención desde Trabajo Social cumple un rol importante en la atención psicosocial, pues el hacer profesional incide en el ajuste psicosocial de los pacientes a sus vidas cotidianas; la intervención en los grupos de apoyo busca que los pacientes socialicen sus experiencias sintiéndose comprendidos, establezcan redes sociales con otras personas que también enfrentan el diagnóstico, y se informen respecto a alternativas que pueden emplear.

Arroyave (2005), en su trabajo de grado desarrolla una sistematización de experiencias denominada “*Posicionamiento del Trabajo Social en la unidad oncológica Imbanaco S.A. de la ciudad de Cali*”, en ella se plantea como objetivo conocer sobre el posicionamiento de Trabajo Social dentro de la unidad oncológica de Imbanaco dedicada a la radioterapia

para pacientes oncológicos. La autora como sustento teórico se fundamenta en las teorías duelo y duelo anticipatorio desde la corriente psicoanalítica y humanista. Se ubica metodológicamente desde lo cualitativo-participativo y en los resultados destaca que el paciente oncológico requiere atención integral durante su tratamiento desde un abordaje biopsicosocial, a partir de la conformación de un equipo interdisciplinario con conocimientos en cuidados paliativos. Sobre Trabajo Social, se alude a la importancia de brindar al paciente y su familia espacios de expresión de sentimientos y reflexión y así mismo reciban orientación que ayude a mejorar la calidad de vida; es fundamental que los profesionales cuenten con saberes en Tanatología, orientación individual, familiar y trabajo grupal, además deben ser personas creativas y dinámicas, y comprometerse con un proceso de confrontación individual ante la muerte y emplear estrategias para el cuidado de la salud mental².

En otra investigación López, Hoyos y Castro (2010), realizan como trabajo de grado una “*Caracterización de la intervención de Trabajo Social en salud en el Hospital Universitario del Valle*”. Las autoras plantean como objetivo comprender la intervención de Trabajo Social en el campo de la salud, teóricamente se ubican en el paradigma interpretativista orientado desde una perspectiva sociológica, con una metodología participativa y aplicada. En los resultados destacan el rol profesional desde la valoración socio-familiar, la evaluación de los riesgos y la determinación de las características de la dinámica familiar, así, el proceso de intervención llevado a cabo por parte del equipo de profesionales de Trabajo Social es contemplado como un medio de interacción entre el profesional y la población atendida, relegando la posibilidad de potencializar y poner en práctica el saber especializado. Además, en la intervención se maneja información de las redes de apoyo a nivel municipal y departamental, por lo que su participación resulta imprescindible en la búsqueda de alternativas para los procesos de atención. Sin embargo, los procesos de intervención en ocasiones resultan mecanizados, prima el componente

² Al respecto, se mencionará en posterior capítulo el *posicionamiento del Trabajo Social*.

administrativo y la principal labor es la realización de programas sociales y la ubicación de pacientes que no cuentan con una red de apoyo, en un nivel mínimo las autoras expresan una tendencia fuerte a la orientación familiar.

En síntesis, en los trabajos de pregrado a nivel local se ha aludido a la temática desde los conceptos de rol e intervención; se identifica un especial interés en la recuperación de experiencias de intervención de Trabajo Social a través de ejercicios de sistematización que destacan su participación en grupos de apoyo para personas con cáncer desde la expresión de sentimientos, la reflexión, la formación de redes de apoyo y la psicoeducación en relación a la enfermedad. Sin embargo, todos los aportes investigativos mencionan la relevancia de profundizar durante la intervención en aspectos comunicacionales del duelo, en la mayoría de estudios, se plantea que la intervención parte de las valoraciones socio familiares y el establecimiento de redes, no obstante, en este proceso también surgen excesivas labores administrativas que en ocasiones interrumpen la intervención. Además de esto, se encontró que a nivel local se emplean y consideran pertinentes postulados de la Tanatología para la intervención con esta población, así como la necesidad de que los profesionales realicen procesos personales frente a la muerte para ejercer en este campo.

Finalmente, a nivel local además de trabajos de pregrado se encontró una investigación hecha por Ospina (2000), denominada “*Apoyo al paciente terminal y la familia. Acción profesional desde el Trabajo Social*”, este documento es una investigación académica y se encuentra en la Escuela de Trabajo Social de la Universidad del Valle. En dicha investigación se realizó una caracterización con los profesionales del área de la salud con pacientes moribundos, sus familias y personas en duelo, al respecto, se encontró que la formación académica de estos profesionales en las temáticas mencionadas a nivel mundial ha sido corta, pues no se ha profundizado en ello, por esto es relevante la formación y capacitación tanatológica para la acción profesional en esta área.

En esta investigación se expone que la intervención del Trabajo Social en Tanatología no es casual ni responde sólo a la necesidad de este tipo de programas en el medio, pues esta área

tiene su origen a principio del siglo y retoma fundamentos del Trabajo Social hospitalario, individual y grupal en el marco de distintos niveles de trabajo en equipo. En Colombia, los trabajadores sociales se han vinculado a servicios para atender a pacientes terminales y algunos han realizado investigaciones sobre problemáticas concretas, por ende para entender la acción profesional en un equipo de Tanatología es necesario abordar tres instancias: las enfermedades que llevan a los pacientes a fase terminal, el paciente como un ser biopsicosocial y la unidad paciente terminal-familia; en este sentido Trabajo Social deberá coadyuvar al apoyo y orientación del paciente y su familia, penetrando en la red de relaciones que los rodean.

Considerando las dificultades en la especificidad de Trabajo Social en tanatología, se destaca la importancia de la formación en el campo profesional de Trabajo Social en esta área de intervención. Al respecto, es importante mencionar que hasta el año 2000, los programas académicos de Trabajo Social en Colombia no contaban con capacitación específica para la acción profesional en Tanatología, a excepción del Plan de estudios de Trabajo Social de la Universidad del Valle liderado por la profesora Ana María Ospina Velasco, quien creó la electiva profesional de Muerte morir y duelo. Esta formación empezó a darse a los estudiantes de Trabajo Social desde el año 2000, no obstante, la profesora se acercó a la tanatología como área de investigación y producción intelectual desde 1982.

Al hacer un recuento de los anteriores antecedentes encontrados en las diferentes investigaciones de pregrado y posgrado en los ámbitos internacional, nacional y local, se encuentra que éstas se dan entre los años 1997 y 2014; entre los principales aportes se destaca la importancia de considerar las valoraciones socio familiares y las necesidades psicosociales al enfrentar el cáncer en las diferentes etapas hasta los cuidados paliativos, la implementación de estrategias para mejorar la calidad de vida y la potencialización de las capacidades de los pacientes y sus familias para el afrontamiento de su condición, sin descartar que en algunos casos se cumple con funciones de índole asistencial. En los

trabajos de pregrado se alude principalmente al acompañamiento y educación psicosocial, pero en posgrado hay mayor profundización del *rol* profesional de Trabajo Social al considerar la enfermedad desde su etapa, su comprensión y la función del equipo multidisciplinario para el apoyo al paciente y su familia.

Dado que los antecedentes evidencian empírica y teóricamente la pertinencia de estudiar la intervención en el campo de la salud, concretamente la intervención de Trabajo Social en duelo con personas con diagnóstico de cáncer, surgen cuestionamientos en relación con aspectos sociales y contextuales que dificultan la intervención con esta población. En el caso de Colombia, los servicios de salud ofrecidos en la mayoría de las unidades oncológicas reflejan desatención integral a la numerosa demanda de personas con cáncer, según el estudio “*La carga mundial del cáncer en el año 2013*” de la revista *Jama Oncology*, publicado en el periódico *el tiempo* (2015), el cáncer sigue siendo una amenaza para la salud en todas las edades, entre los años 1990 y 2013 la cobertura en salud a la población disminuyó y desde ello se presentan dificultades en términos de diagnósticos, procedimientos y atención complementaria, por esto al medir la no integralidad, el estudio destaca que se ha pasado del 23% hasta casi a 100% en términos de incumplimiento.

Cabe mencionar que la atención integral se encuentra respaldada en Colombia en términos legales, pues en estos casos debe darse atención inmediata, interdisciplinaria y oportuna respecto a lo que implican las enfermedades de alto costo³. Se han establecido leyes de protección y atención especial a esta población como son la ley 1384 de cáncer infantil, ley 1388 de Sandra Ceballos y la ley 1733 de Consuelo Saavedra que aluden a la integralidad y atención pertinente a los pacientes durante su enfermedad, implicando que las personas cuenten con un equipo terapéutico conformado por profesionales (entre quienes se incluyen profesionales de Trabajo Social) que trabajen por la calidad de vida. Sin embargo, la crisis actual de salud ha afectado considerablemente la oportunidad, continuidad e integralidad

³ El cáncer es un problema de salud pública dado que afecta altamente a la población, según se plantea en el Plan decenal para el control del cáncer (2012). Para el año 2011 se identificaron en el país 29.734 casos en hombres, 33.084 en mujeres, y 1332 en niños según el Instituto Nacional de Cancerología.

del tratamiento de las personas al presentarse barreras de acceso que inciden en el progreso de la enfermedad, creando dificultades para la realización de tratamientos; según informes del periódico el País (2014): “se tienen como causales de derechos de petición la prescripción de la entrega de medicamentos que no están en el POS, demoras para la atención en medicina especializada debido a la poca oferta de especialistas y en la hospitalización en unidades de cuidados intensivos, que se debe a que las pocas camas retardan los traslados”.

Pese a lo establecido legalmente, no hay un total cumplimiento en la atención integral en los servicios de salud, pues los programas de atención oncológica no suplen todas las necesidades de las personas implicadas; retomando a Chamorro (2015), aunque desde el Ministerio de Salud por mandato de la corte Constitucional, se haya promulgado la prioridad en la atención a personas con enfermedades como el cáncer y el derecho a que los pacientes terminales puedan morir dignamente, se presentan casos de personas quienes ni siquiera hacen parte de programas de atención integral, es más, continúan las muertes por desatenciones médicas y riesgos psicosociales en condiciones deplorables de sufrimiento y dolor principalmente por metástasis avanzadas lo cual atenta notablemente la integralidad en la atención.

Lo anterior genera una amplia demanda de intervención profesional tras la necesidad sentida de acompañamiento psicosocial durante todo el proceso, no sólo para los pacientes, sino para sus familias y cuidadores, sin embargo, en las entidades de servicios oncológicos, los y las profesionales de Trabajo Social no se encargan sólo de la atención psicosocial, también hay responsabilidad frente a labores administrativas, legales, instrumentales e institucionales. Siguiendo a Ospina (2000), se ha identificado que los profesionales que intervienen en esta área no cuentan con la formación profesional necesaria en Tanatología, probablemente, desde la formación en pregrado y la falta de producción intelectual de Trabajo Social en intervención en oncología, dado que la mayor parte de los desarrollos teórico metodológicos provienen de la Psicología y en Oncología se ha dado mayor

producción intelectual desde la Enfermería y la Medicina, por tanto en este estudio es necesario hacer referencia al duelo desde la perspectiva de Trabajo Social.

Así, por los pocos estudios realizados sobre intervención en duelo por Trabajo Social, sumadas las contradicciones en relación a la integralidad en la atención a esta población y la alta demanda de Trabajo Social, se consideró pertinente realizar el presente ejercicio investigativo sobre la intervención en duelo por parte de Trabajo Social con personas con diagnóstico de cáncer, dado que los aportes investigativos encontrados se refieren en su mayoría al *rol, lugar y atención del profesional*, estudiándose al trabajador social como un hacedor de tareas estipuladas, sin atribuir especial énfasis a su ejercicio *como agente y mediador* en los procesos de intervención en duelo.

A diferencia de otras investigaciones realizadas, se planteó como relevante conocer la intervención no sólo desde lo establecido institucionalmente, sino también desde la comprensión de la intervención a partir de la visión del profesional, los discursos, la intencionalidad y la reflexión realizada sobre la intervención, contribuyendo a la mejora y continuidad de los procesos de intervención en duelo en el campo profesional. Para efectos de lo anterior fue importante indagar las trayectorias de las profesionales. Con base en lo planteado, surgió como cuestionamiento central la siguiente pregunta que orientó el proceso investigativo:

¿Cómo realizan la intervención en duelo las Trabajadoras Sociales con personas diagnosticadas con cáncer en la Fundación Clínica Valle de Lili?

1.1 Objetivo General y Específicos

Objetivo General:

Comprender la intervención en duelo realizada por las trabajadoras sociales con personas diagnosticadas con cáncer en la Fundación Clínica Valle de Lili de Cali.

Objetivos Específicos:

- Caracterizar la Unidad de Cáncer en la que interviene Trabajo Social.
- Identificar la trayectoria profesional de las profesionales de Trabajo Social que intervienen en procesos de duelo.
- Indagar discursos, intencionalidades y reflexividades de las profesionales de Trabajo Social sobre la intervención en duelo realizada.

Capítulo II. Marco de referencia teórico y conceptual

Respecto al posicionamiento epistemológico, el presente trabajo se enmarca dentro del paradigma hermenéutico, entendido desde Moran (2006), como aquel que alude a lo interpretativo-comprensivo e implica un análisis de las visiones subjetivas de los seres humanos como construcciones sociales de la realidad producidas en la interacción. De esta manera, en lo que respecta a la noción de intervención de Trabajo Social en procesos de duelo se asume que las profesionales de esta área realizan intervenciones concretas de acuerdo a los casos presentados y además se encuentran adscritas a un contexto institucional de salud. En esa medida las intervinientes son entendidas de acuerdo a Mead (1972), como seres, agentes y protagonistas de comportamientos auto reflexivos que se encuentran inmersos en un mundo con estímulos medioambientales que deben interpretar.

La intervención en duelo se comprendió desde una perspectiva comprensiva, interpretativa que reconoce la visión de las trabajadoras sociales, teniendo en cuenta los referentes teóricos conceptuales relevantes para la temática de estudio como son intervención social, Tanatología, discurso, intencionalidad y reflexividad, todo esto con el fin de comprender la intervención en duelo realizada por las trabajadoras sociales con personas diagnosticadas con cáncer en la F.C.V.L.

Desde la posición de investigadoras en el campo de la salud y la oncología, se hace referencia a la comprensión de la Intervención de Trabajo Social en duelo con el fin de profundizar la manera en que comprenden a las personas con quienes intervienen desde la particularidad de sus situaciones en torno al cáncer, considerando el contexto institucional y social en el que se encuentran y la forma en que basan y fundamentan su intervención.

Considerando que el tema transversal al presente ejercicio investigativo es la intervención de Trabajo Social en procesos de duelo, es necesario precisar inicialmente el concepto de intervención, el cual se constituye en un proceso esencial para Trabajo Social en la medida que a través de él se logran articular las diversas configuraciones de la fundamentación

profesional, brindando una salida a los procesos de interacción profesional en contextos sociales particulares, refiriendo que “componentes como el epistemológico, el teórico, el conceptual, el metodológico y el ético-político se materializan en los procesos de intervención mismos, comprendidos como escenarios en los que se lleva a cabo una práctica social desde el Trabajo Social y sobre estos elementos se construyen las tendencias que hoy pueden aportar a la resignificación de la intervención como categoría de análisis para el campo disciplinar y como saber hacer específico” (López, Muñoz y Vargas, 2010:191).

En lo que respecta a la intervención social, se conceptualizó para establecer así una mirada integral que clarifique aspectos generales al respecto, y de esta forma profundizar en el área concreta a trabajar ya mencionada. De esta manera, desde una postura comprensiva en la que se destaca la subjetividad profesional, se retoma a Mosquera (2012), quien plantea que la intervención social implica una relación contextualizada, de ordenamiento, exterioridad y está estructurada por el conocimiento científico, el saber o el estatus profesional a partir de la capacidad de un profesional de Trabajo Social quien interviene en el marco de la relación delegada, consciente y voluntaria con objetivos precisos.

En este sentido, entre los profesionales y las personas que participan en la intervención se construyen saberes y conocimientos basados en las diversas prácticas, estos saberes se denominan *saberes de la acción* y son la expresión de conocimientos locales, entretejidos con prácticas que permiten resolver las múltiples situaciones presentadas; es decir, los profesionales en la intervención construyen saberes que corresponden a la integración de la experiencia y saberes adquiridos en áreas tanto académicas como laborales, estos saberes permean la intervención de modo que las profesionales basadas en su experiencia y saberes adquiridos establecen alternativas de trabajo para cada caso.

Siguiendo a Rosanvallon (1997), el análisis de las trayectorias refleja la visión que tienen los profesionales de la realidad social y el reconocimiento de sus potencialidades y dificultades, permiten reconocer los factores históricos que se hacen presentes en los procesos de intervención.

La intervención de Trabajo Social como lo enuncia Mosquera (2012), implica resolver

problemas sociales; para este ejercicio investigativo el problema social atendido desde la intervención está relacionado con experiencias y dificultades emocionales que dan lugar al duelo en personas con diagnóstico de cáncer; estos casos y situaciones que implican intervención de Trabajo Social, deben ser asumidos desde la visión del profesional como intentos de comprender de forma íntima los sentimientos y particularidades de las personas, es decir, entender sus mundos subjetivos para intervenir acorde a las necesidades personales específicas; es por esto que desde la postura comprensiva adoptada para este estudio, el profesional en la intervención en duelo debe establecer *alternativas o entradas* en las personas que permitan percibir las situaciones o problemas de forma profunda, entendiendo que este es un proceso circular en el que se afectan todos los actores que intervienen en el proceso.

La atención en el campo de la salud, específicamente en el área psicosocial, permite reconocer la importancia de llevar a cabo intervenciones integrales para el manejo del duelo, por tal razón, para comprender la intervención en duelo por Trabajo Social, es necesario definir el duelo de acuerdo a los planteamientos de Ospina (2000) como un proceso subjetivo relacionado con las experiencias de pérdida evolutiva, así como la reacción psíquica-emocional ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo, que incluye componentes físicos, psicológicos y sociales, con una intensidad y duración proporcionales a la dimensión y significado de la pérdida; siendo cualquier objeto real en el cual se haya depositado la libido⁴ y que implique separarse.

Inicialmente, se comprende que quienes están en situación de duelo por enfermedad diagnosticados con cáncer, requieren de la atención profesional oportuna y eficaz en situaciones de crisis, dándose en una serie de circunstancias que generan malestar psicológico ante su cronicidad, la incertidumbre por la evolución y efectos secundarios de

⁴ En el Diccionario de Psicoanálisis, la libido se entiende como “Energía postulada por Freud, como substrato de las transformaciones de la pulsión sexual en cuanto al objeto (desplazamiento de las catexis), en cuanto al fin (por ejemplo, sublimación) y en cuanto a la fuente de la excitación sexual (diversidad de las zonas erógenas). Llamada así la energía, considerada como una magnitud cuantitativa de las pulsiones que tienen relación con todo aquello que puede designarse con la palabra amor» (Laplanche y Pontalis, 1996: 210).

los tratamientos (Fernández y Bastos, 2011). Por tanto, al aludir a la intervención en duelo con personas con diagnóstico de cáncer y considerando que presentan una alteración física y si se cronifica se ocasiona la muerte, es primordial mejorar la calidad de vida del paciente aminorando lo más que se pueda el sufrimiento físico y emocional, facilitando la reestructuración del sistema familiar para facilitar duelo anticipatorio, creando condiciones para que se adapten a la muerte de éste y posteriormente trabajar sobre la elaboración del duelo de los sobrevivientes.

En ello, se comprende que desde el posicionamiento epistemológico en el cual se sitúa al profesional de Trabajo Social, resulta de gran relevancia orientar su intervención al significado que tienen las personas diagnosticadas con cáncer sus experiencias cotidianas y la manera en que afectan su forma de comportarse y de conducirse ante los demás, considerando que la forma en que se concibe a la persona diagnosticada afecta lo que el trabajador social quiere hacer en la intervención y lo que el trabajador social quiere hacer o hace la afecta a ella, siendo indispensable establecer la relación profesional sujeto-sujeto en un intento de conocer los sentimientos y motivaciones particulares que definen su situación emocional, y respetando el punto de vista de las personas como base para entender su conducta, centrado en aspectos íntimos e introspectivos que permitan la aprehensión de la vivencia del individuo.

Por ende, es indispensable para la intervención de Trabajo Social en duelo proveer contacto humano, el interés por el respeto de la persona⁵ la escucha, la ampliación de canales de comunicación, la expresión de sentimientos, la comprensión de factores médicos y psicosociales relacionados con el diagnóstico, la toma de decisiones sobre el tratamiento médico y la orientación frente a trámites y procesos administrativos. En conjunto, su intervención debe contribuir a fomentar la experimentación y aceptación de la realidad de la pérdida, los cambios emocionales necesarios para reinvertir, reinventar y reconstruir los significados de la experiencia de la pérdida que genera el duelo.

⁵ Se comprenderá a las personas como seres humanos biopsicosociales que construyen su realidad y afrontan las situaciones de enfermedad y muerte de acuerdo a los significados otorgados a sus experiencias cotidianas.

Al hablar de la intervención tanatológica desde el área de salud psicosocial es importante considerar que, a lo largo de la historia, la Tanatología ha sido un tema de gran interés desde diferentes áreas de la salud, con desarrollos en las Ciencias Sociales y Humanas, siendo su estudio de gran relevancia en la intervención. En ello, Ariés (1983), destaca que la muerte de un individuo no afecta a la continuidad del ritmo social y todo sigue como si nada hubiera ocurrido, el autor plantea que la sabiduría antigua asociaba la muerte con el mal abolido, sin embargo, esta concepción se fue modificando culturalmente con el paso del tiempo al asociar la muerte incluso con la felicidad: “La muerte sólo debe convertirse en la salida discreta, pero digna, de un vivo apaciguado, fuera de una sociedad que ayuda, a la que no desgarrar ya ni altera demasiado la idea de un paso biológico, sin significación, sin pena ni sufrimiento, y finalmente sin angustia” (Ariés, 1983: 509).

