

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA

FACULTAD DE CIENCIAS Y TECNOLOGÍAS SOCIALES Y HUMANIDADES

PROGRAMA PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL



“RELACION DE LOS FACTORES SOCIO- ECONÓMICOS CON LOS NIVELES DE RESILIENCIA EN PACIENTES DEL SERVICIO DE ONCOLOGIA DEL HOSPITAL NACIONAL CARLOS ALBERTO SEGUIN ESCOBEDO, AREQUIPA-2014”

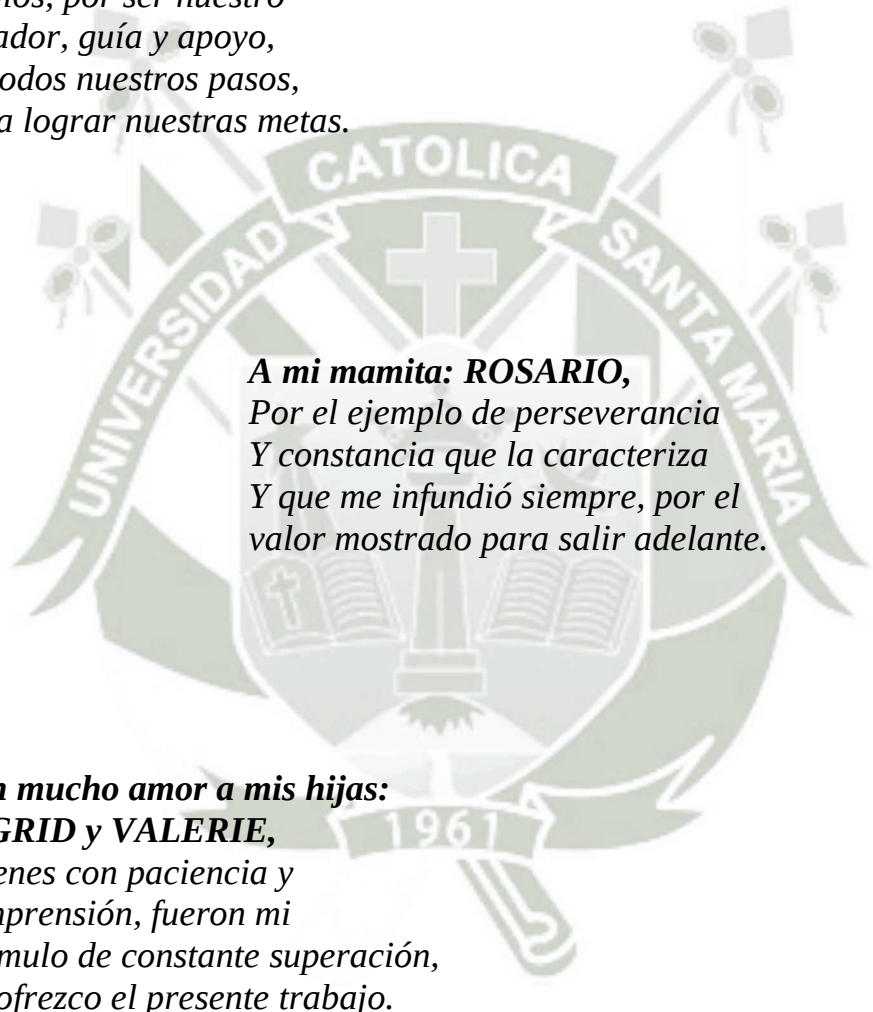
**Tesis Presentada por la Bachiller:
DIONE ELENA ESTRADA JARA
NIRSA JESUS HERNANI MELONI
Para optar el Título Profesional de:
LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL**

**AREQUIPA – PERÚ
2014**

DEDICATORIAS

GRACIAS:

*A Dios, por ser nuestro
creador, guía y apoyo,
en todos nuestros pasos,
para lograr nuestras metas.*



*A mi mamita: ROSARIO,
Por el ejemplo de perseverancia
Y constancia que la caracteriza
Y que me infundió siempre, por el
valor mostrado para salir adelante.*

*Con mucho amor a mis hijas:
INGRID y VALERIE,
quienes con paciencia y
comprensión, fueron mi
estímulo de constante superación,
les ofrezco el presente trabajo.*

ELENA

A DIOS:

*Por darme el don de la vida, por ser mi
fortaleza en momentos de debilidad y
brindarme una vida llena de aprendizaje,
experiencia, felicidad y permitir, haber
llegado hasta este momento tan importante
de mi formación profesional.*

A la memoria de mi MAMITA YOLANDA:

*Quien siempre deseó,
que mis sueños se hagan realidad.
Gracias por su amor infinito.*

A mi PAPITO ISRAEL:

*Por su ejemplo de perseverancia y amor
permanente que me ha infundado siempre,
por el valor demostrado para salir
adelante.*

A mi HIJO MAURICIO:

*Quien me prestó su tiempo y apoyo
incondicional para terminar mi carrera y
me motivo siempre.*

A mi ESPOSO EDWIN:

*Por estar siempre a mi lado,
brindándome su apoyo para seguir
adelante.*

A mi COMPAÑERA:

*Elena Estrada, por haber compartido
este proyecto que nos permitirá
alcanzar nuestro objetivo.*

NIRSA

AGRADECIMIENTO

*A nuestros Profesores del Programa Profesional de Trabajo Social,
quienes durante estos años de formación, inculcaron en nuestras
personas, conocimientos y ética profesional.*

INDICE

INTRODUCCION

RESUMEN

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEORICO

I. PLANTEAMIENTO TEORICO.	1
1. Tema o Problema	1
1.1 Enunciado	1
1.2 Descripción	1
1.3 Campo y Area	2
1.4 Tipo de Investigación	2
1.5 Análisis de Variables	2
1.6 Interrogantes Básicas	5
1.7 Justificación	6
2. Objetivos de la Investigación	6
3. Conceptos Básicos	7
4. Marco Teórico	9
4.1 Contexto Económico y Social	10
4.2 Salud	11
4.3 Política de Salud	12
4.4 La Salud como uno de los Derechos Prominentes del Ser Social	13
5. Niveles de Vida	14
5.1 Concepto	15
5.2 Indicadores de los Niveles de Vida	15