Desde la postura de Thomas (1983), se entiende la muerte como el acontecimiento universal e irrecusable por excelencia, en el que todo ser humano es un ser-para-la-muerte, sin embargo destaca como hoy se evita hablar de ella, negando así su importancia e incluso su necesidad. Además realiza una comparación entre la visión de la muerte de dos sociedades: una arcaica - la negro-africana y otra moderna e industrializada, colocando las divergencias y los puntos de encuentro entre ambas: la sociedad africana respeta y acepta la muerte y propicia la reconciliación del hombre con ella de modo que la familiaridad con los muertos puede continuar mucho después del deceso a través de una relación íntima con los cadáveres. Mientras que la sociedad occidental, se caracteriza por ser culturalmente negadora de la muerte, se puede decir que se obsesiona y aterroriza.

En términos de Ospina (2000), la Tanatología es entendida como aquella disciplina que estudia aspectos relacionados con la muerte y los procesos del morir y del duelo que hacen parte de la experiencia de todos los sujetos como proceso natural de la vida. Cabe anotar que ante la incidencia cada vez más frecuente de enfermedades que minan la salud y el bienestar integral de las personas, llevándolas en algunos casos a la situación de pacientes terminales, ha sido necesario avanzar en el papel que deben desempeñar los profesionales que contribuyen a que estas personas diagnosticadas se sientan menos disminuidos en su

ser integral y puedan vivir su última etapa con mejor calidad de vida dentro de sus circunstancias.

En ese sentido, la intervención en esta área se basa en la orientación, acompañamiento y apoyo a las personas con diagnóstico de cáncer en duelo y sus familias a lo largo de las fases de la enfermedad, movilizándolo sus recursos existentes para enfrentar los temores ante la muerte y la enfermedad, y posibles soluciones ante las necesidades personales emergentes; en el apoyo del trabajador social al equipo interdisciplinario para la identificación y comprensión del sufrimiento integral de la persona diagnosticada de cáncer y su familia, teniendo como intereses la enfermedad, la proximidad de su muerte y sus implicaciones a nivel educativo, socioeconómico y laboral.

La tarea de Trabajo Social será entonces procurar condiciones para que dicho proceso se inicie, desarrolle y culmine de acuerdo al entorno social y a la situación particular de duelo, pero teniendo en cuenta que en estos procesos no se satisface en su mayoría y como se quisiera, las demandas y necesidades de las personas, sino que es un proceso que depende de múltiples aspectos y actores, dependiendo del contexto y recursos existentes. Ospina (2000), menciona que la acción profesional demanda al trabajador social la comprensión de la problemática emocional y de los conocimientos básicos sobre la enfermedad que aqueja a la persona, así como ser consciente de sus limitaciones y de la frustración inherente al trabajo en Tanatología.

Es así, como desde la intervención tanatológica el interés es propiciar condiciones necesarias para mejorar la calidad de vida de las personas con diagnóstico de cáncer en duelo, brindar herramientas para la toma de decisiones y el acompañamiento para el afrontamiento de la realidad del tipo de pérdida. La intervención tanatológica guía al proceso de morir y la forma en que puede llegar a afectar la estructura y dinámica familiar ante la ausencia de uno de sus miembros, mientras que en la intervención en duelo, se busca llevar a cabo procesos de elaboración de pérdidas que den lugar al reconocimiento de la experiencia en la cual se encuentran, es decir, darle espacio a emociones y sentimientos desde los cuales la persona logre identificar el porqué de ese momento y consolidar sus

recursos psicológicos, emocionales, personales y sociales para su afrontamiento.

Se reconocen las múltiples complejidades de la vida, de la psiquis humana y de los conflictos sociales que hacen que aparezcan diversas maneras de morir, que en muchos casos no cuentan con la atención y seguimiento requerido por darse prioridad a otras cuestiones inherentes a las problemáticas sociales, que además refuerzan la constante negación ante los procesos de morir y cuyas manifestaciones dependen de las características particulares de cada persona y del contexto en el cual se encuentre inmersa; Lo dicho deja planteada la necesidad de la intervención en duelo en casos de muerte, teniendo en cuenta todos y cada uno de los factores enunciados. En esta línea, la intervención en duelo contribuye a una comprensión integral de las experiencias de las personas en el proceso de salud-enfermedad, para que desde el hacer profesional se logre aportar bienestar para la mejor adaptación de la realidad y orientación para aceptar, clarificar y manejar sentimientos latentes y manifiestos.

En cuanto a la intervención que partirá de las subjetividades de dos profesionales en Trabajo Social a partir del discurso institucional, las intencionalidades y reflexividades, frente a la intervención social realizada con personas con diagnóstico de cáncer, es relevante mencionar que para este estudio se asumió el discurso como un sistema de modalidades enunciativas que preservan distintas modalidades de enunciación, que dependen del ámbito social y la posición en la cual se encuentran las personas para reproducir un discurso, en tanto expresa lógicas sociales e institucionales que son adquiridas como propias a lo largo de la vida (Foucault, 1980), cabe anotar que el discurso refleja otros aspectos además del contenido expresado, pues las enunciaciones verbales o escritas se encuentran acompañadas de componentes reflexivos, por tanto el discurso evidencia, enuncia y comunica, pero a su vez puede distorsionar y ocultar, es por esto que es fundamental trascender y analizar aquello que subyace a su contenido teniendo en cuenta sus efectos en la realidad social.

Los discursos empleados por las trabajadoras sociales en las intervenciones en duelo realizadas, evidencian la ideología, el sentido, y las intenciones de la intervención, pues a

través de la comunicación verbal las profesionales manifiestan los supuestos con base a los cuales orientan, asesoran, y acompañan a las personas con diagnóstico de cáncer que enfrentan un duelo, por ende al conocer los discursos de las profesionales se estaría leyendo la realidad social en la que se intervienen, que en este caso corresponde a procesos de duelo. En este orden de ideas, además de manifestar saberes propios al realizar la intervención en duelo, las profesionales a través del discurso también reflejaron aspectos propios del contexto en el que se desenvuelven, pues la intervención se encuentra ligada a una institución que cuenta con ciertas políticas y lógicas en relación al cáncer, el duelo, la sociedad, entre otros aspectos.

Considerando la importancia de los discursos de las profesionales y la pertinencia de estos para leer la realidad social, es fundamental hacer una distinción entre el discurso empleado y la intencionalidad de las trabajadoras sociales, pues comprender las intencionalidades por las que se da un discurso permite conocer significaciones. En este sentido, se retoma a Searle (1992), quien plantea que la intencionalidad está ligada a procesos mentales que permiten orientar o referirse a objetos, objetivos y estados diferentes a sí mismos. De este modo son intenciones estrictas, reflejan sentimientos y creencias con fines específicos acordes a las situaciones y propósitos perseguidos, estas pueden ser expresadas de forma verbal o gestual o en su defecto no ser expresadas.

Así, la intencionalidad es una forma de representación que puede o no concretarse en la realidad; en relación a esto el autor establece una diferencia entre intencionalidad de la mente e intencionalidad del lenguaje, aludiendo a que la primera corresponde a aspectos psicológicos expresados y sin expresar los cuales guardan deseos y anhelos conscientes e inconscientes, mientras que la intencionalidad del lenguaje (que en este caso corresponde al discurso profesional en la intervención), hace referencia a enunciaciones, palabras, proposiciones, disposiciones, es decir a la realización de actos de habla; sin embargo, la intencionalidad como proceso mental integra estos dos aspectos y es entendida como una red interactiva, por ello para conocer la intencionalidad ampliamente es fundamental conocer su “trasfondo”, es decir todo lo que implica.

Con base a lo anterior, se entiende la intencionalidad de la intervención de Trabajo Social en procesos de duelo como un conjunto de propósitos que orientan la intervención en duelo en personas con diagnóstico de cáncer, estas intencionalidades pueden ser expresadas en el discurso explícito o implícitamente y a su vez pueden tener o no un trasfondo acorde con las especificidades del caso. Para este estudio, acorde con la perspectiva comprensiva se asume que las intencionalidades manifestadas por las profesionales deben estar acompañadas de actitudes de escucha, así mismo se establece que estas deben encaminarse a la búsqueda de significados que guían los actos de las personas haciendo énfasis en el conocimiento de aquello que influye en los pensamientos y permea las emociones de las personas con quien se interviene, es decir, las intencionalidades deben estar relacionadas con la comprensión de las situaciones desde su especificidad de modo que tal como lo enuncia Moran (2006), las personas puedan reconocer y hacer consciente su experiencia comprendiendo lo que significa para sí mismo, de modo que si cambia la comprensión cambia el significado y si cambia el significado cambia la percepción de la experiencia.

En este orden de ideas, con todo lo que implica la intervención de Trabajo Social concretamente en duelo con personas con diagnóstico de cáncer, es relevante también conocer las reflexividades que han realizado las profesionales en Trabajo Social. La reflexividad desde Schön (1998), se entiende como una forma de conocimiento que orienta la acción, acompañado de una actividad artística en la que el profesional pone sus recursos intelectuales al servicio de la situación que analiza y sobre la cual surge una reflexión que permite hacer modificaciones y pensarse nuevas formas de intervención en la realidad social desde su contexto.

La reflexividad “es pensar en lo cotidiano del quehacer profesional y en la multiplicidad de situaciones que a diario confrontan lo que se hace, con lo que se debería hacer. Remite a problematizar una vez más el escenario donde se ejerce nuestro rol, signado por la pobreza y las necesidades sociales, donde los problemas se naturalizan y las manifestaciones de dignidad por parte de la gente persisten a pesar del carácter indigno de

la pobreza y la exclusión social” (Clemente, 2000: 39).

De tal forma, se reconoce que reflexionar sobre la intervención es comprender que la especificidad de la profesión implica tener en cuenta las necesidades que se configuran en un campo de problemas que fundamentan un determinado tipo de intervención, en la que el trabajador social contribuya a la consecución de procesos y acciones encaminadas al fortalecimiento, desarrollo y transformación del quehacer profesional dentro del campo de la salud y, fortalecer con quienes se interviene un proceso activo de reconstrucción de significado y movilizándolo sus recursos personales ante los duelos que afronten y que ha sido puesto en cuestión por la pérdida (Neymeyer, 2002).

Capítulo III. Estrategia metodológica

El presente estudio fue cualitativo dada su pertinencia para estudiar la realidad social en su contexto, captar los sentidos humanos e interpretar los fenómenos de acuerdo a los significados de las personas. Siguiendo a Carvajal (2010), quien retoma a Bonilla y Rodríguez (1995), en la investigación cualitativa se estudia el contexto con el fin de lograr descripciones detalladas y completas de una situación, esto permite comprender la realidad subjetiva que subyace a la acción de los seres humanos inmersos en una sociedad; desde esta perspectiva se buscó captar la realidad “a través de los ojos” de dos profesionales de Trabajo Social que realizan intervención en duelo y desde la percepción que tienen sobre su propio contexto. El tipo de investigación referenciado permitió comprender la intervención en duelo realizada por las trabajadoras sociales de la F.C.V.L. desde la particularidad de cada profesional, la estrategia empleada facilitó la comprensión de aspectos subyacentes a dicha intervención como el contexto institucional, los discursos, las intencionalidades y las reflexividades de las entrevistadas.

Este ejercicio investigativo fue de tipo exploratorio-descriptivo, el cual es definido por el mismo autor como un tipo de investigación que proporciona una visión general de una determinada realidad que ha sido poco explorada y reconocida, permitiendo aumentar el grado de familiaridad con los fenómenos. Vásquez (2005), sobre el tipo de investigación descriptiva afirma que esta busca especificar las características importantes de personas, grupos, comunidades u otros fenómenos, determinando así sus manifestaciones y delimitando los hechos que conforman el problema de investigación. En este orden de ideas, el tipo de investigación exploratorio fue pertinente para la comprensión de la intervención en duelo de Trabajo Social, en tanto permitió un acercamiento a la realidad social considerando aspectos que surgieron en el proceso, a su vez lo descriptivo fue relevante dado que hizo posible la caracterización del área oncológica de la clínica, así como las diferentes categorías de investigación que dieron cuenta de la temática en cuestión.

La metodología de investigación utilizada fue acorde con los planteamientos del paradigma hermenéutico dada la intención de interpretar las subjetividades de las profesionales de Trabajo Social que intervienen en duelo y la pertinencia de estudiar el tema acercándose a la realidad desde una postura comprensiva, es decir conociendo la intervención en duelo por medio de estrategias que permitieron captar sus significados y sentidos.

Se empleó una metodología hermenéutica la cual busca conocer y comprender la realidad desde una posición horizontal, destacando así la riqueza en las experiencias de las profesionales que realizan intervención en duelo con personas con diagnóstico de cáncer, de acuerdo con Moran (2006), la metodología de investigación hermenéutica en Trabajo Social es un “*procedimiento artístico*” en la medida que desde la posición de investigadores se asume a las personas, en este caso, las Trabajadoras Sociales, como seres conscientes de sus pensamientos y emociones, por ello los saberes y sentimientos generados y captados por medio de la investigación permiten la comprensión de la temática estudiada, desde esta perspectiva metodológica fue posible llegar a la realidad desde la visión de dos profesionales, entendiendo que sus experiencias en la intervención son únicas; así, por medio de las entrevistas se buscó la comprensión y el conocimiento de la intervención en duelo realizada por ellas, desde la potencialidad que los saberes y las intervenciones realizadas tienen.

De acuerdo a los criterios de elección en investigación cualitativa planteados por Valles (1999), con base en la obra de Lincoln y Guba (1985), se plantearon criterios de participación acordes con el paradigma y la metodología mencionada. El autor plantea que existen tres grupos de criterios de calidad a considerar en un estudio cualitativo, estos son: los éticos, los de confiabilidad y los de autenticidad, por lo cual deben establecerse lineamientos coherentes que permitan la indagación respecto al tema de estudio. Dichos criterios implican que la forma de acceder a la información sea responsable, además, por medio de estos es posible establecer lineamientos para adquirir información útil para la investigación, esto teniendo en cuenta los objetivos, la veracidad de la información y su

pertinencia.

En este orden de ideas, los criterios de elección de la población objeto de estudio de este ejercicio investigativo fueron: profesionales tituladas de Trabajo Social que realicen intervención en salud en la F.C.V.L., concretamente con personas con diagnóstico de cáncer y que en su intervención hayan tenido acceso a casos de duelo, así mismo las participantes debían tener disposición de socializar sus experiencias, podían ser egresadas de diferentes universidades que oferten el programa de Trabajo Social y debían contar como mínimo de un año de trabajo en duelo y oncología, dado que se puede estimar que durante este tiempo se ha tenido una comprensión del tema y la experiencia en los diferentes casos intervenidos aporta conocimientos a la intervención realizada.

Acto seguido, se estableció contacto con dos trabajadoras sociales de la F.C.V.L, quienes fueron coordinadoras de campo de una de las investigadoras durante la práctica⁶, se explicó el propósito de la investigación y la importancia de rescatar sus saberes, ante lo ello manifestaron deseo de participar y con el debido consentimiento se realizó el estudio.

Respecto a las participantes de la investigación, a modo general se puede decir que las dos son mujeres, una de ellas tiene 31 años y la otra, 40 años de edad, las dos realizaron la formación profesional de pregrado en Trabajo Social en la Universidad del Valle (Cali), y actualmente realizan intervención en salud en la F.C.V.L.⁷

Para explorar la realidad con las profesionales se consideraron cuatro categorías de análisis correspondientes a los objetivos las cuales fueron trabajadas de la siguiente manera:

La primera categoría correspondió a la caracterización del área oncológica en la que interviene Trabajo Social, surgió del primer objetivo específico en el cual se planteó dar cuenta del contexto de la intervención realizada y lo establecido formalmente para la

⁶ La presente investigación surgió de la experiencia de la práctica académica en oncología que tuvieron las investigadoras en la Fundación Valle de Lili

⁷ La caracterización de las trabajadoras sociales será planteada con mayor especificidad en el capítulo de trayectorias profesionales.

intervención del profesional. Para su realización se empleó la técnica de análisis documental, la cual siguiendo a Dulzaides y Molina (2004), por medio del acceso a fuentes documentales de carácter virtual o físico, permite un análisis organizado de la información, así, previo a la búsqueda se establecen categorías de interés las cuales son indagadas en la bibliografía, esto permitió delimitar la información y comprender la temática. Luego de contar con la información, los autores mencionan que quienes investigan se apropian de ella, la asimilan por medio de lenguajes documentales contruidos mediante claves y reglas propias del texto analizado dando lugar a la comprensión detallada. Esta técnica permitió conocer la información institucional de la F.C.V.L, facilitó la caracterización del área oncológica y al contar con información de diferentes fuentes fue posible encontrar puntos de análisis sobre el área y la intervención en duelo de Trabajo Social.

La segunda categoría hace referencia a las trayectorias profesionales de las trabajadoras sociales que intervienen en duelo, está ligada al segundo objetivo específico de la investigación y se dio lugar a un recorrido profesional de las intervinientes, su experiencia laboral y aspectos personales y subjetivos en torno al duelo. Las trayectorias de las profesionales fueron conocidas por medio de entrevistas semi - estructuradas. De acuerdo con Hernández, Fernández, y Baptista (2006), la entrevista semi-estructurada permite definir los aspectos de la realidad que se quieren conocer, desde el planteamiento de preguntas abiertas que permitan recibir más matices de respuesta o un acercamiento e intercambio de información más íntimo y flexible con las personas. En conjunto, facilita plantear nuevas preguntas que hacen de la entrevista una conversación más fluida y permiten recuperar particularidades y puntualizar aspectos pertinentes sobre el objeto de intervención. Por medio de este tipo de entrevistas se indagó por aspectos profesionales relevantes, conociendo el trazado profesional y laboral de las profesionales, conocer aspectos reflexivos y personales sobre los trabajos desarrollados y la intervención en duelo.

Finalmente, **la tercera categoría** planteada, aludió a los discursos, intencionalidades y reflexividades de las profesionales de Trabajo Social sobre la intervención en duelo con

personas con diagnóstico de cáncer, surgió con base al tercer objetivo específico y fue analizado individualmente (discursos, intencionalidades y reflexividades). Esta categoría fue indagada por medio de dos entrevistas semi estructuradas a cada profesional y permitió comprender la intervención en duelo.

De manera sintética, a continuación, se presenta la matriz metodológica que resume el proceso metodológico planteado inicialmente con el cual se dio lugar al trabajo de campo.

Tabla 1. Matriz metodológica

Objetivo	Categoría de análisis	Ejes temáticos	Fuente	Técnicas
Caracterizar la Unidad de cáncer de la F.C.V.L. donde interviene Trabajo Social.	La Unidad de cáncer F.C.V.L. donde interviene Trabajo Social.	Propósito del área Aspectos teóricos que lo fundamentan. Objetivos Noción de las personas con diagnóstico de cáncer Protocolos de atención. Intervención de Trabajo Social en duelo/Funciones	Documentos institucionales	Análisis documental: Matriz de síntesis de información – Fichas de texto
Identificar la trayectoria profesional de las profesionales de Trabajo Social	La trayectoria profesional de las profesionales de Trabajo Social	Experiencia laboral en Trabajo Social. Potencialidades personales identificadas por el profesional sobre su intervención en Trabajo Social y en duelo Dificultades personales identificadas por el profesional sobre su intervención en Trabajo Social y en duelo Noción de las profesionales sobre la	Trabajadoras Sociales	Entrevistas semi estructuradas

		realidad social en torno al duelo de las personas con diagnóstico de cáncer.		
Indagar las intencionalidades y reflexividades de las profesionales de Trabajo Social sobre la intervención en duelo con personas con diagnóstico de cáncer.	Los discursos de las Trabajadoras Sociales sobre la intervención en duelo. Las intencionalidades de las Trabajadoras Sociales en la intervención en duelo. Las reflexividades de las Trabajadoras Sociales sobre la intervención en duelo.	Definición de la intervención de Trabajo Social en duelo Metodología de intervención en duelo Aspectos institucionales que permean la intervención en duelo Objetivos de la intervención en duelo. Aspectos personales (emocionales y sentimentales) que motivan realizar intervención en duelo. Análisis sobre la intervención en duelo realizada (ideas, pensamientos, y sentimientos. Reflexiones sobre la intervención en duelo.	Trabajadoras Sociales	Entrevistas semi estructuradas

El trabajo de campo se inició en Noviembre del año 2016 y culminó en Enero de 2017. Durante este tiempo se tuvo acceso a la información documental sobre el área oncológica de la F.C.V.L. con las debidas autorizaciones y permisos; se realizaron lecturas de diferentes documentos y sus correspondientes fichas de textos, se dio inicio a la organización y análisis de dicha información, además se llevaron a cabo 4 entrevistas semi estructuradas (2 a cada profesional), con tiempos entre una hora y una hora y media; posteriormente se llevó a cabo la categorización correspondiente y surgieron primeras ideas y análisis preliminares que sirvieron como insumo para la discusión y retroalimentación de la información obtenida.

Al plantear el proyecto de investigación se optó por caracterizar los programas de oncología en los que interviene Trabajo Social, pero dada la inexistencia de documentos que identificaran éstos programas se decidió aludir a la Unidad de cáncer en la que interviene Trabajo Social, esto resultó relevante pues permitió conocer contexto de intervención y reconocer el discurso institucional. Sobre el acceso a las fuentes documentales cabe aclarar que encontrar información sobre la intervención de Trabajo Social no solo en duelo sino sobre la intervención en Salud en la clínica resultó un proceso arduo y complejo, tras la poca existencia de producción intelectual sobre la profesión al respecto. En total, se encontró un documento sintético que aludió al rol de Trabajo Social en la clínica que fue realizado por una de las Trabajadoras Sociales, sin embargo, no es información oficial y por esta razón además de ampliar la caracterización del área, se tomó información de la página institucional y de material público institucional sobre la clínica y el área de oncología.

Luego de ser discutida y aceptada la guía de entrevista por la directora de la investigación⁸, se procedió a la realización de las entrevistas contando con disposición por parte de las trabajadoras sociales, inicialmente expresaron sus ideas sobre la intervención en duelo sin profundizar en ellas; no obstante, para el segundo encuentro, con las dos participantes se generó un clima de confianza que permitió que la socialización de experiencias fuera más detallada y espontánea, así las entrevistadas comunicaron diferentes situaciones y fue posible profundizar en aspectos no trabajados.

Se considera que en las dos primeras entrevistas se presentaron algunos aspectos subjetivos de las investigadoras que incidieron en la forma de entrevistar, pues se hicieron manifiestas algunas ideas sobre la intervención relacionadas con la comprensión del duelo desde la lógica de los procesos, las funciones o los roles en Trabajo Social y duelo. No obstante, esto fue identificado y para las siguientes entrevistas se logró conocer las experiencias de intervención de las profesionales desde su naturaleza, identificando la particularidad de

⁸ Docente de Trabajo Social de la Universidad del Valle: Maritza Charry Higuera.

cada profesional para intervenir, por ende, las entrevistas se encaminaron a conocer los saberes y destacar su diversidad tanto en el ámbito profesional como el personal.

Las entrevistas semi estructuradas facilitaron la reflexividad de las profesionales sobre la propia intervención, así, la metodología empleada contribuyó a dar mayor profundidad a la temática. El carácter semi estructurado incidió en la apertura en la conversación, generando otros puntos de análisis referentes a la intervención en duelo como, por ejemplo, el deber ser en la intervención en duelo y los aspectos éticos. Finalmente, se afirma que las entrevistas semi estructuradas desde el paradigma y metodología hermenéutica fueron coherentes con el tema de intervención en duelo con personas con diagnóstico de cáncer pues hicieron posible la indagación adecuada sobre las categorías planteadas.

En los siguientes capítulos se presentan los resultados del ejercicio investigativo, la intervención en duelo desde las trayectorias profesionales, el discurso institucional, las intencionalidades y reflexividades de las trabajadoras sociales. Es importante aclarar que en este apartado no se hizo referencia concretamente al contexto de la investigación dado que, en el análisis del estudio, se identificó que este éste hace parte de uno de los hallazgos correspondiente al discurso institucional de la clínica, para efectos de comprensión, se hará referencia detallada a este más adelante.

Capítulo IV. Trayectorias profesionales, Discurso institucional, Intencionalidades y Reflexividades de las trabajadoras sociales que intervienen en duelo.

Acercarse a investigar la intervención en duelo realizada por las dos trabajadoras sociales de la F.C.V.L. resultó pertinente en la medida que permitió comprender la temática de estudio considerando los aspectos institucionales y los elementos subjetivos presentes en las profesionales. Las trabajadoras sociales que participaron en este ejercicio investigativo son seres humanos históricos que tienen una trayectoria profesional vivida en diferentes contextos que les han permitido adquirir aprendizajes significativos, dichas trayectorias profesionales se han dado en diversas instituciones en las cuales ha existido un discurso institucional que ha incidido en la forma en que las profesionales comprenden e intervienen en la realidad social; es oportuno destacar que además de las trayectorias profesionales, como aspectos relevantes para comprender la intervención en duelo, se encuentra el discurso institucional, las intencionalidades y reflexividades de las profesionales. Todas estas categorías fueron comunicadas por medio de enunciaciones discursivas.

Es indispensable considerar que los resultados de la intervención de Trabajo Social en duelo que van a presentarse: trayectoria, discurso e intencionalidades, son construcciones articuladas producto de las reflexividades de las trabajadoras sociales; sin embargo, a continuación, se presentan de manera separada por razones de organización y comprensión del texto escrito

Trayectorias profesionales de las trabajadoras sociales.

Es necesario retomar el concepto de trayectoria, entendida como “aquella comprensión de la vida con una serie única y suficiente en sí de acontecimientos sucesivos, a través, de una serie de posiciones sucesivamente ocupadas por una misma persona o un mismo grupo, en un espacio en sí mismo en movimiento y sometido a incesantes transformaciones” (Bourdieu, 1977: 82). Lo anterior implica que para comprender las trayectorias de las personas es necesario conocer en gran parte o reconstruir sucesos clave de sus historias de vida, y de las posiciones objetivas transitadas y ocupadas por las personas.

La trayectoria implica un proceso de construcción personal en el que se adquieren diferentes experiencias y aprendizajes significativos que pueden ser empleados posteriormente (Lera, Genolet, Schoenfeld, Guerrero y Bulcatto, 2007). Las trayectorias son reconocidas por las personas y comunicadas por medio de enunciaciones en las que ponen de manifiesto sus disposiciones, saberes y prácticas adquiridas en un determinado proceso, así, al destacar o reconocer momentos o aspectos, se crea un sentido frente a las experiencias históricas, como un proceso dinámico que se construye paulatinamente y se le otorga significatividad de acuerdo a la subjetividad de la persona.

El conocimiento de una trayectoria, implica considerar la visión que una persona tiene sobre la realidad, en este caso sobre la intervención en duelo; así mismo, permiten conocer la disponibilidad de capitales⁹ sociales, culturales y económicos, además del posicionamiento que los profesionales tienen frente a los cambios presentados en sus historias de vida. Al tener en cuenta que las trayectorias son dinámicas, se considera que los profesionales se encuentran en movimiento ante los diferentes saberes y experiencias.

Las trayectorias están relacionadas con la historia de vida de las personas, por esta razón, para su identificación es necesario determinar un área concreta, por ejemplo, trayectoria laboral, personal, familiar, entre otras; en este estudio se hizo referencia a la trayectoria profesional, para reconocer los momentos o elementos claves y significativos que las trabajadoras sociales indican como relevantes en dicho proceso de intervención en duelo. Rosanvallon (1997), expone que el análisis de las trayectorias profesionales permite conocer factores históricos que permean e interfieren las acciones actuales, conllevando a comprender la intervención realizada y a su vez, refleja la visión que tienen de la realidad social y sus intervenciones concretas.

Se identificó que las trabajadoras sociales¹⁰ reconocieron tres momentos claves en sus trayectorias profesionales, éstos fueron: la ***realización de la práctica académica, el inicio***

⁹ Entendiendo los capitales como el conjunto de bienes materiales o simbólicos con los que cuenta un profesional y le posibiliten la cooperación entre dos partes (Bourdieu, 1977).

¹⁰ Para la identificación de las profesionales se mencionará a una de las trabajadoras sociales como E1 y otra como E2.

de la experiencia profesional y la experiencia laboral actual, en cada uno de estos momentos claves, se encontraron aprendizajes significativos que dependen del contexto y la experiencia adquirida. Dichos momentos claves serán presentados a continuación:

Primer momento: la realización de la práctica académica.

Para comprender la práctica académica de Trabajo Social y su importancia para las profesionales, se hace alusión inicialmente a su conceptualización a partir de artículos de las profesoras que hacen parte de la Escuela de Trabajo Social y Desarrollo Humano; de este modo, la práctica académica se entiende como:

“Una acción con sentido de los estudiantes que se incorporan a un contexto social particular – institucional o comunitario–; donde confluyen el conocimiento y la realidad social para la construcción, reconstrucción y de-construcción de aprendizajes que retroalimenten el desarrollo de la profesión en conocimientos tanto teóricos y metodológicos como investigativos. Se constituye en un proceso dialéctico en el que el estudiante hace aportes desde su saber, y en el contexto se identifican las problemáticas, construyendo conocimientos a propósito de la realidad social, que a la vez se constituye como fuente para plantear nuevas preguntas y proponer nuevas entradas o nuevos temas de intervención; es, de hecho, el detonante de procesos reflexivos” (Galeano, Rosero y Velásquez, 2011: 143)

Efectivamente, la práctica académica fue reconocida como un momento clave en la formación de las trabajadoras sociales al ser un escenario transitorio en el ciclo formativo como lo referencian Galeano, Rosero y Velásquez (2011), la realización de la práctica académica es un espacio donde se denota incertidumbre, duda, confrontación, construcción y negociación de diversas exigencias personales, formativas y laborales, al estar “descubriéndose” como sujetos profesionales de la praxis en determinados contextos y problemáticas y con determinados sujetos, lo cual influyen en la toma de decisiones sobre su propio proyecto profesional.

Respecto a sus prácticas profesionales, se identificó que una de las trabajadoras sociales con 31 años de edad, alude los inicios de su formación profesional con la realización de la práctica académica en el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). En dicho

proceso hubo una permanente inclinación por las *temáticas* de: restitución de derechos, el enfoque de derechos, población vulnerable:

“Empezando desde la formación en Univalle, yo la práctica pre profesional la hice en ICBF, a mí en ese entonces me gustaba el tema de la salud y mucho, pero también me gustaba todo lo que era la parte de restitución de derechos, el enfoque de derechos, población vulnerable niños, niñas, adolescentes y adultos” (E1).

La primera trabajadora social alude a la intervención en términos de *funciones*:

“Realizar formato platín, buscábamos establecer enlaces con instituciones de protección social para restablecer derechos de los niños con los que trabajábamos, y también diseñar programas educativos para fortalecer el proyecto de vida de los niños (as) y adolescentes; A grandes rasgos me enfocaba en esto”. (E1)

Lo mencionado por la trabajadora social E1, permite inferir que las *funciones* cumplidas están dirigidas hacia el cumplimiento de tareas específicas, que satisfacen una necesidad determinada, pero no brindan la posibilidad de generar procesos de intervención, en los cuales se comprenda e intervenga la realidad social desde una perspectiva psico-social.

Las funciones sobre la intervención mencionadas por la profesional E1, son acordes con lo planteado por Duque (2013) acerca de las medidas de apoyo que puede tomar Trabajo Social en la intervención; la autora señala que estas medidas se dan principalmente en hogares sustitutos, y constan de la mediación, educación y protección; al intervenir con base a estas medidas, el o la profesional se basa en la reflexión, enseñanza y acción con las personas con quienes se interviene. En el caso de E1, su contexto fue un hogar sustituto, y su intervención se centró en la restitución de derechos de la población vulnerable, ante ello, desde el componente educativo buscó fortalecer programas de proyectos de vida, lo cual se relaciona con las medidas de apoyo planteadas.

La profesional resalta que posterior a su práctica universitaria, realizó una monitoria académica en Emcali con enfoque comunitario hacia personas habitantes de la zona de ladera de Cali, cuyas funciones desde Trabajo Social se dirigían hacia:

*“Todo lo que era **sensibilización** en relación al medio ambiente, el manejo del agua, el cuidado de los recursos naturales, como otra forma de darle uso adecuado a este recurso teniendo en cuenta pues, las dificultades medio ambientales”* (E1)

Esta monitoria podría considerarse también una práctica pre – profesional, en la medida que permite un acercamiento al escenario institucional donde se pone en juego su proyecto profesional, construyendo propuestas teóricas, metodológicas y técnicas que posibilitan la reflexión y una mirada más amplia de su realidad, en la medida que logró dar reconocimiento a su medio social, problemáticas y relación poblacional, según refiere la trabajadora social E1. Además, se puede inferir que éste se fortalece como un espacio donde se posibilita la interacción con profesionales de un equipo multidisciplinario que retroalimentan el saber, consolidando un trabajo integral y conjunto desde el cual el profesional se puede cuestionar su hacer, repensar su forma de intervenir con base en su experiencia académica – profesional, reconociendo aspectos que se han fortalecido y aquellos que están por mejorar.

En lo que respecta a la trabajadora social E2 de 41 años de edad, realizó su práctica en Coomeva EPS, donde referencia *aprendizajes consolidados* sobre el Sistema de Seguridad Social en Salud, a partir de ello realizaba *asesorías* a las familias en gestiones administrativas. Esta profesional también alude a su intervención en términos de funciones. Entre éstas destaca:

*“Me encargaba de **realizar una evaluación socio familiar** de los pacientes, para **reconocer las condiciones** con las que cuentan los pacientes, además **gestionaba** si se presentaba alguna dificultad con la obtención de servicios, como, por ejemplo, la autorización de medicamentos a cuáles de esos servicios no estaban teniendo acceso los pacientes, y, **apoyaba las actividades de bienestar** para los empleados, digamos que **estaba como en todo**” (E2).*

Lo anterior permite reconocer la intervención de la trabajadora social E2 frente a la satisfacción de necesidades específicas de la población de trabajo, supliendo necesidades mediatas tras la institucionalidad que se maneja, dejando de lado un acompañamiento emocional profundo. López, Hoyos y Castro (2010), exponen que, en la intervención de Trabajo Social en salud, la intervención familiar y el acompañamiento emocional son aspectos que, en su mayoría, se ven afectados por el exceso de labores administrativas.

La intervención de esta profesional, básicamente se centra en lo que plantea Duque (2013) como Trabajo Social comunitario, esta área de intervención se busca facilitar diferentes condiciones sociales que permitan el mejoramiento y la vida digna de varias personas en un determinado contexto, para ello, se hace énfasis en la planeación y en el componente evaluativo, lo cual se afirma en la *gestión administrativa*, la asesoría al respecto y las actividades de bienestar.

Respecto a la intervención que realizaron las trabajadoras sociales en sus prácticas, se destaca el término *funciones* con el cual se han referido, con base a esto, es posible inferir que en el primer momento de las trayectorias, las profesionales probablemente asumen la intervención desde una postura en la que es fundamental cumplir con las funciones correspondientes al perfil para el cual fueron contratadas.

Retomando a López, Castro y Hoyos (2010), una de las principales dificultades de la intervención de Trabajo Social, es que los procesos en ocasiones resultan mecanizados debido a la importancia que se les atribuye a las tareas a cumplir, en esta mecanización prima el componente administrativo y se entiende la intervención desde la funcionalidad. Estos postulados permiten comprender que las profesionales en un primer momento centraron su intervención en las funciones, entendiendo que la realización de la práctica académica es un espacio de aprendizaje en el cual podrían surgir contradicciones como estas, sin embargo, éstas pueden ser pensadas y cuestionadas. Al respecto, Galeano, Rosero y Velázquez (2011), plantean que se deben generar conversaciones en la práctica que permitan reflexionar sobre la intervención realizada.

En lo referido por las trabajadoras sociales, el sentido atribuido a sus prácticas se da a partir de su experiencia como profesionales, pues el lugar en el cual se ubican y el tipo de intervención que realizan se basa principalmente en los aprendizajes obtenidos, en este caso su práctica profesional como un momento clave desde el cual se posibilitó reflejar temas afines y de interés que se potencializaron a lo largo de la formación profesional. En tal medida, es fundamental considerar su visión de la realidad, en la cual se consideran los

intereses más destacados, áreas de trabajo, población afín; en ambas profesionales se encontró un gusto por el área de la salud, la realización de gestiones administrativas y el carácter social atribuido a diferentes intervenciones.

Por su parte, Estrada (1997), menciona que las prácticas universitarias se encuentran enmarcadas en proyectos que responden a diferentes áreas del actuar social, implicando que su carácter sea interdisciplinario e interinstitucional, avaladas por la investigación científica como una forma de producción y desarrollo de conocimientos que se nutren y se generan de la cotidianidad de la población, a través de un “diálogo de saberes” entre la academia y el sector productivo. Así, las prácticas se constituyen como un escenario donde se aprende y aprehende a ser trabajador social y a confrontar y reflexionar sobre lo que se hace; siendo indispensable construir conversaciones sobre el profesional que se forma en un contexto particular, sobre los procesos de formación, la realidad social en la que se interviene, los docentes que acompañan los procesos de formación en la práctica, los estudiantes y los procesos de intervención agenciados, logrando una relación importante y necesaria entre las prácticas académicas y la reflexión y el desarrollo del Trabajo Social como profesión (Estrada, 1997)

Segundo momento: el inicio de la experiencia profesional.

Las trayectorias de las profesionales se permean por su formación académica y práctica en las instituciones, lo cual incide en la forma cómo comprenden e intervienen en la realidad social. En este aspecto, es necesario reconocer el concepto de *experiencia*, entendida en términos de Gadamer (2002), como el camino por el que la conciencia se reconoce en lo extraño y lo ajeno para asumirlos dentro de sí, donde el saber que la experiencia proporciona no es un saber teórico, ni técnico, no es un ‘saberse ya algo’, sino un descubrir cada vez facetas nuevas en un proceso que nunca es ni puede considerarse definitivo; de ahí que toda experiencia refiera siempre a otra experiencia, al permanecer abierto a nuevas experiencias, siendo cada una única e irrepetible.

Por tanto, comprender la experiencia profesional, implica reconocer aquellos

conocimientos adquiridos en los años de formación académica a unas actividades concretas que estimulan una mayor maduración y profundización de conocimientos, alcanzando una mayor eficacia en el desempeño de la profesión y una visión distinta del entorno y la problemática de este ejercicio profesional. Pérez, Alonso, Gómez y Santos (s.f.).

Al hablar de la experiencia profesional, las trabajadoras sociales consideraron los siguientes temas: el *lugar* o espacio en el cual el profesional se ha desempeñado, *tiempo* de trabajo, *población*, las *funciones* designadas y *objetivos* de intervención.

En este momento clave se refleja el inicio de la experiencia profesional de las trabajadoras sociales. La trabajadora social E1 menciona el inició su experiencia en la institución en Hogares María Goretti, ella se desempeñó en este espacio por 5 años, trabajando con población vulnerable: niñas y jóvenes en situación de abandono y sus familias; entre las *funciones* con las que debía cumplir destaca: intervenir en situaciones de abandono o con personas que atravesaban dificultades de: maltrato, desnutrición, delincuencia, con apoyo psicosocial para dirigir su proyecto de vida. Y como *objetivo de intervención* planteó:

“Profundizar en la exploración de red familiar (relaciones, comunicación, roles, funciones), condiciones socioeconómicas y posibles espacios donde la menor pudiese habitar”.

Pantoja (2006), plantea que la intervención de Trabajo Social en situaciones de abandono, parte de la valoración social y psicológica. Una vez trabajado lo anterior, el profesional debe centrarse principalmente en el estilo relacional y en las redes familiares y sociales de la persona, pues éstas pueden facilitar la búsqueda de apoyo y alternativas en cada caso. Esto es coherente con la intervención realizada por la profesional E1, quien le atribuye importancia a la exploración de la red familiar y a las condiciones de las menores con quien trabaja.

Respecto a la segunda profesional, se destaca que el inicio de su experiencia profesional se dio en Ecopetrol, en esta institución se desempeñó por 7 años y medio y trabajó en el ámbito organizacional y comunitario con diferentes familias cercanas a la institución. Entre las *funciones* y *objetivos* sobre la intervención menciona:

“... Penetrar en la familia lo que en últimos términos daba lugar al bienestar de la niña... la intervención desde la diversidad metodológica para una visión más integral de la realidad” (E2).

En lo mencionado por la trabajadora social E2, la intervención se dirige al reconocimiento, dinámica organización y relaciones familiares; en este espacio, según la profesional, se implementan herramientas para el abordaje integral de las personas y sus familias.

La trabajadora social E2, respecto a su experiencia profesional indica:

“Inicié en Ecopetrol, mi trabajo fue comunitario, porque yo me iba a las comunidades y realizaba trabajo educativo a partir del reconocimiento de sus necesidades y luego generábamos proyectos”.

Destaca sus labores en el área comunitaria de zona rural cerca de la ciudad de Cali y, en salud desde un rol comunitario, en el que generaban estrategias de reorganización social. En este espacio se desempeñó durante seis años.

Al respecto, la intervención comunitaria, en términos de Sáenz (2008), emplea como recurso básico el apoyo de la misma comunidad afectada o implicada en las problemáticas sociales. Así, los individuos y las comunidades deben estar involucrados en las decisiones y programas que afectan sus vidas para resignificar sus problemas y generar alternativas para solucionarlos de manera autónoma. Además, centra su intervención en dos procesos: la aproximación a las comunidades y las formas de organización del trabajo, lo cual se relaciona con la intervención de la profesional E2.

De esta manera, las trabajadoras sociales E1 y E2 en su experiencia profesional, le atribuyen importancia a las personas con quien han trabajado, dado que consideran que la población les ha permitido comprender la dinámica social y la necesidad de abordaje de las problemáticas del medio:

“En Trabajo Social, las personas son quienes hacen el profesional que uno es” (E1).

De este modo, las personas con quienes se interviene facilitan los aprendizajes y experiencias personales y profesionales de las trabajadoras sociales.

Tercer momento: última y actual experiencia laboral.

Finalmente, como último momento, las trabajadoras sociales destacan su última experiencia laboral que corresponde al actual cargo que es en la F.C.V.L. La trabajadora social E1 ejerció en la F.C.V.L. durante 3 años, con finalización laboral en Noviembre de 2016, decidió no continuar en este espacio debido a razones personales, mientras que la trabajadora social E2 se desempeña en la F.C.V.L. desde hace aproximadamente 8 años y continúa en el cargo.