6. Calidad de Vida	17
6.1 La calidad de Vida se relaciona con la Salud	18
6.2 Valoración de la calidad de Vida en Oncología	19
7. Seguridad Social	21
7.1 Naturaleza y Características del Seguro Social de Salud-ESSALUD	22
7.2 Finalidad	23
7.3 Funciones	24
7.4 Misión	25
7.5 Visión	25
7.6 Objetivos Estratégicos	25
7.7 Prestaciones de ESSALUD	26
8. Resiliencia	29
8.1 Pilares de la Resiliencia	30
8.2 Factores de Riesgo	33
8.3 Factores Protectores	33
8.4 Lo que hace Resilientes a las Personas	37
9. La Familia y su Estructura	39
9.1 Definición de Familia	39
9.2 Dinámica Familiar	40
9.3 Estructura Familiar	40
9.4 Tipos de Familia	41
9.5 División del Trabajo en la Familia	41
10. Trabajo Social en el Sector Salud	42
10.1 Antecedentes del Trabajo Social	42
10.2 Objetivos del Trabajo Social	43
10.3 Funciones del Trabajo Social	44
10.4 El Trabajo Social en Pacientes	45

Oncológicos	
11. Servicio Social de Persona	46
11.1 Objetivos del Servicio Social de Persona	48
11.2 Metodología del Servicio Social de Persona	48
12. El Trabajo Social de Grupo	50
12.1 Definición de Grupo	51
12.2 El Proceso de Grupo	51
12.3 El Trabajo Social y el Grupo	53
12.4 Tipos de Grupo	55
12.5 Influencia del Grupo sobre el Individuo	55
13. Hipótesis	56
14. Antecedentes Investigativos	56
II.- PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	57
1. Técnicas é Instrumentos	57
1.1 Técnicas	57
1.2 Instrumentos	57
2. Campo de Verificación	57
2.1 Ámbito Geográfico	57
2.2 Unidad de Estudio	57
2.3 Universo o Muestra	58
2.4 Temporalidad	58
2.5 Estrategia de Recolección de Datos	58
2.6 Recursos	58
2.6.1 Humanos	59
2.6.2 Materiales	59
2.6.3 Institucionales	59
2.6.4 Financieros	59
2.7 Cronograma	60

2.8 Actividades (Cronograma)

60

CAPITULO II

**PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS DE LA
INVESTIGACIÓN**

1. Proceso de Recolección de Datos	61
2. Diagnóstico	88
2.1 Ubicación é Historia	88
2.2 Identificación	89
2.3 Descripción de los Problemas	90
2.4 Priorización de Problemas	92
3. Pronóstico	94
4. Potencialidades	94
5. Limitaciones	94
6. Problema Objeto de Intervención	94

CAPITULO III

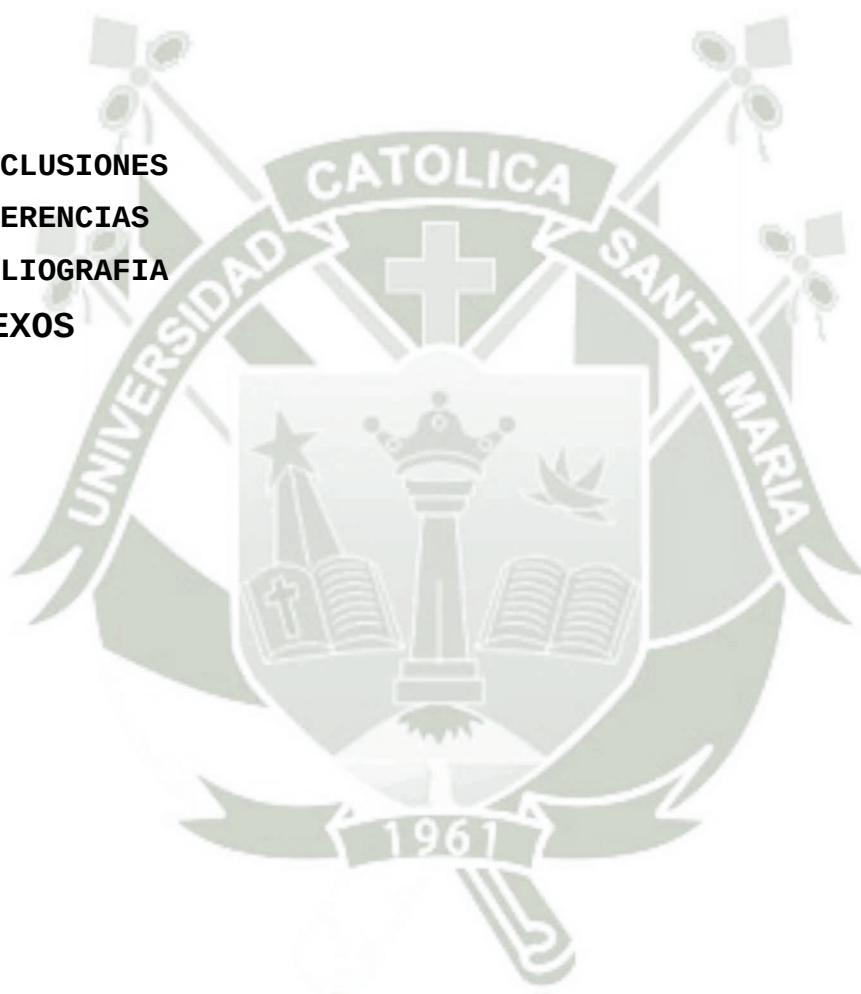
ALTERNATIVA DE ACCION PROFESIONAL

1. PROGRAMA	96
1.1 Identificación: "Promoción Social"	96
1.2 Justificación	96
1.3 Objetivos	97

1.4 Metas	97
1.5 Estrategias	97
1.6 Ámbito de Ejecución	98
2. PROYECTOS	98
3. Proyecto N° 1	99
3.1 Identificación: "Servicio Social de Persona"	99
3.2 Justificación	99
3.3 Objetivos	99
3.4 Acciones	100
3.5 Actividades	100
3.6 Financiamiento	104
3.7 Responsable del desarrollo del Proyecto	104
3.8 Cronograma	104
3.9 Evaluación	104
3.10 Recursos	105
3.11 Presupuesto	105
3.12 Responsable	106
4. PROYECTO N° 2	106
4.1 Identificación: "Socialización Familiar"	106
4.2 Fundamentación	106
4.3 Objetivos	106
4.4 Estrategias	107
4.5 Ámbito de Ejecución	107
4.6 Actividades	107
4.7 Capacitación Social	109
4.8 Técnicas	109
4.9 Recursos	110
4.10 Cronograma	110