Una vez planteados los momentos clave, las trabajadoras sociales destacaron aprendizajes significativos como producto de su experiencia profesional. Estos aprendizajes significativos aluden a la comprensión que las profesionales hacen sobre las nociones de Trabajo Social, Trabajo Social en Salud, Intervención de Trabajo Social en duelo, y duelo. Las profesionales desde una postura reflexiva asumen la profesión con un amplio campo de intervención. Así, el Trabajo Social fue entendido como:

“Trabajo Social es una profesión que abarca muchos campos, y de cada área se desprenden otras acciones... los temas trabajados varían desde lo más sencillo, hasta lo complejo, es necesario intervenir incluso con otros profesionales...la intervención no es rígida, pues la realidad social es cambiante, al igual que las personas en sí mismas” (E1).

El modo como aluden a la profesión de Trabajo Social es congruente con los postulados de Valle y Ramella (2010), quienes plantean la importancia de que los mismos profesionales asuman que el Trabajo Social está presente en la mayoría de campos de la sociedad, esto favorece el reconocimiento de la profesión pero principalmente, permite que los profesionales de Trabajo Social se interesen y realicen intervenciones desde la multiplicidad de la realidad social.

El hecho de que las trabajadoras sociales asuman el Trabajo Social como una profesión, implica mencionar la discusión que existe frente a su comprensión como profesión o disciplina, dado que esto tiene connotaciones distintas. Retomando los postulados de Malagón y Leal (2006), antes de la reconceptualización, en Colombia, el Trabajo Social se había consolidado fundamentalmente como una profesión de ayuda, en este sentido, se

hacía referencia a ésta en términos de facilitación de recursos y solución de problemas, así pues, la profesión de Trabajo Social se ubicaba en un contexto de asistencia social, no obstante, el movimiento de la reconceptualización, hizo que este tipo de situaciones se cuestionaran y en este aspecto, se generó la idea de que Trabajo Social se empezara a constituir como una profesión con sentido crítico diferente al asistencialismo, así, se buscó que Trabajo Social lograra establecerse como una disciplina que interviene en la sociedad.

Esta discusión ha acompañado históricamente a los y las trabajadores sociales. Al respecto Bedoya, Carrera y Joya (2010), plantean que el carácter disciplinario implica que Trabajo Social supere su espacio de acción desde la profesión, es decir, que los efectos de la intervención sean ampliados y simultáneamente se continúe construyendo conocimiento propio para la validación del ejercicio profesional, en otras palabras, lo disciplinario implica que Trabajo Social haga investigación e intervención, desarrollando teorías, conceptos, y métodos que permitan su fortalecimiento como profesión y disciplina.

De acuerdo a este debate, lo dicho por las trabajadoras sociales entrevistadas permite analizar que Trabajo Social al verse en ocasiones limitado por los lineamientos institucionales, se ubica como una profesión en la medida que atiende las necesidades presentadas desde la asistencia, por ende, es fundamental que surjan estos cuestionamientos sobre la intervención en duelo, para su constitución como profesión-disciplina.

En el mismo sentido, destacan como parte de los aprendizajes significativos la comprensión de las situaciones, de esta manera, la intervención realizada se retroalimenta y permite comprender la visión que se tiene de la realidad, en tal sentido, la trabajadora social E1 destaca:

*“De Trabajo Social es eso, que **tú te vuelves una persona mucho más comprensiva**, llegas con unas ideas frente a un tema, y las personas mismas te van indicando que no todo es lineal, cuando te topas con una persona, desde la visión de Trabajo Social, estás aprendiendo y es algo que se va guardando para futuras intervenciones, tú vas cambiando también, se amplia como la visión que tienen sobre una situación. Entonces todo ese acumulado de conocimientos que se van dando, me facilitó la vista o el panorama a la realidad social que es amplia y así mismo los problemas”.*

En relación a lo mencionado, Vygotsky (1978), expresa que el conocimiento de situaciones

contextuales, creencias y actitudes, incide en las construcciones mentales que una persona desarrolla, de ahí que la trabajadora social considere el acercamiento a la realidad social y a los diferentes problemas atendidos en la intervención, incidieron en que se “*vuelva una persona más comprensiva*”.

Así mismo, la trabajadora social E2 en términos de aprendizajes significativos destaca en su experiencia la oportunidad de crecimiento personal y laboral, a través del reconocimiento del otro, inmerso en múltiples situaciones que enmarcan su visión de vida, además de la posibilidad de cuestionarse y generar retos, referenciando:

*“Yo creo que uno en todos los ámbitos **siempre está creciendo** y eso es algo que lo anima mucho a uno a querer hacer las cosas mejor, en lo profesional destacó que uno **poco a poco va como teniendo ideas del manejo clínico** que tienen las personas y los cuidados; **que se les debe educar y enseñar para que tenga un buen manejo de la enfermedad** y en lo personal crecer como persona, a valorar la familia y la salud, el autocuidado, cada día es un aprendizaje nuevo y eso hace que yo misma **me plantee retos en lo que quiero hacer como profesional**”.* (E1)

Respecto a la intervención de **Trabajo Social en salud**, las profesionales refieren:

*“La palabra salud es amplia, y Trabajo Social en salud es **orientación, prevención, intervención** en crisis, cuidados paliativos, **se relaciona con derechos sociales**, maltrato, duelos... la clínica atiende a una población grande, entonces en salud **la intervención comprende diferentes situaciones de varias culturas**”* (E1).

Las profesionales utilizan tres términos para referirse al Trabajo Social en Salud: *orientación, prevención e intervención*. Con base a esto, se establece una relación entre lo planteado por las trabajadoras sociales y los planteamientos de Colom (2010), quien expresa que la intervención de Trabajo Social en salud se puede dar antes de que pueda afectarse la salud: prevención, en el momento presente cuando ya se ha afectado: asesoría y orientación, y cuando la afectación ha incrementado considerablemente: tratamiento. Sin embargo, en relación a lo mencionado por las trabajadoras sociales, se puede inferir que estos niveles no son lineales, puesto que la prevención, orientación y tratamiento pueden darse de forma simultánea, lo fundamental en la intervención en salud es promover el bienestar psicosocial de las personas y sus familias.

Reconocen diversidad de temáticas a intervenir: *crisis, cuidados paliativos, derechos*

sociales, maltratos y duelos en diferentes ámbitos, es decir, Trabajo Social en salud buscaría intervenir en factores sociales que inciden en las diferentes condiciones de salud atendiendo personas, familias y comunidad, tal como lo plantean Acosta, Bohórquez, Duarte, González y Rodríguez (2012), agregando que la intervención en salud debe tender al desarrollo de acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud, lo cual depende de las necesidades y el contexto de las personas.

En esta línea, es posible establecer una relación entre la noción de intervención de Trabajo Social de las profesionales y el concepto de intervención enunciado por Mosquera (2012), quien alude a ésta como una relación contextualizada que implica un conocimiento científico que se emplea de acuerdo a las necesidades y problemáticas de las personas, en este caso personas con diagnóstico de cáncer. Fantova (2007), por su parte entiende la intervención como una actividad organizada que implica diferentes procesos. La intervención responde a necesidades sociales y busca incidir significativamente en la interacción de las personas; desde esta perspectiva, la Intervención, debe estar acompañada de la reflexión y del diálogo con la comunidad científica, técnica, institucional y social, de modo que exista una integración entre investigación e intervención social.

De esta manera las profesionales reconocen que la intervención se da en el marco de una relación que implica tener un conocimiento sobre intervención en salud:

“La intervención se da entre uno como profesional y la persona con cáncer o su familia, pero claro, para poder hacer intervención tú tienes que saber sobre lo que estás tratando, primero viene todo lo que uno sabe y que aprendió en la formación como trabajador social, el trato cálido, la confianza, todo eso...pero el conocimiento de salud o cáncer es algo que se aprende con la experiencia y la variedad de casos” (E1).

Como lo plantea Schön (1998), las intervinientes emplean la experiencia cotidiana adquirida en el área y los saberes previos para resolver o atender los casos presentados:

“lo aprendido y la experiencia en salud que se adquiere cotidianamente enriquece como profesional y permite continuar haciendo intervención” (E1).

Por ende, la intervención con personas con diagnóstico de cáncer en el área de la salud,

implica la construcción de saberes que surgen en la intervención en la relación persona a intervenir-profesional, pues la experiencia adquirida retroalimenta futuras intervenciones y la intervención recibida incide en la vida de las personas:

“Hay situaciones en la intervención que al principio para uno son difíciles, pero con el tiempo vas aprendiendo a manejarlas, pero es la experiencia que te enseña” (E2).

Lo anterior denota que la experiencia referida por las profesionales es fundamental para la intervención en duelo. Para Gadamer (2002), el concepto de experiencia se remite a los diferentes saberes que una persona construye continuamente a lo largo de su vida, así, la experiencia se conforma por los acontecimientos vivenciados y conlleva a la comprensión y conciencia de un saber aprendido en la vida. Con base en ello, se identifica que la experiencia que las trabajadoras sociales han adquirido en salud y en duelo, ha estado marcada por los múltiples casos que han atendido en todo su recorrido en la institución, así pues, los saberes construidos en la cotidianidad de la intervención son importantes dado que permiten afianzar el ejercicio profesional, logrando mayor seguridad para futuras intervenciones *“es la experiencia que te enseña”*.

En el marco de la intervención de Trabajo Social con personas con diagnóstico de cáncer, el duelo es un aspecto que necesita intervención. En este orden de ideas, sobre la **intervención de Trabajo Social en duelo**, las profesionales plantean que:

*“La intervención encaminada al duelo es vital porque nos estamos **enfrentando a una enfermedad** que socialmente da miedo, culturalmente es una enfermedad que se asocia con muerte, entonces en la medida que uno pueda ir des - virtuyendo esos imaginarios, poder ir acompañado del médico o psicólogo: **una forma interdisciplinaria de trabajar, ir acompañando a paciente y familia** en lo que significa esta enfermedad, cuáles son los tratamientos que existen, cuál es el pronóstico que tiene, qué implica, si de pronto va a perder funciones, cómo va afectar esto en la parte relacional, en su vida, si es de un niño cómo va afectar esto en sus estudios, si es un adolescente, si es un universitario, si es una mujer, un hombre, porque eso es lo que hacemos nosotros, hacer de in individuo algo único” (E1).*

*“**La intervención es importante en personas con diagnóstico de cáncer que viven duelos**, porque desde esta disciplina se puede dar un enfoque diferente al que le dan desde la medicina, psicología o psiquiatría, es importante porque podemos ver los aspectos personales de ese ser que vive una situación y entenderlos desde su unicidad o encontrar relaciones con el campo social del cual vienen, los aspectos familiares que inciden en su situación psico social actual.” (E1).*

Las profesionales entienden la intervención de Trabajo Social en duelo desde el *acompañamiento*¹¹ a las personas que viven duelos a causa de un diagnóstico de cáncer, sobre ello, destacan *desvirtuar imaginarios* sobre el cáncer y la muerte, e intervenir desde la *unicidad* y la particularidad del contexto de las personas. Dicha comprensión de la intervención de Trabajo Social en duelo se puede complementar con lo planteado por Campos y Regina (2015), quienes afirman que es necesario comprender el duelo considerando el significado cultural atribuido, desde ahí fomentar su vivencia como una etapa importante para la reconstrucción de lo cotidiano; en efecto, el profesional encargado de este tipo de casos debe realizar intervenciones humanas y acogedoras frente al sufrimiento que viven las personas, esto por medio de la liberación del estrés y el fortalecimiento de los vínculos.

Ospina (2000), plantea que la intervención en duelo implica la comprensión de la problemática. De manera acorde con lo planteado por la autora, las trabajadoras sociales inicialmente reconocen la situación problemática en la que intervienen, aquí, se destaca que las profesionales afirman entender los diferentes casos desde la unicidad y particularidad de cada situación. Para este ejercicio investigativo, esto se puede identificar como un aspecto positivo, dado que se le atribuye importancia a la subjetividad de las personas.

“Cada situación, cada dolor es diferente” (E1)

Partiendo de la comprensión de la problemática, las trabajadoras sociales reconocen lo que Ospina (2000), también enuncia, respecto a la relevancia del trabajo multidisciplinario en casos de duelo, pues esto permite una mayor comprensión y abordaje:

“Uno se apoya o trabaja con los médicos, con los psicólogos, con la psico oncóloga, y hasta con los enfermeros, ellos se remiten a uno para que uno trabaje algunas cosas... en las juntas que se hacen se habla en ocasiones sobre un caso y se hacen aportes desde las diferentes profesiones” (E2).

Esta afirmación, permite comprender que si bien es cierto algunos casos de duelo se

¹¹ Entendiendo el acompañamiento como un proceso en el cual se ayuda a la persona con diagnóstico de cáncer a enfrentar una necesidad específica, éste se da desde la asesoría y orientación y su fin es que la persona pueda resolver sus necesidades saliendo potencializado de una situación. (Campos y Regina, 2015).

trabajan en equipo, no todos son abordados de esta manera, sería importante que este tipo de intervenciones se diera en todos los casos dado que todos son pertinentes en términos de la situación que se enfrenta, esto facilitaría la comprensión del duelo por parte de las personas con diagnóstico de cáncer y sus familias.

En esta línea, frente a la intervención en equipo, se destaca que las trabajadoras sociales hacen referencia a ésta como trabajo multidisciplinar e interdisciplinar entendiendo que estas formas de intervención apuntan a la intervención colectiva en duelo desde los diferentes saberes, las profesionales no hacen una diferenciación al respecto, pues se refieren simultáneamente a estos tipos de intervención entendidos como sinónimos. Al respecto, es importante tener en cuenta la diferenciación realizada por Gaitán (s.f.), el autor establece que lo interdisciplinario hace referencia a la relación entre diferentes disciplinas, en ella hay un intercambio de saberes y es posible integrar conocimientos desde supuestos teóricos y metodológicos diferentes, por el contrario, lo multidisciplinar se refiere al estudio de los aspectos de un problema desde diferentes disciplinas

Si bien es cierto, en el verbatim se muestra una tendencia a entender lo interdisciplinario y multidisciplinario como sinónimos, es necesario que haya claridad frente a su conceptualización e identificar claramente el tipo de intervención a realizar en equipo.

Al hablar de la intervención de Trabajo Social en duelo, también resultó importante reconocer la manera en que las profesionales asumían el *duelo*. Se identificó que éste fue entendido como una pérdida que genera múltiples pérdidas:

“Para mí el duelo es estar frente a alguna situación que implique alguna pérdida, en ese caso es una pérdida de la salud que viene acompañada de pérdidas sociales” (E1).

“El duelo, en este caso particularmente es la pérdida de la salud, y cómo esta afecta otras esferas de mi vida, entonces también me va a generar otras pérdidas.” (E2)

La visión de las trabajadoras sociales sobre duelo se caracteriza por el reconocimiento de algunas pérdidas que viven las personas con diagnóstico de cáncer, y en relación a esto, algunas implicaciones que estas pérdidas tienen en otras esferas de sus vidas; esto se puede

relacionar con los planteamientos de Ospina (2014), quien asume el duelo como un proceso subjetivo, concretamente una pérdida que genera otras pérdidas y que conlleva a diferentes reacciones. Para Ospina (2014), los factores que determinan el proceso de duelo y deben de tenerse en cuenta para la intervención, ellos son: *la identidad y personalidad del doliente*: sexo, edad, estabilidad económica, cualidades, dificultades, forma de ser, estilo de afrontamiento, estilo de apego, autoestima, creencias; *circunstancias que antecedieron y siguieron a la pérdida*: historia de pérdidas sufridas, los cambios que sucedieron después de un duelo; y *factores sociales*: redes de apoyo, tipos de apoyo, valores y creencias.

En primera medida, las trabajadoras sociales entienden el duelo como un proceso subjetivo: “*Las situaciones son diferentes, y cada persona vive su duelo distinto a los demás*”, en relación a esto, básicamente las profesionales asumen el duelo como una pérdida de la salud: “*pierden peso, color, el cabello, estabilidad*” (E1), no obstante, reconocen que la pérdida de la salud viene acompañada de otro tipo de pérdidas como por ejemplo, las pérdidas sociales: “*dejar de trabajar, dejar de estudiar, dejar de tener un rol activo en la familia*” (E1).

Siguiendo a Acuña y Solar (2002), la intervención en duelo implica que los profesionales reconozcan el significado subjetivo de cada doliente, en este aspecto, identificar las múltiples manifestaciones de tristeza, ira, desesperanza, es importante para establecer pautas y guiar la intervención

En términos de Worden (2004), se tiende a concebir el duelo en función de la tristeza y la disforia, pero hay otros sentimientos asociados a la pérdida: angustia, ira, culpa, soledad; por ello es indispensable posibilitar una elaboración de la experiencia de duelo que se afronta, ayudando a identificar y manifestar sentimientos, de tal manera que genere un potencial transformador en la persona, como una oportunidad para el crecimiento personal del sujeto que lo sufre. Es necesario, además, que los profesionales que intervienen en duelo, ante las situaciones de crisis a causa del diagnóstico de cáncer y los posibles duelos patológicos, cuenten con conocimientos que les permitan identificar estas situaciones y ante

ello ejercer las medidas adecuadas.

En este ejercicio investigativo se encontró que las trayectorias profesionales mencionadas y los aprendizajes significativos, se encuentran permeadas por el discurso institucional de los diferentes contextos en los que se ha desarrollado la experiencia profesional de las trabajadoras sociales, a continuación, se hace referencia concretamente al discurso institucional de la F.C.V.L. teniendo en cuenta que, para este estudio, el discurso institucional representa el contexto de intervención de las profesionales que intervienen en duelo.

Discurso Institucional y contexto de intervención: Unidad de Cáncer F.C.V.L.

El concepto de discurso se trabaja desde la perspectiva de Foucault (1980), quien plantea que el discurso es un sistema de modalidades enunciativas¹² que preserva distintas modalidades de enunciación, las cuales dependen del ámbito social y la posición en la cual se encuentran las personas para reproducir un discurso, en efecto, el discurso de una persona expresa lógicas sociales e institucionales que son adquiridas como propias a lo largo de la vida. Desde esta perspectiva, el discurso está relacionado con el orden interaccional que emerge en las diferentes situaciones sociales, éste tiene un fuerte impacto en los individuos en tanto lo reproducen constituidos a la vez por éste.

En relación a lo anterior, Foucault (1980), plantea que existen tres grandes fuerzas que permean la humanidad: el poder, el saber y la subjetividad, estas fuerzas permiten que la estructura social se mantenga. El discurso cumple un rol determinante en la reproducción y mantenimiento de la estructura social dado que, por medio de las enunciaciones y formaciones discursivas se da continuidad a través del discurso, que es un instrumento y efecto de poder, pues por medio de éste se puede transportar y reforzar las ideologías sociales, además los enunciados discursivos son un elemento fundamental en la

¹² Entendiendo las enunciaciones discursivas como exposiciones que permiten comunicar ideas por medio de palabras, respecto al contenido, sus modalidades son declarativas, exclamativas, interrogativas y apelativas. (Foucault, 1980).

conformación del saber. Así mismo, cabe aclarar que el discurso se estructura socialmente como una verticalidad que implica dominio de los saberes, por ende, las proposiciones del discurso se relacionan jerárquicamente formando un encadenamiento que va desde la institución y recae en las personas, quienes reproducen dichas lógicas.

De esta manera, el discurso institucional es entendido como enunciaciones discursivas que guardan ideologías propias de una sociedad, permite sostener una estructura social partiendo de la transmisión, reproducción y preservación de dicho discurso institucional por quienes hacen parte de la institución.

Respecto a las diferentes ideologías expresadas por medio del discurso institucional la ideología es entendida desde Villoro (2015), como el conjunto de conocimientos y creencias determinados socialmente por medio de las relaciones sociales, así pues, la ideología puede o no ser impuesta en un grupo social por medio de enunciaciones discursivas; para este ejercicio investigativo, comprender dichas ideologías expresadas por medio de enunciaciones, es importante debido a que permite conocer el discurso institucional y diferentes aspectos que subyacen al respecto. En este orden de ideas, se hará referencia al discurso institucional de una institución de salud concreta: F.C.V.L.

Así, el discurso de la F.C.V.L. representa la institucionalidad de la clínica, hace mención a su descripción como institución y ejerce dominio sobre los profesionales que trabajan en ella, en tanto son regidos por este discurso. Al respecto se encontró que tal discurso institucional fue apropiado en las intervenciones sobre duelo y expresado por las trabajadoras sociales durante el proceso de entrevista, esto se puede evidenciar en la siguiente expresión donde se indica que la intervención en duelo guarda una relación con los preceptos de la clínica:

*“Lo que se hace de intervención en duelo está guiado **por lo que dice la clínica, no tanto en lo que uno habla con las personas, sino en el tiempo, en las aclaraciones sobre el tipo de ayuda, en el número de casos, eso es algo que permea**” (E2)*

En la anterior afirmación se observa que la profesional apropia el discurso institucional y

desde ahí establece lineamientos para intervenir en cuanto al tiempo y tipo de ayuda. Al respecto, Malagón y Leal (2006), afirman que, en ocasiones, cuando en un trabajador social prima la institucionalidad, este profesional reproduce la ideología de la institución, conllevando a que la intervención se vea limitada y entendida desde acciones instrumentales.

Considerando su relevancia, es pertinente identificar el discurso institucional de la clínica que fue obtenido a través de la página de internet y de los documentos institucionales. (Este apartado se realiza con base a la revisión documental de los textos “*Sistema integrado de gestión*”, “*Unidad de cáncer de la F.C.V.L.*”, y “*Rol de Trabajo Social en la F.C.V.L.*” revisados en el lapso de septiembre-diciembre de 2016). Los documentos fueron proporcionados por las trabajadoras sociales para posteriormente analizar la influencia con este contexto de intervención en el que se desenvuelven las profesionales.

En un primer momento se planteó caracterizar los programas del área oncológica de la clínica en los que interviene Trabajo Social, sin embargo, al iniciar con la búsqueda de fuentes documentales, se identificó que en la Unidad de Cáncer no se cuenta con programas para esta población, por esta razón y dadas las lógicas institucionales relacionadas con atender medicamente y la alta demanda de la clínica, se decidió caracterizar la Unidad de cáncer y en ella identificar aspectos referentes a la intervención en duelo.

Dicha caracterización se realizó con base al análisis documental de tres fuentes bibliográficas de la clínica, las cuales fueron revisadas con autorización previa. Entre los documentos encontrados para este estudio se encuentran: el primero, “*Sistema integrado de gestión*”, corresponde a un documento institucional publicado en el año 2015 que se encuentra físicamente y que, permite una mirada institucional respecto a la descripción y cumplimientos de la F.C.V.L. como institución prestadora de servicios de salud; el segundo documento se encontró en la página web de la Fundación, y es denominado “*Unidad de cáncer de la F.C.V.L.*” (2013), permite reconocer la naturaleza, características y servicios propios de la unidad, sin embargo, llama la atención que en la mayoría de servicios de la

clínica se menciona a Trabajo Social como profesión o disciplina que hace parte del equipo multidisciplinario. El tercer y último documento corresponde a “*Rol de Trabajo Social en la F.C.V.L.*”, fue realizado por el área de Trabajo Social en el año 2003, no se encuentra publicado ni se constituye como documento formal de la F.C.V.L. no obstante, hace parte de la biblioteca personal de las trabajadoras sociales y hace referencia a la construcción de funciones de la intervención de Trabajo Social.

Con base a lo planteado en la página web fue posible identificar que la fundación surge en el año 1986 brindando servicios ambulatorios de salud, pero es en el año 1994, que la clínica se constituye como una “*institución de salud sin ánimo de lucro, que ofrece soluciones a los problemas de salud de los seres humanos por medio de medicina de alta complejidad y tecnología*” Así, su razón de ser se fundamenta en:

Misión: *Nuestro compromiso es satisfacer las necesidades de salud de alta complejidad de nuestros usuarios, mediante la utilización de los más avanzados recursos médicos, en una Institución hospitalaria con orientación académica. El servicio se fundamenta en la competitividad, la labor en equipo, la excelencia, la humanización y dignificación de la persona, para lo cual nos orientamos hacia el mejoramiento continuo de nuestra organización, de su gente y de los recursos tecnológicos. Nuestra labor se enmarca dentro de los más altos estándares de la ética y redundante en beneficio de la comunidad, de nuestros Colaboradores y del crecimiento y desarrollo de la Institución”.*

Visión: *“Consolidarnos como una institución líder prestadora de servicios de salud de alta complejidad y tecnología de Latinoamérica acompañada de programas de apoyo social, Investigación y docencia; mediante un modelo de atención integral y seguro, con enfoque de gestión sostenible por su eficiencia, rentabilidad, responsabilidad social e innovación, en el marco de un hospital universitario; con liderazgo en la generación de conocimiento y en talento humano. “*

Al respecto, es pertinente destacar que la F.C.V.L., es una institución de salud de carácter privado que responde a diferentes requerimientos sociales y legales del país en torno a las lógicas de atención en salud, sin embargo, al ser una institución privada, cuenta con mayor libertad e ingresos económicos que le permiten algunos beneficios como por ejemplo, la preponderancia de tecnologías avanzadas para su funcionamiento, esta situación es diferente a las instituciones de salud de servicio público dadas las dificultades económicas y administrativas que presentan. Siguiendo a Martínez (2013), con la consolidación de la

ley 100 de 1993 se crea el Sistema General de Seguridad Social que involucra el ámbito de la salud, dicho modelo genera una brecha para la atención en salud entre las instituciones hospitalarias privadas y públicas, en este contexto, los derechos fundamentales a la salud y a la vida, pasaron a ser secundarios y mercantilizados.

Lo anterior permite ubicar a la F.C.V.L. en dicho contexto social, no obstante, al ser una institución de salud privada cuenta con la posibilidad de establecer una ideología que la caracteriza como institución prestigiosa en términos médicos y sociales, esto se evidencia en su misión y visión institucional al dar cuenta de su interés por la atención especializada y humanizada, de esta manera, la F.C.V.L., plantea su propia definición, la cual es apropiada por quienes se desenvuelven en este contexto, siendo así un precepto fundamental.

Siguiendo con los documentos encontrados, se hace referencia al “*Sistema integrado de gestión*”¹³ (2015), es un texto institucional que esboza el hacer clínico a partir de su plan estratégico, programas y modelo de atención, presenta aspectos de calidad en torno a los servicios prestados por la fundación, entre ellos la Unidad de cáncer. Además, refiere aspectos estructurales, enunciando elementos relacionados con todos los servicios y el hacer de la clínica lo que involucra la calidad e integralidad en la institución.

En este sentido, se enuncia que desde los inicios de la clínica se dio apertura gradual de las unidades de medicina especializada con portafolio de servicios clínicos y quirúrgicos, su alta complejidad y tecnología de vanguardia, programas y unidades para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades como el cáncer. Así, respecto a la calidad, un compromiso principal es “*satisfacer las necesidades de salud de alta complejidad en salud, desde la humanización y dignificación de la persona; mediante un modelo de atención integral, humanizado y seguro, con enfoque de gestión sostenible*” (Pg. 25).

En el documento referenciado, respecto a la política integral se plantea la búsqueda de

¹³ Este documento se enmarca en el área de gestión de la calidad de la clínica en la cual se plantean los sistemas de gestión como instrumentos para el buen funcionamiento institucional, dichos sistemas se ubican desde una óptica empresarial dado que buscan generar el mayor rendimiento en relación a los recursos existentes.

excelencia en salud al servicio de la comunidad, garantía de permanencia y desarrollo de la institución, prestando servicios de salud de excelente calidad con responsabilidad social acorde al entorno nacional y la legislación aplicable, de esta manera, prima la seguridad del paciente, la humanización en la atención, la gestión de tecnología y el enfoque de riesgo. Sobre la humanización en salud se menciona la atención humanizada y segura que implica la promoción de la cultura, buenas prácticas, así, se encuentra que el modelo de atención está centrado en el paciente teniendo en cuenta su continuidad, accesibilidad, oportunidad, idoneidad, efectividad, pertinencia y mejoramiento.

El texto permite conocer aspectos de la calidad en torno a los servicios de salud prestados por la F.C.V.L., éstos son presentados en términos macro estructurales de la institución, es decir, misión, visión, funcionamiento integral de la clínica, servicios, calidad e integralidad con la que se debe cumplir, por esta razón, no se profundiza en la unidad de cáncer, sin embargo, su contenido es pertinente para la identificación de la institucionalidad de la clínica y su interés en la calidad en los servicios prestados.

En este orden de ideas, el segundo documento “*Unidad de cáncer de la F.C.V.L.*” (2013), permite una amplia descripción de la unidad de cáncer, sus características y servicios prestados. En el texto se alude a la unidad desde la intervención que hace la clínica en términos médicos y psicológicos que buscan la calidad de vida de los pacientes. Así, se plantea que la Unidad de cáncer tiene como objetivos:

“Proporcionar control del cáncer a través del diagnóstico temprano, tratamiento y rehabilitación, realizar evaluación oportuna de los síntomas y brindar atención integral y humanizada a los pacientes con diagnóstico de cáncer y sus familias”

En el documento referenciado, inicialmente se presenta el concepto de diagnóstico de cáncer, aludiendo posteriormente al tratamiento oportuno del cáncer desde el carácter interdisciplinario, en este apartado se infiere que es posible tratar adecuadamente la enfermedad desde la detección temprana y desde la intervención de diferentes profesionales de la salud: “*queda en cuestión lo que afirman antes de que las trabajadoras sociales no se acercan a los asuntos psicosociales.... Ésta postura de la clínica invita a un trabajo integral.*”

“La curación del cáncer únicamente se logra si el diagnóstico y el tratamiento inicial son adecuados...Un equipo de médicos Hematólogos - Oncólogos, unido a una tecnología de vanguardia y el apoyo de todas las subespecialidades médicas y quirúrgicas de la Fundación Valle del Lili, hacen de la Unidad de Cáncer una de las más completas del país. Por medio de un trabajo interdisciplinario, todo el equipo médico evalúa a los pacientes de forma unificada para la determinación y toma de decisiones respecto al estado y tratamiento de la enfermedad oncológica; los usuarios tienen el respaldo de especialistas en Cirugía Oncológica, todas las subespecialidades quirúrgicas y un soporte tecnológico de última generación”.

Se encontró que la unidad de cáncer ofrece servicios de quimioterapia ambulatoria, hospitalización, radioterapia, yodoterapia, trasplante de médula ósea y consultas oncohematológicas, además tanto para pacientes como familias se brinda orientación sobre el manejo de signos y síntomas secundarios y soluciones durante el tratamiento, por medio de estrategias educativas que se encuentra en folletos entre los que se destaca *“Manual de quimioterapia”* e *“Información para el paciente en tratamiento de radioterapia”*.

La Unidad de cáncer en términos médicos ofrece los servicios de cirugía, ginecología, radioterapia, trasplante de médula ósea, oncología clínica y quimioterapia¹⁴.

Según la información encontrada, en la Unidad de cáncer se encuentra un equipo

¹⁴ **Cirugía oncológica:** Cabeza y cuello, Mama, Tórax, Tumores de tejidos blandos, Tracto gastrointestinal, Colon y recto, Ortopedia oncológica, Ginecología oncológica, Cáncer hepatobiliar, Urología oncológica, Dermatología oncológica”. **Ginecología oncológica:** Está encaminada a desarrollar y mantener programas óptimos de prevención, diagnóstico enfocado a las etapas más tempranas de las enfermedades, tratamiento y seguimiento de las mujeres con diagnósticos precancerosos y cancerosos del aparato genital femenino. Cuenta con especialistas en Ginecología y Obstetricia, con subespecialidad de Ginecología – oncológica y experiencia amplia y suficiente para los casos presentados. **Radioterapia** “Cuenta con el apoyo integral de un cuerpo médico altamente capacitado, respaldando los avances que ofrecen las nuevas tecnologías; los procedimientos que se realizan siguen los más altos estándares de calidad en Radioterapia Convencional, Radioterapia Conformal (3D-CRT) y Radioterapia Intensa Modulada (IMRT), Radiocirugía craneal, extra craneana y Braquiterapia de Alta Tasa de Dosis. Modalidades de tratamiento que están indicados para eliminar el tumor maligno o cáncer ofreciendo mayores dosis con menos efectos por la protección de los tejidos normales y órganos cercanos a la zona a tratar, lo que permite un escalamiento de dosis que se verá reflejado en el mayor control de la enfermedad” **Trasplante de médula ósea:** Cuenta con un grupo de Oncólogos y Hematólogos especialistas en tratamientos para niños y adultos. Se basa en la actualización médica y la búsqueda por alcanzar un nivel científico de alta calidad, esto es garantía en la atención especializada de los pacientes, es un servicio abierto a toda la comunidad, con un equipo humano capacitado para la realización de trasplantes autólogos y alogénicos. **Oncología clínica y quimioterapia:** Al igual que otras unidades y dependencias de la Fundación Valle del Lili, se trabaja para atender todo tipo de patología oncológicas, especialmente las que requieren un servicio de alta complejidad, apoyados por avanzada tecnología médica y respetando los protocolos clínicos establecidos, en función de los factores que determinan el pronóstico y las expectativas del paciente.

multidisciplinario conformado por profesionales de Medicina, Psicología, Enfermería y Terapeutas ocupacionales quienes atienden el diagnóstico de forma integral; llama la atención que en el texto no se mencione a Trabajo Social como parte del equipo, ni tampoco se hace referencia a las trabajadoras sociales en ningún apartado, pese a que se hable de una intervención desde diferentes profesionales; sin embargo, quienes participaron en el presente estudio infieren su participación, pues como parte del equipo asistencial, responden a las diferentes necesidades que se puedan presentar en la Unidad de cáncer.

En la información proporcionada por las trabajadoras sociales por medio de las entrevistas, se encontró que Trabajo Social interviene en el plano asistencial, es decir, su intervención se da, siempre y cuando sea inter consultado por otro profesional, al presentarse una necesidad particular por parte de una persona que esté accediendo a dichos servicios. Situación que ocurre en el área de cuidados paliativos igualmente.

“Interviene el médico, el psiquiatra o el psicólogo con el paciente, si ellos necesitan algo, inter consultan a Trabajo Social, nosotros asistimos a esas necesidades que remiten otros profesionales” (E1).

Los cuidados paliativos se plantean como “una propuesta que busca mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias enfrentando los problemas asociados a enfermedades terminales por medio de la prevención, asesoría, tratamiento del dolor y de otros problemas físicos y psicológicos”. Se brinda alivio del dolor y de otros síntomas, afirmando la vida y considerando la muerte como un proceso normal, además se ofrece un sistema de soporte para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte, también se brinda un sistema de soporte para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y en el duelo, utiliza una aproximación de equipo para responder a las necesidades de los pacientes y sus familias, incluyendo soporte emocional en el duelo cuando esté indicado y mejora la calidad de vida, lo que pueden también influenciar positivamente en el curso de la enfermedad.

La información encontrada documentalmente, permite conocer que los *“cuidados paliativos están coordinados por un médico familiar especialista, una psico oncóloga, y una*

enfermera” en el texto tampoco se enuncia la participación de Trabajo Social; sin embargo, las profesionales intervienen en esta área al ser inter consultadas tal como se enunció anteriormente.

En efecto, los profesionales enunciados anteriormente brindan *“acompañamiento y soporte para que los pacientes alcancen un manejo óptimo de los síntomas, promueven un proceso de adaptación, manejo y desenlace de la enfermedad, también buscan que las familias manejen en casa los síntomas del paciente de modo que puedan brindar las condiciones necesarias para una mejor calidad de vida.”*

Institucionalmente no se reconoce a Trabajo Social de manera explícita como parte del equipo de profesionales, en tanto no se hace referencia, ni se destaca su participación en los documentos consultados que muestran la estructura u organigrama profesional de la clínica, sin embargo, de manera cotidiana se visibiliza la importancia de la intervención de Trabajo Social en la clínica ante las solicitudes de las interconsultas. Siguiendo las afirmaciones del Consejo de Colegios profesionales de Trabajo Social: C.P.T.S. (2016), la invisibilización de la profesión en las clínicas y hospitales, es una problemática que afecta tanto a los profesionales que intervienen en el área como a la ciudadanía que recibe la atención. Dicha invisibilización se da por diferentes razones de acuerdo a cada contexto, entre las constantes que inciden en esta situación se encuentra la sobrecarga de trabajo dado los pocos profesionales contratados para la alta demanda de atención, la atribución de labores técnicas y administrativas y la subordinación por parte de otros profesionales al área.

El Consejo de Colegios profesionales de Trabajo Social (2016), plantea que la invisibilización de Trabajo Social en las Unidades clínicas responden principalmente a aspectos sociales y de organización de las clínicas y hospitales, siendo relevante que los profesionales cuenten con la aptitud para reivindicarse de acuerdo a sus situaciones particulares. Así, Rosario y Sánchez (2012) plantean que en la intervención clínica se presenta una alta demanda de atención y para afrontar la invisibilización y contribuir al posicionamiento de Trabajo Social, es necesario que se retomen elementos teóricos y

metodológicos que permitan fundamentar la intervención, y ser evaluada periódicamente por los mismos profesionales, de modo que se evite que la esencia de la profesión se torne difusa.

Siguiendo a López, Hoyos, y Castro (2010), la intervención de Trabajo Social en los equipos de Salud de las Unidades clínicas es importante, debido a que por medio del trabajo psicosocial¹⁵ se contribuye a la eficacia en la atención de las personas; es necesario que los profesionales de Trabajo Social, desde el análisis de la intervención realizada, hagan frente a la mecanización que en ocasiones los afecta, es fundamental que Trabajo Social destaque las potencialidades con las que cuenta para el trabajo psicosocial evitando así la invisibilización.

Concretamente, se puede decir que con base en las entrevistas realizadas, en ocasiones, la invisibilización de las trabajadoras sociales de la F.C.V.L., se da fundamentalmente debido a tres aspectos. El primero es la alta demanda institucional “*La mayoría de las veces son muchos casos en un día para sólo para dos profesionales*” (E1), esto hace que las profesionales se dediquen a intervenir continuamente con pocos espacios de reflexión. El segundo aspecto, es la ubicación asistencial de la intervención “*Nos reportan los casos otros profesionales y acudimos a ellos, intervenimos teniendo de base en lo que otros han trabajado, y esto sí nos inter consultan*” (E2); Trabajo Social responde a otros profesionales, dificultando también esta situación el poco tiempo institucional para establecer estrategias y la falta de planeación de la intervención; el tercer aspecto, es en ocasiones, la ausencia de espacios que permitan analizar las intervenciones realizadas.

En palabras de Amelotti y Fernández (2012), es fundamental re pensar la intervención, hacia la creación de modelos críticos que se ajusten al contexto específico de intervención desde la implementación de alternativas intra - hospitalarias, pues es fundamental

¹⁵ Valoración socio familiar, evaluación de riesgos, atención humanizada, análisis de características contextuales y dinámicas familiares, análisis de componentes psíquicos y sociales, comprensión de condiciones socioeconómicas y de contexto, trabajo junto a otros profesionales y consideración de aspectos culturales que puedan incidir en un determinado caso.

comprender inicialmente la lógica institucional y desde ahí re pensar la intervención.

Para Malagón y Leal (2006), el sentido crítico de la intervención de Trabajo Social, se da desde el cuestionamiento propio de la intervención, pues dada la multiplicidad de las áreas a intervenir, es importante que, tanto desde la academia como desde la institución, se cuestione la intervención y desde ello se emprendan alternativas que conlleven a mejores formas de comprender e intervenir en la realidad social.

Siguiendo esta misma línea de auto invisibilización del Trabajo Social, el último documento encontrado en la F.C.V.L., hace referencia precisamente a un texto realizado por una de las profesionales entrevistadas hace 14 años, el cual hace parte de la biblioteca personal de las profesionales de Trabajo Social, pero que no es conocido, ni reconocido por la institución; el documento se denomina “*Rol de Trabajo Social en la F.C.V.L.*” (2003), este texto fue realizado por la trabajadora social (E1) en el año 2003 y fue ajustado en el año 2010 por la trabajadora social (E2) el documento corresponde a una caracterización general de la intervención que Trabajo Social debe realizar en la institución. En este texto se plantea que Trabajo Social:

“Hace parte de la Dirección sub asistencial y busca garantizar el cumplimiento de los procesos de esta área través de la comunicación con los usuarios, de este modo busca asegurar una atención amable y efectiva de acuerdo a las necesidades de las personas y cumpliendo con las normas institucionales” (pg. 3).

En el anterior fragmento, Trabajo Social expresa que hace parte desde la práctica a la Dirección sub asistencial, fundamentando su intervención en *cumplimientos y normas* institucionales en las cuales prima en su hacer lo que le *dice la institución* tras las políticas que manejan, afectando en gran medida, la autonomía y construcción de la intervención de las profesionales.

En el documento también se mencionan *responsabilidades y tareas* de Trabajo Social en la clínica, éstas están orientadas a: *la atención oportuna de las interconsultas solicitadas, el cumplimiento de la política institucional y la actualización de conocimientos en el cargo*, finalmente se enuncia que Trabajo Social *debe presentar alternativas de solución en la*

intervención dejando constancias formales en las historias clínicas.

Estas *responsabilidades y tareas* enunciadas como “*funciones*” por las trabajadoras sociales, evidencian que las profesionales tienen una visión asistencial e institucionalizada sobre su propia intervención, esto dado que plantean responder a la atención solicitada y el respectivo seguimiento al caso, así mismo, en el texto mencionan “*cumplir fundamentalmente con los objetivos estratégicos de la clínica*” lo que indica una apropiación del discurso institucional, asumido como propio y reproducido en su intervención.

Además de lo anterior, ambas trabajadoras sociales enuncian en este contexto su intervención en términos de *funciones* destacando, como intervención general en la clínica:

“Trabajamos la atención en hospitalizaciones, por no adherencia al tratamiento, por riesgo de caída, pacientes que están solos, o necesitan algún apoyo económico, entonces nosotras servimos de puente contactando con una fundación que apoya estos casos, hacemos atención a pacientes de todo tipo, renales, con VIH, coronarios, todos los que se presenten, ya sea niños o adultos, se apoyan también programas de salud, trabajo entre las inter consultas, también nos llegan muchos casos de maltrato, de niños y niñas, en fin, es un amplio panorama donde uno se enfoca en lo social” (E2).

Las trabajadoras sociales referencian la intervención en términos de *atención*, también aluden la justificación de la misma debido a que ha sido determinada para brindar atenciones asistenciales que demanda el medio social para disminuir efectos posibles de problemáticas, agregando la responsabilidad institucional en posibilitar espacios para socializar la intervención.

López, Hoyos y Castro (2010: 91), refieren que “la intervención ha sido comprendida más como un proceso de interacción con parámetros asistencialistas - administrativos, que como una práctica social o categoría de análisis en la que entran en juego el profesional, su saber y la población receptora, invisibilizando así los elementos teóricos-metodológicos que consecuentemente limitan la construcción del binomio investigación–intervención como dispositivo de la acción, la reflexión y el cambio”.