4.11	Financiamiento	110
4.12	Responsable del Desarrollo del Proyecto	111
4.13	Evaluación	111

CONCLUSIONES
SUGERENCIAS
BIBLIOGRAFIA
ANEXOS



INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación, ha sido titulado, "Relación de los Factores Socio-económicos con sus niveles de Resiliencia en Pacientes del Servicio de Oncología del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo, Arequipa-2014", y responde a la inquietud que nació en las graduandos para intervenir en esta problemática.

El cáncer es una importante, y cada vez, mayor causa de morbilidad y mortalidad en el mundo; siendo el cáncer de cuello uterino, el que ocupa el primer tipo de cáncer más frecuente en las mujeres, que viene adquiriendo una dimensión relevante y progresiva, desde el punto de vista, sanitario, social y económico.

El cáncer de cuello uterino en el Perú, ocupa el primer lugar de incidencia en la mujer, es así que las estadísticas reportan que 48 de cada 100 mil

mujeres peruanas, sufren la mencionada enfermedad y el 50% de ellas, fallecen.

Es propósito de esta investigación, también determinar la calidad de vida de los pacientes que reciben quimioterapia ambulatoria, esta medición es de gran utilidad, en vista de que la expectativa de vida se ha incrementado y la patología oncológica se halla en aumento, por lo que es muy común, que alguna persona conocida se encuentre con algún diagnóstico de algún tipo de neoplasia y se le indique quimioterapia, razón por la cual, el personal de salud, en particular, y las personas que allegadas a ellas, se pueda cambiar actitudes tendientes a mejorar la vida de las personas afectas.

Sabemos que los métodos de valoración tradicionales, no miden los efectos que el cáncer y su tratamiento ejercen en las dimensiones emocionales, espirituales y sociales, siendo la Calidad de Vida afectada aunque el paciente esté curado, teniendo en cuenta además, que la Calidad de vida puede mejorar aunque se produzcan efectos en la supervivencia.

Debemos saber además, que la Calidad de Vida, es un fenómeno subjetivo y debe ser el propio paciente quien la valore, ya que las percepciones que el paciente tiene de su enfermedad son muy variables; además las valoraciones de los pacientes, son diferentes de las de los médicos, familiares o personas cercanas al paciente, quienes también pueden valorar la Calidad de Vida, pero a partir de sus propias percepciones.

El cáncer es una enfermedad maligna, en la mayoría de las veces, imposible de ser tratada debido a su rápida infiltración a órganos vecinos y su diseminación por vasos sanguíneos y linfáticos, y sobre todo, es una enfermedad que se comporta diferente en cada persona. Cualquier tipo de cáncer genera el deterioro físico, psicológico y de las relaciones sociales de la persona que lo padece.

Teniendo en esta problemática un papel muy importante, la Trabajadora Social, esto es, la responsabilidad fundamental de educar al paciente y su familia sobre los problemas médicos y procedimientos terapéuticos. El Trabajador Social a menudo descubre a los pacientes y familiares que han malinterpretado la información médica, a los que ayuda con nuevas explicaciones, procurando siempre que éstas sean exactas mediante consulta al equipo médico.

La educación es parte integral de la rehabilitación social del paciente, las expectativas de éste, mejoran si la sociedad es más consciente de las limitaciones funcionales y sociales impuestas por el traumatismo. A través de la educación, el Trabajador Social, en colaboración con otros miembros del personal médico, ayuda a preparar y mejorar el entorno social y familiar.

Por ello, es que considero que la intervención del Trabajo Social en los Programas de Salud, es importante pues a través de ella, tenemos la

oportunidad de aplicar nuestra metodología profesional por medio de los diferentes procedimientos, técnicas y niveles de acción, frente a los problemas como prevención y recuperación de pacientes con cáncer.

El trabajo comprende tres capítulos: En el Primer Capítulo, se presenta el Planteamiento Teórico y Operacional de la Investigación que realizamos sobre su relación con los Factores Socio-económicos con sus Niveles de Resiliencia en los Pacientes del Servicio de Oncología del Hospital Carlos Alberto Seguin Escobedo de Arequipa, asimismo presentamos todo el marco teórico que nos permite interpretar dicha problemática.

En el segundo capítulo, tenemos el Procesamiento de Datos de la investigación realizada, lo que nos lleva a identificar los Problemas y Plantear una Alternativa de Acción que comprende, la presentación de resultados, Diagnóstico Social, Selección del POI.

En el tercer capítulo, planteamos la alternativa de acción que podría implementar el Trabajo Social.

Finalmente, se adjunta las conclusiones, sugerencias que señalan los resultados de nuestra investigación, bibliografía y anexos respectivos.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación, titulado: "RELACION DE LOS FACTORES SOCIOECONOMICOS CON SUS NIVELES DE RESILIENCIA EN PACIENTES DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL CARLOS SEGUIN ESCOBEDO, AREQUIPA-2014".

Tiene como objetivos:

- Cuáles son los niveles de vida de los pacientes del Servicio de Oncología del Hospital Carlos Según Escobedo de Arequipa.
- Conocer los Niveles de Resiliencia de los pacientes del Servicio de Oncología.
- Precisar cómo se relacionan los niveles de vida con los niveles de resiliencia de los pacientes de Oncología del Hospital Carlos Alberto Según Escobedo Arequipa.