De esta manera, el documento realizado por Trabajo Social es relevante debido a que

permite conocer aquello a lo que se dedica Trabajo Social en la clínica de manera sintética, desde la visión de las profesionales, no desde la institución; sin embargo, en el texto no se especifica su intervención en el área de la salud, ni concretamente en la Unidad de cáncer, únicamente se enuncian las funciones y requerimientos técnicos con los que debe cumplir Trabajo Social desde un punto de vista institucional. Se evidencia que los documentos referidos dan lugar a la necesidad del posicionamiento de Trabajo Social de manera formal, esto resultaría importante para el área de Trabajo Social, pues permitiría su reconocimiento destacando los saberes propios respecto a la intervención.

Concretamente, sobre los documentos analizados, se encontró que la mayoría se refieren a la Unidad de Cáncer desde la perspectiva médica y de servicios institucionales, en otras palabras, en los textos se le atribuye importancia al diagnóstico de cáncer desde la intervención médica y ligado a esto, los cumplimientos institucionales promueven la calidad de vida de los pacientes y sus familias desde los diferentes servicios de la clínica.

En los documentos públicos institucionales se plantea que *a través del apoyo integral se busca que la familia pueda manejar en casa los síntomas del paciente y brindar las condiciones necesarias para una mejor calidad de vida y una muerte tranquila que proteja la dignidad del paciente como ser humano*, en dicho apoyo integral se resalta la intervención del equipo médico y psicológico, y una vez más se invisibiliza la intervención de Trabajo Social en este caso, a pesar de que según la información planteada por las profesionales en las entrevistas, las trabajadoras sociales, en sus palabras *cumplen un rol importante* al respecto, dado que atienden necesidades psico sociales e inmediatas de los pacientes y sus familias ante diversos aspectos relacionados con el diagnóstico de cáncer.

Las profesionales enuncian que la clínica maneja una alta demanda, y por esta razón en ocasiones ocurre que se desdibuja la intervención de Trabajo Social, acudiendo al área para *asistencia en situaciones* que desde los servicios no han logrado manejar, dificultando el posicionamiento de un hacer dirigido a procesos de intervención profundos con criterios profesionales, mencionando:

“cuando en los servicios de hospitalización no han logrado realizar algo, es el trabajador social el que se encarga de solucionar las cosas, entonces a veces lo que uno mismo sabe que debe o no hacer pues no se cumple, y con oncología uno acá no está enfatizado en una sola área entonces no es que uno diga la trabajadora social del área de oncología, no nada... acá uno ve pacientes en oncología pero también en las demás unidades, además lo que te decía, o sea la demanda de la clínica no da para que uno esté en una sola área” (E1, E2).

Con lo mencionado por las trabajadoras sociales es indispensable la especificidad del rol, en las cuales exista claridad frente al qué y para qué de la intervención en una determinada área, delimitando las funciones que a su cargo correspondan. En términos de García (1990), El proceso de construcción de la especificidad profesional opera también, a través de la delimitación del conjunto de prácticas y representaciones que den cuenta del problema social y del tipo de interacción existente entre los sujetos sociales y el problema social.

Para efectos de lo anterior, referencian como una necesidad del campo, *contratar más profesionales de Trabajo Social desde lo cual se dé espacio a la apertura de dicho campo* y cumplir a la demanda institucional, donde no solo se limite al cumplimiento de la tarea, sino a generar un espacio de interacción diferente con la población con la cual se interviene, según lo referencia la trabajadora social E2:

*“Entonces hay diferentes cosas, pero sí, es un campo amplio, Trabajo Social en Salud y la intervención en duelo es algo que **debe fortalecerse**, sería bueno que instituciones como la clínica dieran mayor apertura a profesionales como nosotros, porque **hay mucho que aportar**, entonces imagínate si hubiese un profesional en cada piso o en cada área, ¡sería magnífico! **Habría mayor dedicación y tiempo para trabajar**”*

En este punto del análisis, es importante mencionar lo que implica discursivamente que las trabajadoras sociales hagan referencia a su intervención en términos de rol. Hablar de rol, en palabras de Guzmán (1992), puede estar relacionado con una visión positivista y tradicional de Trabajo Social en la cual los profesionales cumplen funciones establecidas, y en este aspecto, no cuentan con una postura activa frente a la intervención. Puede inferirse que en la F.C.V.L., las trabajadoras sociales al hablar de rol, afirman que cumplen con determinadas tareas sugeridas por otros profesionales y por la institución, por tanto, es posible considerar que las profesionales no construyen procesos de intervención ligados a

las necesidades de las personas, sino que legitiman la intervención más positivista y funcionalista que vienen desarrollando.

En efecto, los documentos aludidos, permitieron una caracterización de la Unidad de Cáncer identificando aspectos estructurales de la institución, como lo es la política de integralidad en la atención, así mismo fue posible conocer las especificidades de la Unidad, lo que conllevó a que toda la información encontrada resultara importante para comprender el contexto de intervención en duelo de las trabajadoras sociales entrevistadas, lo que es entendido a su vez como el discurso institucional.

En relación a lo mencionado, dado el predominio de la visión médica e institucional en la fundación, se infiere también que ésta ha incidido en las profesionales, en tanto se han apropiado del mismo y con ello, de las lógicas propias de la clínica, así diferentes ideas o maneras de comprender la realidad social son adoptadas como propias y reproducidas en la cotidianidad de la intervención de Trabajo Social. Para Foucault (1966), lo anterior puede entenderse desde el discurso médico, el cual tiene predominio y poder en la sociedad, así pues, la visión y el discurso médico son parte de una institución reglamentada, preservan una ideología y por medio de diferentes formas de enunciados, es apropiada por los demás, en este caso por las trabajadoras sociales.

El hecho de que las trabajadoras sociales asuman el discurso institucional como propio, y con base a este establezcan criterios para intervenir, se puede relacionar con una visión pasiva. Guzmán (1992) afirma que, pese a que en la reconceptualización se buscó dar un lugar al Trabajo Social desde el componente crítico, en la actualidad preexisten las posturas pasivas frente a la intervención, ante esto, es necesario que cada profesional reflexione y establezca una mediación entre la institución y los supuestos éticos de Trabajo Social. Es decir, si bien, el contexto institucional es uno de los componentes de la construcción del objeto de intervención, donde se ven afectados el profesional y la unidad persona-familia, haciéndose necesario un circuito de retroalimentación de los casos que sostienen la dinámica institucional y particular de cada profesión.

En este punto del análisis, es pertinente retomar los postulados de García (1990), acerca del objeto de intervención, la autora plantea que en Trabajo Social, éste hace referencia a una elaboración intelectual, que se construye como objeto de conocimiento y de intervención, esto teniendo en cuenta que se designa inicialmente de lo empírico pero pasa a ser conceptualizado y comprendido teóricamente; es de esta manera como se construye el objeto de intervención y posteriormente se cuenta con criterio sobre el mismo.

La apropiación del discurso institucional y la pasividad en la intervención se observa en la medida que las profesionales tienen presente que se encuentran regidas por la legalidad de la clínica, también cuando reconocen que es primordial cumplir con los requerimientos institucionales previos o como factor predominante al momento de intervenir, tal como lo enuncia la Trabajadora Social (E2):

*“Uno se rige por lo que la clínica dice, la idea es atender y cumplir con las interconsultas, y por eso a veces uno **no puede tardar con una persona mucho tiempo**, porque principalmente está lo que dice la clínica” (E2)*

En las enunciaciones verbales de la profesional, es posible identificar que el discurso institucional cumple un papel fundamental en la intervención que desarrollan las trabajadoras sociales, se puede decir que este discurso tiene poder en cuanto le da privilegio a la institucionalidad, requerimientos y normativas establecidas, esto influye en la noción de la profesional respecto a su forma de intervenir; probablemente esto puede afectar la intervención trayendo consecuencias en la calidad de la intervención en duelo. Se destaca también en su discurso que por política institucional es Trabajo Social quien remite y plantea las necesidades de las personas y familias.

En este aspecto, más allá de lo planteado por la institución, es importante fundamentar la intervención en duelo desde la noción de proceso, pues esto permite la organización y pertinente realización de la intervención. Siguiendo a Sánchez (2002), la intervención no debe ser rígida ni taxativa, por el contrario, debe apuntar al desarrollo social y ser entendida como un proceso circular, en éste se pueden destacar diferentes momentos como la definición del problema de intervención, la evaluación inicial, esto, teniendo en cuenta las

necesidades, recursos y actitud de las personas que reciben la intervención; así mismo, es importante considerar el diseño y planificación de la intervención, en el cual se construye con las personas los objetivos, acciones y medios para intervenir, la realización de la estrategia a emplear y el análisis de la intervención; todo lo anterior apuntando al mejoramiento de la intervención. Se evidencia que las trabajadoras sociales al intervenir fundamentalmente con los lineamientos de la institución y considerando las demás limitaciones mencionadas, se ajustan a un perfil y rol establecidos, esto probablemente se dé a causa del contexto rígido que no posibilita otro tipo de intervención.

Así, se puede inferir que la institucionalidad se encuentra varias veces por encima de las profesionales, de la intervención y por tanto de las personas atendidas, dificultando la construcción del proceso de intervención con base a una metodología específica:

“Uno para intervenir tiene unos lineamientos institucionales que es con lo que le cumple a la clínica: se llenan formatos, se comunican aspectos de la institución, del tratamiento, entre otros, y luego, al entrar en detalle con el paciente se habla de la necesidad o problema” (E1)

Se puede identificar el lugar de la institucionalidad en la intervención, lo cual implica tareas técnicas o instrumentales como por ejemplo el llenar cantidades de formatos y registros en el tiempo de la intervención, permeando el lugar de la reflexión y autonomía al momento de intervenir, invitando con ello a pensarse desde las posibilidades de Trabajo Social un lugar significativo en el ámbito clínico, construido a partir de la formación de cada profesional.

Intencionalidades de las trabajadoras sociales que intervienen en duelo.

Lo referido hasta el momento, ha permitido comprender que las trabajadoras sociales que realizan intervención en duelo en la F.C.V.L. tienen una trayectoria profesional que ha sido influenciada por diferentes discursos institucionales, particularmente el discurso institucional de la F.C.V.L. No obstante, con el fin de continuar con la comprensión acerca de la intervención en duelo con personas con diagnóstico de cáncer desde la subjetividad de las trabajadoras sociales, es pertinente hacer referencia a las intencionalidades acerca de la

intervención, éstas se han ido construyendo a partir de su trayectoria profesional y guardan una relación con el discurso institucional.

Se comprende el concepto de intencionalidad desde la perspectiva de Searle (1992), quien plantea que ésta se encuentra ligada fundamentalmente a procesos mentales¹⁶, las intencionalidades surgen en el pensamiento y luego son expresadas en el habla. Para el autor, la intencionalidad debe ser entendida en términos de lo trascendente, es decir, la mente impone ideas con diferentes fines que varían dependiendo de las situaciones y que posteriormente son comunicadas para ser llevadas a cabo¹⁷.

El mismo autor plantea que las intencionalidades son intenciones concretas, reflejan sentimientos y creencias con fines específicos acordes a las situaciones y propósitos perseguidos, estas pueden ser expresadas de forma verbal o gestual, o en su defecto no ser expresadas, cabe decir que ante una situación, pueden surgir diferentes intencionalidades y que además éstas pueden variar en el tiempo y en las relaciones.

Desde esta perspectiva, las intencionalidades surgen con base en una situación que ocurre en el entorno social y en un contexto determinado, así, ante las diversas situaciones el ser humano a través de los procesos internos mentales crea diferentes intencionalidades referidas a diversos propósitos.

En este orden de ideas, las intencionalidades que expresaron las trabajadoras sociales acerca de la intervención en duelo que realizan con personas con diagnóstico de cáncer, se sitúan en el contexto de la Unidad de Cáncer de la F.C.V.L. Para este estudio las intencionalidades se entienden como un conjunto de propósitos y disposiciones que orientan la intervención en duelo de personas con diagnóstico de cáncer, éstas se

¹⁶ Entendiendo los procesos mentales como procesos psíquicos superiores: pensar y hablar. Vygotsky (1978).

¹⁷ “La intencionalidad es aquella propiedad de muchos estados y eventos mentales en virtud de la cual éstos se dirigen a, o son sobre o de, objetos y estados de cosas del mundo. Si, por ejemplo, tengo una creencia, debe ser una creencia de que tal y tal es el caso; si tengo un temor debe ser de algo o de que algo ocurrirá; si tengo un deseo, debe ser un deseo de hacer algo, o de que algo suceda o sea el caso; si tengo una intención, debe ser una intención de hacer algo. Y así con muchos otros... (Searle, 1992: 17)”.

encuentran “*dirigidas a*” la variedad de situaciones a intervenir. A continuación, se presentan las *intencionalidades* de las trabajadoras sociales en la intervención en duelo con personas con diagnóstico de cáncer desde los propósitos perseguidos.

En relación con los propósitos las profesionales refieren:

*“Brindarles a las familias recursos de todo tipo para que puedan resolver sus problemáticas, hacer **acompañamiento** en el cual no se sientan solos, sino que vean que uno está para **apoyarles** con todo el gusto, también una de mis metas es que cuando ya no estén hospitalizados puedan seguir afrontando el proceso desde la casita” (E2).*

En la expresión señalada, se observa como la profesional E2 hace énfasis en brindar *apoyo* y *acompañamiento* durante sus intervenciones. Campos y Regina (2015), manifiestan que, en la intervención de Trabajo Social en duelo, es vital el acompañamiento psicosocial dadas las múltiples pérdidas que implica un diagnóstico de cáncer, en estas circunstancias, las personas tienden a sentirse solas o desorientadas, por ello es necesario que desde Trabajo Social se pueda acompañar este proceso desde la orientación pertinente en cada caso; los autores agregan que es posible generar oportunidades de crecimiento por medio de la intervención en duelo, esto desde la atención humanizada, la comprensión de las reacciones emocionales y la consideración de aspectos psicosociales que tengan que ver con la forma en que las personas asuman el duelo.

En relación a algunos aspectos metodológicos, las trabajadoras sociales infieren:

*“Tenemos un lugar importante porque ahí **damos cuenta cómo está la parte social de ese paciente**, además **se toman decisiones frente a lo que se va a hacer**, por ejemplo, **el tratamiento y en algunos casos el pronóstico** y eso retroalimenta la experiencia de uno como profesional porque le permite **reconocer esa realidad** a la que no sólo se enfrenta el paciente, sino también la familia y uno como trabajador social, porque la verdad es que **es todo un reto. Uno va organizando la forma de trabajo y cómo me voy a dirigir a ese paciente**” (E2).*

Lo anterior da una mirada del acompañamiento psico-social que brindan las trabajadoras sociales.

De acuerdo a Calvo (2005), la intervención en duelo inicia en la indagación por aspectos básicos y generales del duelo que vive la persona, entre estos, puede destacarse lo

mencionado por la profesional: *pronóstico, tratamiento y aspectos familiares*, además de ello, para acercarse a la situación de duelo, el autor afirma que el profesional debe realizar una valoración socio familiar de la situación, esto permite introducir la intervención.

Es así, como a partir de la información suministrada por las trabajadoras sociales, sobre su incidencia en las personas con diagnóstico de cáncer respecto a su intervención en duelo, expresan que desde su hacer buscan generar cambios en el pensamiento y comportamiento de esta población y en los espacios generados buscan fortalecer los procesos que se hayan establecido con anterioridad, añadiendo que este aspecto se ve fortalecido por su experiencia como profesional, posibilitando espacios de reflexión sobre su hacer. Al respecto, la trabajadora social menciona:

“El número de pacientes es alto y así tengan el mismo diagnóstico las situaciones son diferentes, se asume la enfermedad de formas diferentes, depende de la edad del paciente, el rol, considero que era oportuna en la medida que entendía eso y podía hacer la diferencia entre cada uno y sus necesidades particulares...ir donde un paciente para mí era algo nuevo, era no tratarlos como iguales, no entrar en generalizaciones, el trabajo o la rutina hace que uno se vuelva monótono y actúe de forma repetida entonces la idea era darme ese espacio con ellos, y hacer abordajes diferentes” (E1).

La trabajadora social E1 referencia *la importancia de plantear intervenciones* desde las cuales dé lugar a las personas como sujetos con una historia de vida e inmersos en un determinado contexto, teniendo en cuenta las características que a cada uno acompaña, dado que las dinámicas laborales en ocasiones generan que el profesional establezca una forma lineal en cada uno de sus abordajes, lo que permite reflexionar sobre la importancia de generar propuestas pedagógicas de intervención donde se posicionen procesos de intervención.

Mientras que la trabajadora social E2 refiere:

“tengo años de experiencia en el campo de la salud y eso me ha enriquecido mucho como persona y profesional, siento que de verdad contribuyo al bienestar de las familias y que debo estudiar aún más sobre el tema”.

En ello, las trabajadoras sociales piensan, reconocen la diversidad, la unicidad y el impacto de su trabajo en sus qué hacer profesional, reconociendo la importancia de la formación académica - profesional en la intervención, como un proceso continuo y circular, consolidando herramientas y estrategias metodológicas, sumadas a la experiencia que posibilita el área laboral, en tanto haya un crecimiento formativo y se les proporcione a las personas con las que se interviene abordajes consolidados que les permitan reconocer su experiencia y actuar frente a la misma.

Se encuentra que, para intervenir, las trabajadoras sociales toman como base la comprensión de la situación:

*“Es importante **primero** darnos cuenta de quién es el paciente, por ejemplo, al ser un papá además es un hijo, entonces **entrar en la minucia** de lo que es este paciente, saber cómo se siente frente a la enfermedad, reconocen la experiencia **cómo podemos ayudarlo** a enfrentar la enfermedad o cada parte que está viviendo, ya sea desde la recuperación, hospitalización o ya sea desde el acompañamiento hasta la muerte, y diferencian el tipo de intervención que se requiere” (E1).*

Las profesionales tienen presente que primero deben generar un *conocimiento* de los diferentes casos y con base en esto intervenir ante la situación, esto es una premisa al intervenir. Esto se expresa en un conocimiento minucioso de *quién es el paciente, cómo se siente (sentimientos)* con la enfermedad y el *cómo se puede ayudar* (construcción del motivo de intervención), siguiendo a Álvarez (2015), el conocimiento de las personas con quien se interviene es continuo, en este proceso, promover la expresión verbal por parte del doliente, además de facilitar la comprensión del caso, da pautas para el estilo relacional que debe establecerse en la intervención, y con ello diferentes estrategias que pueden ser útiles en cada situación.

Concretamente las trabajadoras sociales no mencionan una metodología que indique un procedimiento para la intervención, sin embargo, siguen un proceso desde el cual conocen, reconocen la experiencia, definen la necesidad y actúan frente a la misma, pues aunque no tienen a su cargo procesos terapéuticos siguen una línea de intervención guiada a partir de su formación y aprendizajes producto de su experiencia. Contar con una metodología es importante debido a que permite claridad, organización y cumplimiento de objetivos al

momento de intervenir, tal como lo menciona Bea (2005), quien, además afirma que la ausencia de metodologías planeadas puede conllevar al empirismo y a la realización de rutinas sencillas basadas en el sentido común.

En términos de Viscarret (2007), es trascendental que la metodología empleada por Trabajo Social sea fundamentalmente teóricamente, esto permite el conocimiento, análisis y reflexión en relación a las situaciones que se interviene, así pues, la metodología debe estar acompañada de juicio crítico, y en ella se debe entender la situación y luego desarrollar nuevas teorías y metodologías de intervención con las que se pueda conocer las diferentes necesidades y problemáticas de una sociedad que se encuentra en continuo cambio y complejidad, con el fin de que a través de la sistematización de sus experiencias crezcan personal y profesionalmente que les permita ampliar su campo de acción.

Las profesionales mencionan como tarea importante aceptar la realidad de la pérdida:

“Es fundamental, que en la intervención se busque que las personas puedan aceptar sus pérdidas” (E1).

Se destaca la relevancia de que las profesionales consideren esta tarea como un aspecto importante para la intervención en duelo. Para Ospina (2014), aceptar la realidad de la pérdida es importante debido a que permite el reconocimiento de la situación que vive el doliente, con base en ello se puede continuar con otras tareas como adaptarse sanamente al nuevo ambiente y re invertir la energía psíquica en otro tipo de actividades cotidianas. Sin embargo, las trabajadoras sociales no profundizan ni hacen alusión a estas dos últimas tareas del duelo; incorporar todas las tareas del duelo en la intervención resultaría importante dado que de esto favorecería la elaboración de los duelos.

En relación a los **Objetivos**¹⁸ al intervenir en duelo se encuentran:

“Elaborar las pérdidas” (E1)

¹⁸ En este punto, resulta relevante establecer la diferencia entre propósitos y objetivos. Ambos conceptos apuntan a un fin perseguido, sin embargo, los propósitos aluden a aspectos más generales, mientras que los objetivos se orientan a fines concretos.

“Ayudar al paciente a que cuente con una mejor calidad de vida” (E2).

“Contribuir a la aceptación de la enfermedad” (E1).

“Garantizar el cumplimiento de derechos de las personas diagnosticadas con cáncer a través de instituciones como ICBF” (E2)

“Fortalecer la adherencia al tratamiento y las condiciones adecuadas de cuidado”

“Generar recursos emocionales para enfrentar la realidad” (E2)

Entre los objetivos de intervención planteados, se encontró que tres de estos están orientados al ámbito personal y emocional y, los otros tres, involucran elementos sociales en relación a las personas con diagnóstico de cáncer. Los primeros aluden a la elaboración de las pérdidas, la aceptación de la enfermedad, y la generación de recursos emocionales, este grupo de objetivos, se puede ubicar en el ámbito intra personal de quien tiene el diagnóstico, mientras que el mejoramiento de la calidad de vida, el garantizar el cumplimiento de derechos y el fortalecimiento de la adherencia al tratamiento y condiciones de cuidado, implica hacer uso de la red familiar y social de la persona.