- Establecer alternativas de acción profesional frente a esta problemática.

La muestra estuvo conformada por 120 pacientes de sexo femenino, que son atendidos en el Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo. Las técnicas que se utilizaron para el desarrollo de la investigación, fueron: entrevistas, observación, instrumento de recojo de datos, el cuestionario.

La hipótesis que en la investigación se formuló, fue la siguiente:

Dada las condiciones de la actual crisis económica y los limitados alcances de las políticas sociales es probable que:

“Que los niveles de vida influyan en el nivel de resiliencia de la Pacientes del Servicio de Oncología del Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo, Arequipa.

Los resultados de la presente investigación, demuestran que el nivel de vida de las pacientes es poco favorable, lo que contribuye a su estado de ánimo a su valoración como persona repercutiendo en su proceso de recuperación.

Con todos los datos obtenidos, se analizó y arribó a un diagnostico social específico,

donde se precisa la problemática que presentan dichos pacientes.

Asimismo, luego de conocer dicha problemática, se precisó el Problema Objeto de Intervención y planteó, una alternativa de intervención profesional.

Seguidamente se planteó un programa denominado de Promoción Social y dos Proyectos, siendo el primero de Servicio Social de Persona y el segundo de Socialización Familiar.

Finalmente, se presenta las conclusiones, sugerencias, bibliografía y anexos.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEORICO

I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO.

1. TEMA O PROBLEMA.

1.1 Enunciado.

Relación de los Factores Socio-económicos con los Niveles de Resiliencia en los pacientes del Servicio de Oncología del Hospital Nacional Carlos Alberto Según Escobedo, Arequipa-2014.

1.2 Descripción.

El presente trabajo, busca describir los niveles de vida aseguradas, ya que es

necesario estudiar, qué factores afectan la mala calidad de vida en éstos pacientes y así poder tomar decisiones en éstos aspectos. Además con los resultados, se busca brindar elementos que apoyen la toma de decisiones, donde no sólo se busque combatir la enfermedad, sino promover el bienestar y calidad de vida del paciente con cáncer en nuestra sociedad; asimismo, ver como se relaciona sus niveles de resiliencia, ya que es un término de uso reciente y frecuente que implica la habilidad de una persona para surgir de la adversidad, para adaptarse y recuperarse ante situaciones adversas y acceder a una vida significativa y productiva.

Es de esperar que aquellos pacientes que tengan una buena capacidad de resiliencia, tenga también mayores posibilidades de afrontar mejor su enfermedad y lograr una respuesta más positiva, dada la influencia del estado mental en la capacidad inmunológica

Motiva la realización del presente trabajo, el encontrarnos laborando en ESSALUD, por más de 20 años y el haber observado diferentes reacciones en pacientes que son diagnosticadas con cáncer y las diferentes formas en que aceptan y llevan la enfermedad.

1.3 Campo y Área.

Campo de las Ciencias Sociales.

Area de Trabajo Social.

Línea de Factores Socio-económicos y la resiliencia.

1.4 Tipo de Investigación.

El tipo de investigación es Relacional.

1.5 Análisis de Variables.

El estudio tiene dos variables:

Variable Independiente: Factores socio-económicos.

Variable Dependiente: Nivel de Resiliencia

Sus **indicadores** son:

Variable Independiente.

Identificación: Procedencia.

Edad.

Estado Civil.

Ocupación. Su casa.

Desocupado.

Jubilado.

Independiente.

Empleado.

Tipo de Familia: Disgregada.

Integrada.

Vivienda: Tenencia.

Estado.

Material.

Servicios.

Relaciones: Nivel de confianza.

Nivel de Conflictos.

Tipo de Cáncer: Cuello uterino.

Mama.

Colon.

Tiroides.

Piel.

Hígado.

Pulmón.

Estómago.

Tiempo de Enfermedad: Menos de 1 año.

1 a 3 años.

4 a 6 años.

De 5 a más.

Tratamiento: Cirugía más Quimioterapia.

Quimioterapia.

Radioterapia más Quimioterapia.

Mixto.

Variable Dependiente:

Nivel de Resiliencia: Alto.

Mediano.

Escaso.

- Principales problemas socio-emocionales del paciente y de la familia.
- Expectativas para el futuro.

1.6 Interrogantes Básicas.

- ¿Cuál es el nivel socio-económico de los pacientes que reciben quimioterapia ambulatoria del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo?
- ¿Cuáles son los niveles de resiliencia de los pacientes con diagnóstico de cáncer del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo?.
- Establecer el tipo de relación que tienen las condiciones socio-económicas con los niveles de resiliencia de los pacientes de

cáncer en el Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo.

1.7 Justificación.

Esta investigación será de utilidad para la Institución, ya que permitirá el conocimiento de la realidad de los pacientes, que en muchos casos, limita su proceso de rehabilitación y a través de los resultados, se puede evidenciar e incrementar el conocimiento de sus niveles de vida y su relación con la resiliencia con la finalidad de implementar, acciones y estrategias que ayuden a mejorar las condiciones de vida de estos pacientes.

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

- Cuál es la situación socio-económica de los pacientes del Servicio de Oncología del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo-Arequipa.
- Conocer los Niveles de resiliencia de los pacientes con cáncer del Servicio de Oncología

- Precisar cómo se relacionan los niveles de vida con los niveles de resiliencia de los pacientes con cáncer del Servicio Oncológico.

3. CONCEPTOS BÁSICOS.

➤ Institución de Salud.

“Es una institución que da cobertura a los asegurados a través de otorgamiento de prestaciones de prevención, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos”¹.

➤ Salud.

“Es el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de afecciones o enfermedades”².

Entendemos entonces que la salud siempre es un medio, ya sea para lograr la supervivencia individual o colectiva y como componente del desarrollo y bienestar social,

¹ “Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud”.
Editorial Quipus. Lima-Perú. 1997.

² IDEM.

en la medida además que la sociedad concreta crea las condiciones favorables o desfavorables para el desarrollo integral del hombre.

➤ **Familia.**

“Un grupo de personas unidas por lazos de sangre o adopción, que viven bajo un mismo techo, que interactúan entre sí mediante roles familiares y sociales (marido y mujer, padre y madre, hijo e hija, hermano y hermana etc) que en conjunto escogen, crean y mantienen una cultura común”³.

➤ **Nivel de Vida.**

“Es la facultad de poseer, de usar cierto número de bienes de consumo. Se mide por la relación entre el ingreso de la persona o grupo estudiado y el precio de los bienes y servicios que con dicho ingreso pueden ser adquiridos”⁴.

➤ **Bienestar Social.**

³ ALDANA, Jorge

“La Familia en la Perspectiva del Año 2000”. Editorial Magisterio. Lima-Perú. 2000.

⁴ AMAT Y LEON, Carlos

“Niveles de Vida, Grupos Sociales en el Perú”. Centro de Investigación Universidad del pacífico. Lima-Perú. 1999.

“Es el estado que alcanza y experimenta un individuo al satisfacer sus necesidades de un modo compatible con la dignidad humana”⁵.

➤ **Prevención.**

Conjunto de actividades y medidas anticipadas a la enfermedad o accidente actuando sobre el ambiente y los individuos.

➤ **Cáncer.**

Los cánceres se clasifican en benignos y malignos; las primeras, solo producen alteración local. En las malignas, produce destrucción local, trastornos metabólicos generales que provocan la muerte si no son tratados adecuadamente y en el momento oportuno.

➤ **Resiliencia.**

Designa la capacidad del individuo para hacer las cosas bien en un entorno agobiante y adverso.

4. MARCO TEÓRICO.

⁵ *IDEM.*

Para la realización del presente trabajo de investigación científica, se utilizará el siguiente Marco Teórico.

4.1 Contexto Económico y Social.

Actualmente nuestro país, atraviesa por una crisis integral en lo social, económico, cultural, político y moral.

Situación que afecta, con mayor incidencia, la supervivencia popular y deteriora su calidad de vida manifestándose en desempleo, bajos ingresos económicos, desnutrición, enfermedad, pobreza, etc.

El problema en el Perú, es básicamente la desigualdad social y la pobreza absoluta en que vive una porción importante de la población, como resultado del ingreso promedio bajo, que afecta necesariamente al bienestar de la familia popular. Todas las capas sociales han sido vistas afectadas por los grandes males de la crisis en mayor o menor

grado, pues el grado de pobreza ha registrado al pueblo peruano entre los más pobres del mundo.

“El término pobreza crítica, engloba a aquellas personas que no ganan lo suficiente para satisfacer la canasta de necesidades básicas, es decir, alimentos más los servicios elementales que permitan una vida decorosa”⁶.

4.2 Salud.

“Es un fin, un objeto permanente de preocupación individual porque permite a cada uno realizarse”... “La salud revela la capacidad innata y adquirida de adaptación de cada persona”...⁷ es un proceso sutil, ininterrumpido, salvo por la aparición de enfermedades de etiología diversa que reflejan la desadaptación al ambiente interno y externo”...“en un medio también porque es un

⁶ MATTOS MAR, Carlos *“Desborde Popular y Crisis del Estado”*. Editorial IEP. Lima-Perú. 2000

⁷ FUENTES JOVELLA Antonio. *“Educación para la Salud”*. Editorial Guadalupe. Buenos Aires. 2000.

componente del desarrollo, esto es, de la conjunción de esfuerzos que conducen al bienestar social”⁸.

La salud como condición individual y colectiva, incluye a actores de la comunidad (escuelas, organizaciones de mujeres, dirigencias, municipalidades, etc. La salud es el resultado de la interacción de todos los actores sociales y es un estado de conciencia acerca de las condiciones de vida material y de organización social que permiten la realización plena del potencial humano.

4.3 Política de Salud.

“La Política Social de Salud está vinculada orgánicamente a la esfera económica, porque sufre acomodaciones y modificación según sea la situación a enfrentar y la posición social a la que debe responder. Esta política responde a la situación de salud del

⁸ *IDEM.*

país y refleja una concepción ideológica técnica que dirige el proceso de acción política.

Las políticas de salud “deben propiciar la participación organizada de la ciudadanía desde la base comunal y las acciones de salud deben ser multisectoriales, requiriendo para ello de la acción conjunta de distintas profesiones y disciplinas”⁹.

4.4 La Salud como uno de los Derechos Prominentes del Ser Social.

Otorga derechos sociales y querer cumplir, supone necesariamente introducir y cambios en la sociedad, perjudicar intereses de grupos poderosos para beneficiar a sectores empobrecidos.

En consecuencia, hay que pensar en que puede llamarse derechos sociales al trabajo,

⁹ VARIOS AUTORES. *“Proyecto de Salud Integral”*. Editorial Lueves. Lima-Perú. 2008.

la educación, la vivienda, la alimentación, la salud. Quien no puede alimentarse y proteger su integridad física, carece de cultura, no conocerá sus derechos ni como desarrollarse intelectualmente.

Este insatisfactorio nivel de salud, es un importante factor negativo y del desarrollo económico, político, social y cultural nacional, puesto que en gran medida lo condiciona.

Las causas de este nivel deficitario de salud son numerosas destacando la desnutrición provocadas por la escasez y la mala distribución de los alimentos, escaso grado de atención de la cobertura de la población.

El rápido crecimiento de la población y la migración interna agudiza el desequilibrio existente entre recursos y necesidades de salud.

5. NIVELES DE VIDA.

5.1 Concepto.

“Es la facultad de poseer, de usar y de disfrutar de cierto número de bienes. Se mide por las relaciones entre el ingreso de la persona o del grupo estudiado, el precio de los bienes y servicios que con dicho ingreso pueden adquirirlos”¹⁰.

5.2 Indicadores de los Niveles de Vida.

a. Salud.