Dichos objetivos en términos específicos buscan el mejoramiento de la calidad y condiciones de vida de las personas que viven duelos por diagnóstico de cáncer, así, se identifica que lo planteado por las trabajadoras sociales, es acorde con lo que plantea Umbarilla (2012) sobre los objetivos fundamentales con los que debe contar Trabajo Social para realizar intervención: mejoramiento progresivo de las condiciones de vida de las personas, aprovechamiento de recursos existentes, orientación del ser humano en contextos de cambio social, movilización de recursos, y establecimiento de redes entre instituciones que permitan el bienestar a las personas.

Para Umbarilla (2012), los objetivos de la intervención de Trabajo Social no se deben centrar únicamente en la satisfacción de necesidades fundamentales asistencialistas, los objetivos establecidos deben encaminarse a la integración de objetivos sociales amplios, los cuales puedan tener repercusiones en amplias esferas de la realidad de las personas con

quien se interviene; esto es importante para comprender los objetivos de la intervención debido a que la intervención que reciben las personas está orientada principalmente al duelo y al diagnóstico de cáncer, la cual puede incidir en su vida personal, familiar, y social.

Para este ejercicio investigativo se considera que la intervención en duelo no debe estar separada de aspectos sociales y administrativos que acompañan los casos de diagnóstico de cáncer, por esta razón, se tiene en cuenta para este ejercicio investigativo, que, entre los objetivos de intervención, desde Trabajo Social es pertinente que se consideren algunos aspectos contemplados en las leyes 1384 y 1388 del año 2012 sobre el cáncer en Colombia, que aluden a la atención en términos de derechos de las personas con diagnóstico de cáncer:

-Una atención integral

-Tener accesibilidad, disponibilidad, oportunidad y continuidad para el diagnóstico y la atención de la enfermedad.

- Acceder a programas de prevención

- La expedición de autorizaciones sea dada por una única vez por parte de la EPS

- Servicios de apoyo social

- Que no haya barreras de acceso y trámites administrativos

-Que les autoricen y presten los servicios incluidos en el Plan Obligatorio de Salud de manera oportuna

- Recibir una segunda opinión médica si lo desea

Entre los objetivos de intervención en duelo mencionados por las trabajadoras sociales se enuncian dos aspectos que llaman la atención: “*Intervención desde la atención integral*” (E1) y “*Apoyo social brindando recursos necesarios*” (E2), estos se consideran como relevantes para la intervención debido a se alude a una amplia comprensión de la situación de las personas y se busca intervenir desde lo integral por medio de la búsqueda de recursos necesarios. En esta línea, al intervenir en duelo *buscan prevenir* algunas situaciones futuras:

“Trabajar para que el paciente con lo que está viviendo no entre en una depresión, dependiendo el estado de la enfermedad, si hay que trabajar la parte de muerte se trabaja tanto con el paciente como con la familia, como se puede a través de la experiencia de otros familiares, decir que no todo es lo mismo”

Retomando a Ospina (2014), la intervención de Trabajo Social en duelo debe incluir el reconocimiento de factores de riesgo para evitar dificultades en la elaboración de los procesos de duelo, en este orden de ideas, la intervención busca atender la necesidad presentada en tiempo presente, pero a su vez, debe considerar posibles alertas que indiquen cronicidad y remitir el caso a otros profesionales de la salud si es necesario; esto se expresa en el anterior verbatim cuando la profesional evita que la persona entre en depresión, además, manifiesta la pertinencia de trabajar desde la unicidad de cada caso .

Finalmente, se considera respecto a las intencionalidades, que éstas son un aspecto clave para comprender la intervención que realizan las trabajadoras sociales en duelo, pues de acuerdo a los propósitos planteados se interviene, en relación a éstas y a diferentes procesos subjetivos de las trabajadoras sociales se encuentran las reflexividades, a las cuales se hará referencia a continuación.

Las reflexividades de las trabajadoras sociales que intervienen en duelo.

Las **reflexividades** fueron entendidas desde la perspectiva de Schön (1998), quien plantea la reflexividad como una forma de conocimiento, análisis y propuesta global que orienta la acción. El conocimiento teórico pasa a ser considerado instrumento de los procesos de reflexión, teniendo en cuenta que este carácter instrumental sólo se produce cuando la teoría se integra de forma significativa. Igualmente, refiere que el hacer profesional se acompaña de una actividad reflexiva y artística en la cual pone sus recursos intelectuales al servicio de la situación; donde luego de realizar una acción se da una reflexión que indica la existencia de un análisis y el conocimiento aparece como instrumento de evaluación, análisis, reconocimiento y reconstrucción, generando un cuestionamiento individual, pensando nuevas formas de intervenir en la realidad social de su contexto y la interacción que este mismo propicia, específicamente de las problemáticas generadas en el campo de la salud, en aras de ser explicado y/o comprendido.

En los aportes teóricos de Schön (1998), establece la diferencia entre tres conceptos o fases dentro del término más amplio de pensamiento práctico:

- *Conocimiento en la acción*: entendido como el componente inteligente o mental encargado de la orientación de toda actividad humana, es decir, el que se encuentra en el saber hacer, tratándose de conocimiento tácito personal vinculado a la percepción, a la acción o al juicio existente en las acciones espontáneas del individuo, es decir, un conocimiento implícito inherente a la actividad práctica que acompaña permanentemente a la persona que actúa. En ese conocimiento en la acción, Schön distingue dos componentes: por un lado, el saber proposicional de carácter teórico que corresponde a lo adquirido por medio del estudio científico en la universidad y por otro, el saber en la acción, procedente de la práctica profesional, que es algo tácito, espontáneo y dinámico.

- *Reflexión en y durante la acción*: proceso de reflexión en la acción o conversación reflexiva con la situación problemática concreta, marcado por la inmediatez del momento y la captación de las diversas variables y matices existentes en la situación que se está viviendo. Se trata de una reflexión que surge de la sorpresa ante lo inesperado.

- *Reflexión sobre la acción y sobre la reflexión en la acción*: análisis efectuado a posteriori sobre los procesos y características de la acción, incluyendo en estos procesos la reflexión simultánea que ha acompañado al acto.

En términos de Schön (1998), en algunos campos, la cuestión del arte profesional se ha desarrollado en el contexto de la formación continua, desde el cual, los formadores se plantean cómo se puede ayudar a los profesionales a construir sus propios repertorios de competencias y habilidades sobre la base de la continuidad, de tal manera que sea coherente lo que se dice y se hace de la intervención, orientando la intervención hacia objetivos comunes que permitan re pensarse el proceso realizado. Además, se da un amplio bagaje de bases académicas en la profesión y una visión amplia para aportar al abordaje de los casos, con multiplicidad de herramientas que se dan en la formación y el campo profesional.

Esto se contrasta con los resultados del estudio al encontrar que las trabajadoras sociales para hacer intervención en duelo tal como lo enuncian, retoman varias veces de forma consciente o inconsciente principios básicos aprendidos en la academia. Al intervenir entra en juego la experiencia adquirida en otros espacios laborales, de modo que la intervención

en duelo a realizar se hace con base a aprendizajes previos, como algo construido, que “se teje” con el fin de atender una necesidad que puede variar de acuerdo al caso:

“La intervención en duelo depende de las condiciones y situación de los casos presentados, por eso el abordaje de los casos se basa en la atención de las necesidades puntuales e inmediatas presentadas, de esta forma se puede trabajar aceptación de la enfermedad, o sobre pronóstico, digamos que en esta parte he tenido un buen manejo porque en mi trabajo como profesional con la población que he trabajado también ha sido en base a sus pérdidas. Esto también me ayudó a fortalecerlo con los conocimientos que adquirí mientras vi el curso de Muerte, morir y duelo” (E1).

“Yo creo que intervenir Trabajo Social en este campo implica una mirada integral y una atención humanizada y pues es tener en cuenta todas las pérdidas que tienen esas personas, la manera cómo viven la enfermedad y desde ahí generar procesos que son desde los seguimientos, pero esto es algo que se aprende con el tiempo, digamos que como yo ya he tenido contacto con población en salud, me ha ayudado a tener más confianza en lo que hago” (E2).

Se infiere así, la manera en que la intervención en duelo contribuye al reconocimiento de las pérdidas con la población que se trabaja, posibilitando un acompañamiento en el cual se hace necesario que el profesional desde su visión de realidad, implemente herramientas para la intervención y de lugar a la experiencia del otro, siendo indispensable un abordaje permanente, en el cual se pueda continuar y seguir avances en el caso, reconociendo aspectos relevantes a trabajar en cada una de las intervenciones realizadas. En tal aspecto, Bejarano y Fonnegra (1992), refieren cómo en el trabajo con dolientes, es indispensable el seguimiento para continuar conociendo el proceso de duelo de la familia del paciente, ofreciéndole la oportunidad de compartirlo en sesiones de apoyo posteriores. Lo ideal en estos seguimientos sería ofrecer apoyo, comprensión, consuelo, posibilidad de analizar y concretar dudas, actitudes y sentimientos de los diferentes miembros de la familia.

En esta medida, las reflexividades que las profesionales tienen sobre la intervención en duelo con personas con diagnóstico de cáncer, surgen principalmente con base a los aprendizajes y vivencias que se dan durante su desempeño laboral, desde lo cual las profesionales cuestionan su vida o encuentran *sentido* a sus vivencias, en la medida que las situaciones de duelo por enfermedad de cáncer, son asociadas a su historia personal, en tanto las profesionales proyectan en determinados pacientes posibles situaciones como

suyas, sin embargo, cuando no se ha tenido una experiencia personal cercana en duelo dicha proyección no permea significativamente la vida personal o laboral, tal como lo enuncia la trabajadora social E1:

*“A mí me parece interesante trabajar en la parte de duelo la aceptación de la muerte, hay pacientes, por lo menos los pacientes oncológicos, por lo regular ellos tienen recaídas entonces son pacientes que están bien y de pronto puedan recaer en la enfermedad, entonces trabajar esa parte digamos que a mí me gusta, me sentía bien trabajando, no me daba como miedo ni me daba tampoco la idea de que no soy capaz de hacerlo o pánico no, esa parte me siento bien y si soy capaz de hacerlo, además porque **no he tenido una experiencia personal reciente, tan cercana con este diagnóstico**”.* (E1).

Sin embargo, las trabajadoras sociales pueden distanciarse de temores y miedos respecto al cáncer, cuando no se ha tenido una experiencia significativa ante esta enfermedad, y por el contrario sucede con otros diagnósticos que de igual forma conectan con la propia experiencia y generan sensación de angustia al intervenir, por lo que la trabajadora social E1 agrega que el temor está en enfrentar a personas con enfermedad coronaria, puesto que lo asocia con la cirugía a corazón abierto que le fue realizada a su padre y posteriormente el cateterismo, es una experiencia significativa que se proyecta y afecta, su intervención, aludiendo que al ser la experiencia significada en la vida, es mucho mayor la movilización emocional que se genera. En el caso de la trabajadora social, refiere:

*“Cuando era pequeña **mi abuelita falleció de cáncer**, pero no es algo que duela...no siento temor de enfrentarme a personas con este diagnóstico, siento mucho miedo con pacientes coronarios, me siento casi que bloqueada, porque veo a mi papá en esas sillas, veo a mi familia y rememoro todo y la verdad es que cuando esto le ocurrió a mi papá fue muy difícil para todos nosotros, eso es una incertidumbre ¡Tremenda! Y el momento de la cirugía, eso sí que es eterno, **entonces se me dificulta demasiado trabajar con estos pacientes**, yo al contrario de querer hablar, siento que quizá inconscientemente quiero terminar pronto con esa interconsulta, pero lastimosamente son casos que deben ser interconsultados sí o sí, y por las dinámicas de la clínica, la rapidez y la necesidad de que los casos sean trabajados pronto, no es posible remitir este, si me tocó este caso pues me tocó”* (E1).

La trabajadora social E2, piensa su experiencia profesional en torno al cáncer como la oportunidad de reflexionar su propia vida, pero se hacen latentes temores al asociar la presencia de la enfermedad del cáncer con quienes interviene y su red familiar, refiriendo:

*“esa enfermedad **me da miedo**, sobre todo porque yo tengo mi hijo y no quisiera que nada malo le pasara y esa enfermedad, en particular, **es muy agobiante**, uno se da cuenta cómo esa enfermedad*

*los va acabando o uno les ve como ese... desgaste que tienen porque eso es muy duro y no... Las familias afrontar eso es muy difícil, pero digamos que **eso le enseña a uno a valorar la vida**". (E2).*

Así, se encuentra que el reconocimiento del temor, miedo y agobio son aspectos relacionados tanto con la intervención y como con la experiencia personal, sin embargo, el hecho de que la profesional reconozca su situación, puede facilitar la empatía con las personas diagnosticadas con cáncer, y contribuir a la comprensión de esta.

Tales miedos hacen referencia a las pérdidas que las trabajadoras sociales han vivido durante su vida, las cuales están dadas principalmente por duelos por muerte en la familia o miedos generados por proyección de experiencias personales que cada una afronta. Ospina (2000), menciona que la forma en que se concibe a la persona diagnosticada incide en lo que el trabajador social quiere hacer en la intervención, siendo indispensable establecer la relación profesional sujeto-sujeto en un intento de conocer los sentimientos y motivaciones particulares que definen su situación emocional y, respetando el punto de vista de las personas como base para entender su conducta; las profesionales reconocen sus temores, y desde ahí se genera la intervención la cual se da desde la comprensión.

De otro modo Ospina (2014), plantea la importancia de que los profesionales que intervengan en duelo elaboren sus propias pérdidas, pues es necesario realizar un trabajo personal y de reconocimiento emocional dado que esto facilita la comprensión e intervención de los casos.

En conjunto, ambas trabajadoras sociales al reconocer sus miedos, destacan la necesidad de enfrentarlos, y desde ahí lograr la orientación y acompañamiento transparente, donde los miedos no obstaculicen su intervención:

*"Uno también debe ir aprendiendo a enfrentar esos miedos, porque uno es quien está al frente de los otros, de quienes viven el dolor, entonces **para poder decirle al otro tiene que enfrentar esto, tiene que asumirlo para poder ayudar tanto al paciente y ayudarse a usted, antes de eso uno debe haberse revisado, conocer que es duro y tomar conciencia frente a este tema en la vida de uno, para poder trabajar esto con los demás**, y también para uno aprender en el momento en que se vea así o que de pronto le toque a uno como una enfermedad o la muerte". (E1)*

*"Yo creo que es **un trabajo muy duro** porque **trabajas con tus miedos y los de la otra persona y es saber uno cómo equilibrarse para trabajar con eso**, sobre todo porque algunas de esas personas uno sabe que se van a morir y tras de que esa enfermedad da miedo ahora imagínate ligado eso a*

que se van a morir pues da más duro” (E2)

Las pérdidas, se reconocen en las experiencias cotidianas y dependen de las características de personalidad para su elaboración. Ospina (2014) plantea que, al parecer, de la entrada histórica al mundo depende nuestra sensación de dolor frente a las pérdidas actuales, por ello es necesario que, en los procesos de intervención, el profesional haya elaborado sus pérdidas, pues no es posible intervenir sin ser intervenido, y se confronte su propia experiencia hacia la muerte. Se considera como necesario para la intervención que las profesionales reconozcan sus temores y consolidar sus recursos psicológicos, emocionales, personales y sociales para su afrontamiento.

De igual manera, aunque los casos de duelo intervenidos con personas con diagnóstico de cáncer no siempre confronten ampliamente a las profesionales, ante estas situaciones, las trabajadoras sociales adquieren aprendizajes que son llevados a sus propias vidas y les permiten pensarse el curso de las acciones que están realizando, donde el profesional es afectado por las personas con las que trabaja:

“Uno toma conciencia, precauciones con el cáncer de mama, la citología, son cosas que uno va reforzando, que antes no se tenían muy presentes y se da cuenta de que realmente pasan mucho, entonces hay que cuidarse de verdad”. (E1)

Lo anterior facilita la comprensión de que la intervención en duelo de Trabajo Social se encuentra ligada a la reflexividad, pues se trabaja con seres humanos y se tiende a analizar la vida personal con base a las vivencias; la toma de conciencia es un aspecto que humaniza a las profesionales y les permite comprensión para la intervención.

En ese sentido, destacan *aprendizajes personales y profesionales* enunciados en tono reflexivo, los cuales inciden en su vida y experiencia personal y profesional, pues el contacto con las pérdidas y la muerte son hechos que impactan la propia vida, así, crecen y aprenden con el dolor del otro, en ello, la trabajadora social E1 destaca:

“A nivel personal es verse ante una situación así, se aprende que uno tiene que activar recursos y ser fuerte, es duro y doloroso ver sufrir a alguien, entonces se debe aprender a enfrentar miedos, pues uno está al frente de quienes viven el dolor y para poder decirle al otro hay que asumirlo, para ayudar tanto al paciente y ayudarse a usted, antes de eso uno debe haberse revisado, conocer y tomar conciencia para trabajar esto con los demás”, (E1)

“Aprendo a valorar más lo que tengo y le pido a Dios que me ayude...aprendo a crecer como persona, a valorar la familia y la salud, el autocuidado, cada día es un aprendizaje”. (E2).

La conciencia de la muerte hace que la persona piense sobre su propia experiencia de pérdida y de muerte, es una certidumbre y certeza de final, cuya manera de afrontarlo depende del momento del ciclo vital en que se encuentre, en tanto el duelo se elabora viviéndolo y expresándolo con sí mismo y con los otros, de tal manera que se logren generar estrategias de afrontamiento para el proceso presentado.

Se encontró que las profesionales conscientemente *no realizan reflexividades* después de hacer intervención en duelo dada la demanda y cantidad de casos a intervenir¹⁹, las reflexividades o *autoevaluaciones* como ellas lo enuncian son escasas al momento de hacer este tipo de intervenciones, de hecho, afirman que analizar o reflexionar sobre las intervenciones realizadas resulta difícil en términos personales, lo que puede indicar una barrera de fortalecimiento profesional al no pensar sobre la intervención y re pensar los procesos; sin embargo, manifiestan que reflexionan y piensan al respecto, vario tiempo después de realizada la intervención, esto también es importante, tiene un valor y una afectación en el ejercicio profesional; pese a que anteriormente se mencionó que las profesionales tienen una incidencia institucional, existen intenciones y reflexiones en ellas que convierten la intervención en duelo en un proceso con fortalezas.

En este aspecto Schön (1998), plantea la pertinencia de emplear el conocimiento como medio de evaluación y análisis propio, debido a que esto permite consideración y cuestionamiento y en últimos términos permitiría el enriquecimiento de futuras intervenciones, las trabajadoras sociales al respecto destacan:

“Cuando uno está en un contexto como lo es la clínica uno no tiene tiempo para sentarse a pensar, uno hace, sí, bueno se toma su tiempo para pensar que va a decir, o cómo debe actuar, pero no es que vaya a realizar un examen profundo de uno mismo (risas) y segundo porque, no sé si es mi personalidad o que, no lo hago a menudo” (E1)

“Acá con la demanda institucional que hay, muy pocas veces uno tiene el espacio de pensar en lo

¹⁹ La alta demanda no sólo afecta las reflexividades sobre la intervención, sino la intervención en sí misma.

que hace". (E2)

Es de suma relevancia que los profesionales se posibiliten el espacio de pensarse la manera que han orientado sus procesos de intervención, visibilizando su hacer y comprendiendo la problemática en la cual emergen, de tal manera que se posibilite un diálogo reflexivo con las situaciones en las que desarrollan sus procesos de intervención. Resaltan que desde las bases académicas-formativas de la profesión es imprescindible realizar aportes metodológicos a la intervención en duelo con la población con cáncer, en el caso de ellas desde el punto de vista asistencial al que tienen acceso, así, es primordial pensar cómo potenciar y dar un lugar a la labor asistencial, la cual es necesaria en contextos de salud, y a su vez, establecer estrategias para el crecimiento profesional en el área.

Así, se plantea que debe ser un compromiso individual reflexionar sobre la responsabilidad profesional que deben asumir frente a la trascendencia del empirismo y las situaciones que ameritan ser abordadas; en esta medida Estrada (2005:113), citado por López, Hoyos y Castro (2010), "*la mayoría de las veces se actúa antes de saber, sobrepasando de esta manera la necesidad de construir un conocimiento*", donde a pesar de la dinámica inmediatista presente en una institución de salud, es necesario que no se pierda la capacidad aplicativa de un marco conceptual, siendo indispensable la unificación de criterios conceptuales que permitan estructurar el abordaje de determinados casos, a partir de un referente previo en cuanto al diseño de los objetivos formulados en un plan de acción que brinde una intervención integral y oportuna.

En lo que respecta a las entrevistas realizadas, como parte del reconocimiento de su experiencia profesional, se dio la oportunidad de que se pensarán *la manera en que estaban llevando a cabo sus intervenciones*, por lo cual la trabajadora social E1 destaca:

"me sentía como haciéndome una auto evaluación (Risas) porque tus preguntas me hicieron pensar, y es algo que uno no hace a menudo, y más con la intervención, pero luego de la entrevista, me quedé como con eso en mente, la señora, pero recordar esas situaciones tiempo después de haber ocurrido como que es fuerte, y más al ver que son situaciones fuertes y que tuve que ver con ellas, yo pensaba más en eso, y en lo que yo hacía como trabajadora social, es algo que en cierta medida te confronta a ti misma como persona y como profesional, como qué, bueno, ¿Qué hice? ¿Por qué lo hice? Y me pone a pensar como en ser muchísimo más cuidadosa..."