La salud es el componente principal del desarrollo social integral, es una conquista que se logra mediante el esfuerzo individual y colectivo permanente y un derecho inalienable de las personas humanas, fin supremo de la sociedad y del estado.

b. Vivienda.

Desde el punto de vista social el mejoramiento de las condiciones de vivienda es una necesidad perentoria para la clase

¹⁰ AMAT Y LEÓN, CARLOS. *“Niveles de Vida y Grupos Sociales en el Perú”*. Edit. Centro de Inv. Universidad Pacífico. Lima-Perú. 2000.

trabajadora, incluso para la denominada clase media.

c. Trabajo.

Según Paul Samuelson el trabajo se define como: "Una actividad consciente y lícita realizada con el fin de obtener bienes para la satisfacción de las necesidades"¹¹.

Es toda actividad susceptible de valoración económica por la tarea, el tiempo o el rendimiento que se necesita.

d. Alimentación.

La alimentación es una necesidad primaria cuya satisfacción tiene que ser garantizada por toda la población ya que alimentarse constituye un requisito esencial para sobrevivir. Por ello la eficacia de un sistema económico social está en relación directa con el grado de cumplimiento de estas necesidades.

e. Educación.

¹¹ IDEM.

Amat y León, nos dice “que mediante la educación, las personas deberán desarrollar sus capacidades, para indagar y discernir, descubrir y explicar la realidad que rodea su existencia”¹².

6. CALIDAD DE VIDA.

La calidad de vida es un vago y etéreo concepto, polivalente y multidisciplinario, cuyas acepciones principales se han efectuado desde diferentes disciplinas y saberes: Uno de los enfoques más observados es el económico, desde el cual no se ha construido un concepto universal sobre calidad de vida, pero sí se ha intentado cuantificar para establecer comparaciones entre las diversas naciones, y para ello, ha aportado tres patrones diferentes, los cuales han ido sucediéndose en el tiempo: renta per cápita, nivel de vida y calidad de vida.

Según la OMS, la calidad de vida es “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes” Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus

¹² *IDEM.*

relaciones sociales, así como su relación con su entorno.¹³

La calidad de vida, para poder evaluarse, debe reconocerse en su concepto multidimensional que incluye estilo de vida, vivienda, satisfacción en el trabajo, así como situación económica

Es por ello que la calidad de vida se conceptualiza de acuerdo, con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar, así la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas ya que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del “sentirse Bien”.

6.1 La Calidad de Vida se relaciona con la Salud.

En salud pública, el concepto de calidad de vida relacionada con la salud, se refiere a la manera como una persona o grupo de personas percibe su salud física y mental

¹³ LUGO I. BARROSO; M. FERNANDEZ. “Calidad de Vida y sus Instrumentos de Medición”. Edit. Oncol. Cuba. 2008.

con el pasar del tiempo. En la salud, el término calidad de vida, mira desde varias perspectivas que han influido en las políticas y prácticas en las últimas décadas, por los factores determinantes y condicionantes del proceso salud enfermedad, como son los aspectos económicos, los socioculturales, los estilos de vida y la experiencia personal que influyen en la forma de enfermar y morir de un individuo, por eso evalúa el impacto físico y psicosocial de las enfermedades, disfunciones e incapacidades para un mejor conocimiento del paciente y su adaptación a los tratamientos y nuevas terapias, en la salud pública, la calidad de vida ha sido objeto de atención como una forma de evaluar la eficiencia, la eficacia y el impacto de determinados programas con las comunidades.

6.2 Valoración de la Calidad de Vida en Oncología.

Las enfermedades crónicas y terminales, son padecimientos que generalmente afectan la calidad de vida de los pacientes que las sobrellevan. Las consecuencias y los tratamientos de ellas, requieren de un cambio sustancial de estilo de vida de los pacientes que comprometen todas las habilidades afectivas, conductuales, sociales y de pensamiento, que puede o no tener una persona para afrontar situaciones adversas en su vida.

La calidad de vida se ha convertido en una categoría imprescindible para el abordaje integral en el estudio de las enfermedades crónicas. No obstante las variadas posiciones que existen en el análisis de este concepto, todos los autores coinciden en señalar la necesidad de tomar en cuenta las opiniones, vivencias, expectativas y sufrimientos del individuo que enfrenta la realidad de padecer una enfermedad crónica. Así pues, se impone la necesidad de evaluar una enfermedad crónica. Así pues, se impone la necesidad de

evaluar la enfermedad desde el punto de vista de quien la sufre.

7. SEGURIDAD SOCIAL.

La Seguridad Social es el conjunto de principios y normas que en función de la solidaridad social, regula los sistemas o instituciones destinados a conferir una protección jurídicamente garantizada en los casos de necesidad bio-económicas determinados por contingentes sociales.

Definimos la Seguridad Social, "como el conjunto de medidas dadas por el Estado para garantizar a todos los ciudadanos, medidas necesarias así como asegurarles los medios de vida en caso de pérdida o reducción importante de sus medios de existencia causado por circunstancias no dependientes de su voluntad"¹⁴.

¹⁴ VIDE LA, Morón. "Derecho de la Seguridad Social". Editorial ACAYU. Buenos Aires-Argentina. 2001.

7.1 Naturaleza y Características del Seguro Social de Salud-ESSALUD.

Tiene la siguiente naturaleza y características:

- a. Tiene una naturaleza eminentemente pública, dado que los sistemas de Seguridad Social pertenecen al Estado.
- b. Tiene un carácter objetivo, porque sus instituciones fundamentales son creadas y fundamentadas por la ley, es ella la que determina los derechos y obligaciones de los beneficiarios.
- c. Tiene carácter Jurídico - Social, porque cumple el fin social del Estado Moderno. Las prestaciones no son gracias a favores ni privilegios, se trata de derechos que forman parte de los llamados Derechos Humanos.

d. Tienen carácter personal e, irrenunciable e intransferible, los beneficios de la Seguridad Social, sólo satisfacen las propias del beneficiario. Son derechos que no están en el comercio, no pueden cederse, renunciarse ni transferirse.

e. Territorialidad, esta característica hace de las circunstancias de tratarse de un derecho eminentemente público, regidamente imperativo, solamente rigen dentro del territorio nacional, pero incluye a extranjeros residentes.

7.2 Finalidad.

Dar cobertura a los asegurados y sus derechos, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la

Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos.

7.3 Funciones.

- . Administrar el régimen contributivo de la Seguridad Social en salud.
- . Invierte los fondos que administra.
- . Formula y aprueba sus reglamentos internos.
- . Desarrolla programas de prevención de la salud ocupacional los riesgos profesionales.
- . Promueve la ejecución de programas de difusión sobre seguridad social.
- . Desarrolla programas especiales orientados al bienestar social.
- . Desarrolla programas de extensión social a favor de la población no asegurada.

- . Apoya a la población afectadas por siniestros y catástrofes.

7.4 Misión.

“Somos una Institución de Seguridad Social en Salud, que brinda una atención integral con calidad y eficiencia para mejorar el bienestar de nuestros asegurados”¹⁵.

7.5 Visión.

“Ser la Institución líder nacional de la Seguridad Social en Salud, comprometidos en dar atención integral a las necesidades y expectativas de la población asegurada con equidad y solidaridad, hacia la universalidad del sistema de salud”¹⁶.

7.6 Objetivos Estratégicos.

¹⁵ ESSALUD. *“Manual de Inducción”*. Lima-Perú. 2005.

¹⁶ IDEM.

- a) Mejorar la salud y la calidad de vida mediante un sistema de seguridad social centrado en el asegurado.
- b) Otorgar prestaciones integrales orientadas a la atención primaria con equidad, calidad y eficiencia.
- c) Administrar los recursos institucionales con Eficiencia y transparencia, asignándolos con equidad y oportunidad.
- d) Mejorar la gestión y organización institucional, introduciendo por consenso elementos de reforma en salud.

7.7 Prestaciones de ESSALUD.

a. Prestaciones.

- . Las Prestaciones de Salud, que otorga ESSALUD a los asegurados son la Promoción

de la Salud, Prevención de la Enfermedad, Recuperación y Rehabilitación.

- . Las Prestaciones de Salud se brindan mediante oferta fija o oferta flexible, esta última determinada por la demanda insatisfecha y sus incrementos no previstos por los órganos desconcentrados.
- . Las Prestaciones de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad son prioritarias y tienen como objeto preservar y mantener el buen estado de salud de los asegurados, evitando los riesgos de su deterioro.

b. Prestaciones Sociales.

- . Comprende actividades de bienestar y reinserción social, laboral y educativa, orientados a promover una auténtica relación interpersonal, mediante el desarrollo de actividades socio-culturales

recreativas, productivas y de contención de salud direccionadas a mejorar la calidad de los pacientes, revalorando su rol en la sociedad.

c. Prestaciones Económicas.

Las Prestaciones Económicas son otorgadas a los asegurados regulares en actividad, agrarios y pensionistas en caso de enfermedad, maternidad, lactancia y prestaciones por sepelio, según corresponda, para compensar la pérdida económica derivada de esta situación.

- **Subsidio por Incapacidad Temporal.**
- **Subsidio por Maternidad.**
- **Subsidio por Lactancia.**
- **Prestaciones por Sepelio.**

8. RESILIENCIA.

“La resiliencia es un conjunto de atributos y habilidades innatas para afrontar adecuadamente situaciones adversas como factores estresantes y situaciones riesgosas”¹⁷.

Algunos autores definen a la Resiliencia como la capacidad de respuesta inherente al ser humano, a través del cual se generan respuestas adaptativas frente a situaciones de crisis o de riesgo. Esta capacidad deriva de la existencia de una reserva de recursos internos de ajuste y afrontamiento, ya sean innatos o adquiridos. De este modo la resiliencia refuerza los factores protectores y reduce la vulnerabilidad frente a las situaciones riesgosas (abuso de drogas, suicidios, embarazo temprano, fugas de hogar), etc.

En psicología, el término resiliencia refiere a la capacidad de los sujetos para sobreponer

¹⁷ BROCHE PEREZ y MEDINA W. RICARDO. “La Resiliencia y Afrontamiento”. Edit. Omega. México. 2011.

a contratiempos o, incluso, resultar fortalecido por los mismos. El concepto de resiliencia se corresponde con el término entereza.

Existen dos tipos de resiliencia:

- Resiliencia frente a las adversidades.
- Capacidad de aprender de las derrotas y reorientarse.

8.1 Pilares de la Resiliencia.

Son los factores que resultan protectores para los seres humanos, más allá de los efectos negativos de la adversidad, tratando de estimularlos una vez que fueran detectados. Así se describieron los siguientes:¹⁸

- **Autoestima consistente.**

Es la base de los demás pilares y es el fruto del cuidado afectivo

¹⁸ *IDEM*

- **Introspección.**

Es el arte de preguntar a sí mismo y darse una respuesta honesta. Depende de la solidez de la autoestima que se desarrolla a partir del reconocimiento del otro.

- **Independencia.**

Se definió como el saber fijar límites entre uno mismo y el medio con problemas, la capacidad de mantener distancia emocional y física sin caer en el aislamiento

- **Capacidad de relacionarse.**

Es decir, la habilidad para establecer lazos e intimidad con otras personas, para balancear la propia necesidad de afecto con la actitud de brindarse a otros. Una autoestima baja o exageradamente alta produce aislamiento.

- **Iniciativa.**

El gusto de exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente más exigentes.

- **Humor.**

Encontrar lo cómico en la propia tragedia. Permite ahorrarse sentimientos negativos aunque sea transitoriamente y soporta situaciones adversas.

- **Creatividad.**

La capacidad de crear orden belleza y finalidad a partir del caos y el desorden. Fruto de la capacidad de reflexión, se desarrolla a partir del juego en la infancia.

- **Moralidad.**

Entendida ésta como la consecuencia para extender el deseo personal de bienestar a todos los semejantes y la capacidad de comprometerse con valores. Es la base del buen trato hacia los otros.