En ello se refleja la capacidad de autocrítica de la trabajadora social E1, resultando indispensable posibilitarse el espacio de pensar y reflexionar sobre las acciones realizadas, como campo abierto para que el profesional se cuestione su hacer y la realidad en la cual se encuentra inmersa, para reorientar o mejorar en el camino los planteamientos previos y la propia acción.

La trabajadora social E2, menciona la importancia de pensar lo que se ha realizado como oportunidad de mejora, mencionando:

*“Esto me ha dado la oportunidad de primero darme el espacio de contar aspectos importantes para mí, como mi vida y **segundo pensar** en todo lo que estoy haciendo, porque muchas veces a uno se le pasa el día haciendo cosas y no se da como el momento de decir, bueno esto lo estoy haciendo o no bien, y por eso a veces nos olvidamos que estamos en la tarea de mejorar cada día, aunque en ocasiones es difícil porque uno tiene que estar haciendo muchas cosas a la vez”.*

Aunque *la institucionalidad permee el escenario de intervención* de las trabajadoras sociales, es vital que desde el ejercicio personal se posibiliten espacios de cuestionamientos y reflexiones de su hacer, con actitud activa, persistente y cuidadosa de las prácticas que desempeñan, de tal manera que les permitan generar un camino de continuos cambios en pro de procesos de intervención integrales. Fundamentalmente, se destaca que si bien, las trabajadoras sociales manifiestan dificultad para reflexionar posteriormente a la intervención, ellas reflexionan, guardan posturas autocríticas y son conscientes de las implicaciones del duelo y el cáncer, por ende, sus reflexividades son importantes para su humanización y fortalecimiento profesional.

Capítulo V. Conclusiones y recomendaciones

El conocer las trayectorias profesionales resultó pertinente para identificar la formación profesional y comprender aspectos que dan lugar a la intervención en duelo realizada por las trabajadoras sociales. Las intencionalidades y reflexividades de las trabajadoras sociales, resultaron fundamentales para entender la forma en que se realiza dicha intervención. Al respecto, se plantea la necesidad del posicionamiento de Trabajo Social en la F.C.V.L. y en los contextos clínicos en general, pues su participación es amplia y diversa, no obstante, es necesario posibilitar espacios de reflexión sobre este tipo de intervención de modo que se consideren acciones que conlleven a su reconocimiento y posicionamiento, y que apunten a la autonomía y fortalecimiento de los procesos de intervención en duelo. La investigación además permite reconocer la importancia de la formación académica continua en los profesionales de tal manera, que se generen procesos integrales en la intervención, a partir de un compromiso ético, la preparación teórico-práctica para contribuir en el trabajo a realizar con la familia.

Conjuntamente, es indispensable fomentar la participación de los profesionales de Trabajo Social en los espacios donde realizan su intervención, de tal manera que contribuyan en la continua construcción de saber con equipos multidisciplinarios de salud, reconociendo el lugar que ocupan en un determinado espacio y los aportes que se pueden consolidar en torno a la población con la que se trabaja. En esta línea, es un llamado al reconocimiento de la ética profesional frente al ejercicio de su intervención, en tanto se posibilite una reflexión continua sobre lo realizado.

Adicionalmente, se concluye que la previa experiencia de las investigadoras en la intervención en duelo con personas con diagnóstico de cáncer adquirida por medio de la práctica académica, además de motivar el estudio de esta temática, facilitó la comprensión de la situación que viven las participantes de la investigación y por ende dio mayor riqueza al análisis del tema trabajado. Así, como comprender la experiencia que asume la población objeto de intervención, quienes requieren acompañamiento en duelo tras las pérdidas que se

les presentan y aspectos que requieren especial atención.

La caracterización de la Unidad de cáncer permitió la identificación del contexto de intervención de las profesionales, así mismo, el reconocimiento del discurso institucional fue importante para comprender que existen ideologías que inciden en la intervención de Trabajo Social en duelo, afectando la autonomía y calidad de la intervención.

La importancia de la intervención de Trabajo Social en los contextos de salud, es fundamental dadas las dificultades y necesidades que trae consigo un diagnóstico de cáncer y el duelo. Por esta razón, se considera que este estudio es un aporte importante para la profesión, debido a que da cuenta la situación de la intervención en duelo en un contexto concreto; se destaca que Trabajo Social aunque responda a una lógica institucional participa ampliamente y cuenta con la capacidad de incidir efectivamente en las personas con diagnóstico de cáncer, sin embargo, su intervención no es reconocida y ante esta situación es fundamental que desde el área se establezcan espacios de reflexión en los cuales se cuestione la intervención y se fomente la investigación-intervención.

Se recomienda para futuras investigaciones sobre la intervención de Trabajo Social abordar no sólo el discurso de los participantes del estudio, sino también analizar aspectos prácticos de la intervención, esto permitiría el contraste entre lo que se dice y lo que realmente se hace al respecto.

Finalmente, se recomienda estudiar la intervención bien sea en duelo o en otra área de intervención, teniendo en cuenta la visión o las consideraciones de otros profesionales que tengan relación con Trabajo Social, esto con el fin de acercarse a la intervención desde otros ámbitos conociendo así las percepciones que desde estas se puedan tener.

Bibliografía

- Acosta, M., Bohórquez, M., Duarte, F., González, A. y Rodríguez, A. (2012). (Manuscrito no publicado. Trabajo Social en el área de la salud. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento%20Humano%20en%20Salud/Perfiles%20y%20competencias%20TrabajoSocial_Salud.pdf
- Acuña y Solar (2002). *Trabajo Social familiar*. Santiago de Chile: Editorial Universidad Católica de Chile.
- Álvarez, C. (2015). *Afrontamiento del duelo en el ámbito del nido vacío, importancia del acompañamiento en la gestión del duelo desde la intervención de Trabajo Social*. (Tesis de pregrado en Trabajo Social). Universidad de Valladolid, Facultad de Educación y Trabajo Social, Valladolid, España. Recuperado de: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/14352>
- Amelotti, F. y Fernández, N. (2012). Estrategias de Intervención del Trabajo Social a nivel inter institucional. *Margen*, 2 (66). Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4036860>
- Araya, I. Calderón, E. y Espinoza, J. (2001). *Impacto social de las estrategias de intervención profesional del Trabajo Social en la Unidad de Cuidados paliativo*. (Tesis de pregrado en Trabajo Social). Hospicio Los Ángeles de Alajuela.
- Ariès, P. (1983). *El hombre ante la muerte*. Madrid, Taurus.
- Arroyave, D. (2005). *Posicionamiento del trabajo social en la unidad oncológica Imbanaco S.A de la ciudad de Cali*. (Tesis de pregrado en Trabajo Social). Universidad del Valle, Facultad de Humanidades, Cali, Colombia.
- Bea, E. (2005). Importancia de la investigación para el trabajador social profesional. *Revista Tendencias y retos*, 2, (10), 33-37. Recuperado de: <https://revistas.lasalle.edu.co/index.php/te/article/download/1813/1681>
- Bedoya, J., Carrera, P., y Joya N. (2010). Una lectura sobre la construcción de identidad en Trabajo Social. *Revista de Trabajo Social*, 2, (11), 9-25.

- Bejarano, P. e Fonnegr, I. (1992). *Morir con dignidad*. Bogotá: Fundación Omega.
- Blasi, M. (2009). *Cure palliative al termine della vita. Una giusta esistenza* (Tesis de pregrado en Licenciatura en Trabajo Social). Università Telematica Guglielmo Marconi Facolta di scienze social: Corso di laurea in Scienze del Servizio sociale, Italia.
- Bourdieu, P. (1977). *Outline of a theory of practice*. New York: University Press.
- Calvo, V. (2005). El duelo migratorio. *Trabajo Social* 2, (7): 77-97. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4391745.pdf>
- Campos, D. y Regina, L. (2015). El tema del duelo en la práctica del Trabajo Social. *Trabajo Social*, 2,17. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5375904.pdf>
- Carvajal, A. (2010). Paradigmas y tipos de investigación. En: *Elementos de Investigación Social Aplicada*. Universidad del Valle. Colombia.
- Chamorro, H. (2015) *Muerte digna y Vida indigna*. Diario web del Espectador. Recuperado de: <http://www.elespectador.com/opinion/muerte-digna-y-vida-indigna>
- Cisneros, G. (S.f.) *El rol del Trabajador Social en Hospitales de especialidad*. México: Centro Oncológico Estatal: Gobierno del Estado de México.
- Clemente, A. (2000): *Ética, metodología y Trabajo Social*. En: *Trabajo Social y compromiso ético*. Buenos Aires: Ed. Espacio.
- Colom, D. (2010). Trabajo Social. *Revista Zerbitzuan*, (47). Recuperado de: <https://revistas.lasalle.edu.co/index.php/te/article/download/3459/274>
- Consejo Andaluz de Colegios profesionales de Trabajo Social. (2016). Propuestas del Trabajo Social Sanitario. España: Recuperado de: <http://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/consejo/files/TS%20Salud%205%20julio.%20Definitivo.pdf>
- Dulzaides y Molina (2004). Análisis documental y de información. *ACIMED*, 12 (2).

Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352004000200011

- Duque, A. (2013). *Métodos de Intervención Social*. Editorial Epi logos: Manizales.
- Estrada, v. (1007). Las prácticas universitarias estudiantiles. Una estrategia para la modernización de la educación superior en Colombia. Universidad del Valle, Recuperado de: <http://biblioteca.ugc.edu.co/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=16394>
- Fantova, F. (2007). Repensando la Intervención Social. *Revista Documentación Social*, 2, (147) pg. 183-195. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/242587090_Repensando_la_intervencion_social
- Fernández, A & Bastos, A. (2011). *Intervención Psicológica en Personas con Cáncer*. Clínica contemporánea. Madrid.
- Foucault, M. (1966), El nacimiento de la clínica. Argentina: Siglo XXI Editores:
- Foucault, M. (1980). *El orden del discurso*. Cuadernos marginales: España.
- Gadamer, H. (2002). Experiencia, tradición e historicidad. *Revista de Filosofía*, (24). Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4060470>
- Gaitán, L. (s.f.) El trabajo Social como disciplina y como profesión en el ámbito interprofesional. *Revista Caritas*, 08, 20-40. Universidad de Comillas.
- Galeano, C. Rosero, A. y Velásquez, A. (2011). Reflexiones y retos para la práctica académica en Trabajo Social. Escuela de Trabajo Social y Desarrollo Humano, *Biblioteca digital Univalle*. Recuperado de: <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/6319/4/Prospectiva%2016%2C%202011-131-160%20Reflexiones%20y%20retos.pdf>
- García, S. (1990): Especificidad y rol en Trabajo Social. Argentina: Lumen
- González. V. (s.f.) *Trabajo Social Familiar e intervención en procesos de duelo con*

familias. Universidad Pablo de Olavide: Sevilla.

-Gutiérrez, A. (2002). *Manejo de duelo en las madres y padres que pierden a un hijo de forma inesperada*. (Tesis de maestría en Trabajo Social). Universidad de Costa Rica: Costa Rica

-Guzmán, L. (1992). Epistemología de la teoría y práctica del Trabajo Social. *Revista binarios de la Universidad de Costa Rica*, 37. Recuperado de: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000037.pdf>

-Hernandez, R., Fernandez, C. y Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. España: Mc Graw Hilll.

-Instituto Catalan de Oncología (2004). *Modelo de Trabajo Social en la atención oncológica*” Recuperado de: icog.gencat.cat/web/.content/.../ico/.../doc_modelo_trabajo_social_at._oncologica.pdf

-Instituto nacional de Cancerología. *Incidencia, mortalidad y prevalencia de cáncer en Colombia*. (2015). Bogotá.

- Laplanche, J. y Pontalis, J. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona. Recuperado de: <https://agapepsicoanalitico.files.wordpress.com/2013/07/diccionario-de-psicoanalisis-laplanche-y-pontalis.pdf>.

- Lera, Genolet, Schoenfeld, Guerrero y Bulcatto (2007). *Trayectorias: un concepto que posibilita pensar y trazar otros caminos en las intervenciones profesionales del Trabajo Social*. Facultad de Trabajo Social. Universidad Nacional de Entre Ríos.

- López, Hoyos y Castro (2010). “*Caracterización de la intervención de Trabajo Social en salud en el Hospital Universitario del Valle*”. (Tesis de pregrado en Trabajo Social) Universidad del Valle, Cali, Colombia.

- López, C.; Muñoz, N. y Vargas, P. (2009): Artículo tomado de ponencia *Contribuciones epistemológicas para la resignificación del concepto de intervención social y profesional*

desde el Trabajo Social. Memorias II Seminario Internacional Intervención en Trabajo Social: Fundamentación Teórica y Metodológica. Universidad de Antioquia. Medellín

-Malagón, E. y Leal, G. (2006). Historia del Trabajo Social Latinoamericano. *Revista del Departamento de Trabajo Social, Universidad Nacional de Colombia*, 8, 45-61.

-Martinez (2013). El objeto de intervención de Trabajo Social y su construcción a lo largo de la historia. *Revista de Trabajo Social y Acción Social*, 2, 229-240.

-Mead, G. H (1972). *Espíritu, persona y sociedad*. Buenos Aires: Paidós.

- Mejía, Morales y Quiroz (1997), con su trabajo de grado denominado “*Sistematización de una experiencia de intervención profesional en el grupo de apoyo Amor, Luz y Vida, para pacientes con cáncer de la clínica Santa Ana de los Caballeros de Tuluá*” (Tesis de pregrado en Trabajo Social) de la Universidad del Valle: Tuluá, Colombia.

-Moran, J. (2006). *Epistemología, Ciencia y Paradigma en Trabajo Social*. Sevilla: Editorial Aconcagua Libros.

- Morales, E. y Pérez, M. (2001), *¿Qué nos dicen y cómo nos hablan los que nos dejan? La comunicación del paciente terminal*. (Tesis de pregrado en Trabajo Social) Universidad del Valle, Cali, Colombia.

- Moro y Lerena (2011), “*El trabajador social como agente de cambio en cuidados paliativos*”. *Documentos de Trabajo Social* (49). Recuperado de: http://www.trabajosocialmalaga.org/archivos/revista_dts/49_15.pdf

-Mosquera, C. (2012). Pluralismos epistemológicos: hacia la valoración de los saberes de la acción. Una reflexión desde la intervención social a la población afrocolombiana, en: Ramírez, María Himelda. *La investigación y la práctica en Trabajo Social*. Pág. 53-84

-Munera (s.f.) “Intervención Social con Enfermos Terminales”. *Trabajo Social hoy*, (23), Recuperado de: http://eprints.ucm.es/5679/1/Trabajo_socialhoy_23_et.pdf

- Neymeyer, R. (2002). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo.*
- Olaizola, P. (2006). *¿Qué lugar ocupa el Trabajador Social en el área de Cuidados Paliativos?* (Tesis de pregrado en Trabajo Social). Universidad de Luján, Argentina.
- Ospina, A. (2000). *Apoyo al paciente terminal y la familia. Acción profesional desde el Trabajo Social.* Universidad del Valle.
- Ospina, A. (2014). *Cuando muere un ser amado.* Santiago de Cali: Universidad del Valle.
- Plan decenal para el Control del cáncer. (2010). Ministerio de salud y protección Social: Bogotá
- Pantoja (2006), *Intervención de Trabajo Social en personas afectadas por el síndrome de Diógenes. Acciones e investigaciones sociales,* 1, 435.
- Quejada, J. y Rodríguez, S. (2008). *Estrategias de Intervención de Trabajo Social desde un enfoque interdisciplinario en las Unidades de Cuidados Paliativos de las Regiones Central, Chorotega y Huetar Norte de Costa Rica.* (Tesis de pregrado en Trabajo Social) Universidad de Costa Rica, Costa Rica.
- Quintana y Rodríguez (2006). *“Acompañamiento social en procesos de duelo con pacientes renales”* (tesis de pregrado en Trabajo Social) Corporación Universitaria Minuto de Dios en Bogotá, Colombia.
- Reyes, O. (2012). *Intervención profesional de Trabajo Social en la unidad de oncología y radioterapia del E.S.E. Hospital Universitario de Santander.* (Tesis de pregrado en Trabajo Social). Universidad de Santander: Escuela de Trabajo Social, Santander, Colombia.
- Ribeiro y Arruda (2013), *“Cuidados Paliativos: Uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde”* en Río de Janeiro–Brasil
- Rosanvallon, P. (1997). *La nueva era de las desigualdades.* Buenos Aires, Manantial.
- Rosario, N. y Sánchez, F. (2012). *Discursos sobre las prácticas profesionales y formativas*

del ejercicio clínico en el contexto socio -histórico y político de Puerto Rico.

-Sánchez, A. (2002). *Psicología Social Aplicada*. Madrid: Prentice Hall.

-Santomé, C. Espinosa, P. y Momphotes, F. (2003). Proyecto de Sistematización Grupo de Apoyo Unicáncer. (Tesis de pregrado en Trabajo Social). Universidad del Valle: Cali, Colombia.

- Schön, D. (1998). *El profesional Reflexivo, Cómo piensan los profesionales cuando actúan*. Barcelona: Paidós.

-Searle (1992). *El re descubrimiento de la mente*: MIT Press.

- Thomas, L. V. (1983). Capítulos 1 y 2. En: *Antropología de la muerte*. México: Fondo de Cultura Económica.

-Umbarilla, P. (2012). La familia como sujeto en los procesos de Intervención Social. *Revista de Trabajo Social de la Universidad Nacional de Colombia*, 14, pg. 59-78.

-Valencia, H. (2008). La Tanatología como una herramienta en Trabajo Social. (Tesis de pregrado en Trabajo Social). Instituto de Ciencias Sociales y Humanidades: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México.

-Vanzini, 2010. “*El Trabajo Social en el ámbito de los cuidados paliativos: una profundización sobre el rol profesional*” *Documentos de Trabajo Social*, (47). Recuperado de: http://www.trabajosocialmalaga.org/archivos/revista_dts/47_12.pdf

-Valle, A. y Ramella, M. (2010). De Trabajo Social y Ciencias Sociales: de la reconceptualización al método crítico, *Revista de la Universidad de Antioquia*, 9, (9). Recuperado de: <https://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/revistraso/article/view/5274/4633>

-Valles, M. (1999) *Técnicas cualitativas de investigación social*, Madrid: Editorial Síntesis.

-Vásquez, I. (2005). *Tipos de estudio y métodos de investigación*. Recuperado de

<http://www.gestiopolis.com/tipos-estudio-metodos-investigacion/>

-Velázquez, L. (2012). La importancia de la Capacitación del Trabajador Social en la Tanatología. (Tesis de pregrado) Facultad de Ciencias de la Conducta: Universidad Autónoma del estado de México.

-Villoro, L. (2015). *El concepto de ideología*. Ciudad de México: Ed. Fondo de cultura económica.

-Viscarret, J. (2007). *Modelos y métodos de Intervención en Trabajo Social*. Madrid: Alianza Editorial.

- Vygotski: (1978). Hacia la psicología dialéctica: Material Utilizado en el Seminario de Psicología Social de la Escuela de Psicología de la Universidad Bolivariana Santiago de Chile, 2002.

- Worden, W. (2004). El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. Paidós Ibérica. Segunda edición.

ANEXOS.

Anexo 1. Guía de Entrevista a Trabajadoras Sociales.

Objetivo: Comprender aspectos relacionados a la Intervención de Trabajo Social en duelo realizada con personas diagnosticadas de cáncer.

Categoría 1 Información Socio demográfica

Nombre completo:

Edad:

Lugar de nacimiento:

Institución en la que labora actualmente:

Categoría La trayectoria profesional recibida por las profesionales de Trabajo Social

¿Tuvo formación en Tanatología en pregrado?

¿Ha realizado estudios de posgrado? ¿Cuáles?

¿Cuál es su formación académica complementaria? (Cursos, diplomados, talleres, seminarios, capacitaciones, foros...) (En general y en duelo)

¿Cuáles han sido las instituciones en las que ha ejercido como trabajadora social en orden cronológico?, ¿Cuáles fueron sus funciones?

¿Cómo ha sido su experiencia con personas diagnosticadas con cáncer?

¿Qué habilidades y potencialidades considera que tiene como trabajadora social que interviene en duelo?

¿Qué aspectos considera como necesarios para fortalecer sus intervenciones en Trabajo Social?

¿Qué aspectos le generan tensión al intervenir en duelo?

¿Qué puede inferir sobre su vida en relación a sus duelos?

Categoría 3 Los discursos de las Trabajadoras Sociales sobre la intervención en duelo

¿Qué es para usted la intervención de Trabajo Social en duelo?

¿Cómo describe a las personas con diagnóstico de cáncer que viven duelos?

¿Qué aspectos éticos deben considerarse al intervenir en duelo con personas con diagnóstico de cáncer?

¿Cómo interviene en duelo? (Aspectos teóricos, y metodológicos y técnicas)

¿Considera que la institución incide en su forma de realizar intervención en duelo?

¿Qué aspectos institucionales facilitan o limitan la intervención en duelo?

Categoría 4 Las Intencionalidades de las Trabajadoras sociales en la intervención en duelo

¿Cuáles son las metas planteadas al intervenir en duelo?

¿Por qué interviene en duelo?

¿Qué sentimientos surgen en usted antes de intervenir en duelo?

¿Qué le gusta de realizar intervención en duelo?

¿Cuáles son las principales creencias que se hacen presentes al realizar su intervención?

Categoría 5 Las reflexividades de las Trabajadoras Sociales que intervienen en duelo

¿Qué piensa de las intervenciones que usted viene realizando?

¿Cómo se siente al haber intervenido en duelo durante todo este tiempo?

¿Considera que la intervención realizada resulta relevante para las personas? ¿Por qué?

¿Qué aprendizajes profesionales y personales destaca?