- **Capacidad de pensamiento crítico.**

Es un pilar de segundo grado, fruto de las combinación de todos los otros y que permite

analizar críticamente las causas y responsabilidades de la adversidad que se enfrenta. Y se propone modos de enfrentarlas y cambiarlas.

8.2 Factores de Riesgo

Estos deben ser vistos como un resultado de la estrecha interacción individuo-ambiente donde cada una de estas dos partes juega un papel activo. Es decir, el individuo no debe considerarse un receptor pasivo de los diferentes estímulos, por el contrario se encuentra constantemente modulando la incidencia a estos con su conducta, sus efectos en la determinación del carácter de riesgo. En este proceso de modulación se mezclan componentes genéticos psicológicos, sociales y situacionales.

8.3 Factores Protectores.

Estos son considerados como algo que opera para mitigar los efectos del riesgo. Se

consideran fuerzas internas y externas que contribuyen a que el individuo resista o aminore los efectos del riesgo, por tanto, reduce la posibilidad de disfunción y problemas en estas circunstancias, como los factores de riesgo, los protectores involucran también variables genéticas, disposiciones personales, factores psicológicos y situaciones sociales.

a. Resiliencia y Familia.

Es un factor preponderante en la formación de personas sanas física y psíquicamente, en la formación del individuo, pero este modelo de familia es el clásico y las condiciones en que se desenvuelve la sociedad no son las apropiadas para que esto sea un bien común

b. Resiliencia y Religión

El concepto de que la religión y la espiritualidad son importantes para la mayoría de las personas de la población

general e identifican la religión como una de las influencias más importantes de sus vidas¹⁹.

Los pacientes como las personas de la familia encargadas de su cuidado en general recurren a lo espiritual y religioso específicas ya sean reconocidas o consideradas por el personal médico, se ha demostrado que la religión y la espiritualidad se relacionan significativamente con medidas de adaptación y con el tratamiento de síntomas en pacientes con cáncer.

c. Resiliencia y Comunidad.

Los pilares de la resiliencia comunitaria :autoestima colectiva, que involucra la satisfacción por la pertenencia a la propia comunidad, identidad cultural, constituida por el proceso interactivo que a lo largo del desarrollo implica la incorporación de

¹⁹ MANCIAUX, MICHEL . *“La Resiliencia: Resistir y Rehacer”*. Edit. GEDISA. Barcelona-España. 2003.

costumbres, valores, giros idiomáticos, danzas, canciones, etc. proporcionando la sensación de pertenencia, humor social consistente en la capacidad de encontrar la comedia en la propia tragedia para poder superarla, honestidad estatal, como contrapartida de la corrupción que desgasta los vínculos sociales, fruto de un lazo social solido que resume los otros pilares.

d. Resiliencia y Educación.

La cuestión de la educación se vuelve central en cuanto a la posibilidad de fomentar la resiliencia de los niños y los adolescentes para que puedan enfrentar su crecimiento e inserción social más favorable.

Es necesario enseñar habilidades para la vida, cooperación, resolución de conflictos, destrezas comunicativas, habilidad para resolver problemas y tomar decisiones, etc. Esto solo ocurre cuando el proceso de aprendizaje está fundado en las actividades

conjuntas y cooperativas de los estudiantes y los docentes.

8.4 Lo que hace Resilientes a las Personas.

Existen factores internos como la autoestima, el optimismo, la fe, la confianza en sí mismo, la responsabilidad, la capacidad de elegir o de cambio de las competencias cognoscitivas.

A continuación detallamos aspectos que fortalecen internamente el poder personal:

1. Apoyo social donde dentro y fuera de la familia.
2. Clima educativo emocionalmente positivo, abierto, orientador y regido por normas.
3. Modelos sociales que estimulen un conductismo constructivo.

4. Balance de responsabilidades sociales y exigencia de resultados.

5. Competencias cognoscitivas.

6. Rasgos conductistas que favorecen a una actitud eficaz.

7. Experiencia de autoeficacia confianza en uno mismo y concepto positivo de uno mismo.

8. Actuación positiva frente a los inductores del stress.

9. Ejercicios permanentes.

10 Oportunidad de desarrollar destrezas.

11. Reconocimiento y atención a sus éxitos y habilidades.

Son condicionantes externos los de carácter social, económico, familiar,

institucional, espiritual, recreativo y religioso, los cuales son promovidos o facilitados por el ambiente, las personas, las instituciones y las familias que intervienen en la atención, el trato y el tratamiento de los grupos e individuos que están en situación de riesgo y vulnerabilidad.

9. LA FAMILIA Y SU ESTRUCTURA.

9.1 Definición de Familia.

Desde el punto de vista social, la familia es la cédula básica de la sociedad, se basa en el parentesco conyugal y consanguíneo, siendo durante la mayor parte de la historia de la humanidad, la Unidad Económica de la Sociedad”.

“La Familia es la forma empírica y observable del sistema de género a través de la

cual las personas organizan su sexualidad y reproducción”²⁰.

Estos conceptos, permiten afirmar que la familia en la sociedad es el núcleo esencial para la organización de la vida de las personas, y en ella se cultivan valores, costumbres, hábitos y principios de vida que subsisten a través de las generaciones.

9.2 Dinámica Familiar.

La Dinámica Familiar se refiere al “Funcionamiento de la familia en término de roles, división de trabajo y tipos de interacción entre ellos”²¹.

9.3 Estructura Familiar.

Su estructura y sus formas, están condicionadas por el régimen económico

²⁰ LA FOSSE, VIOLETA SARA. “Lazos Familiares” Revista Signos Educativos N° 16. Edit. Stella. Lima-Perú. 2005..

²¹ IDEM.

social predominante en una época determinante, por las relaciones sociales en su conjunto y por la ubicación estructural en la economía, es decir, el status de la familia está determinado por la clase a que pertenece.

9.4 Tipos de Familia.

- **Familia Nuclear.**

Compuesta de padre, madre e hijos.

- **Familia Extendida.**

Es aquella formada por dos o más familias nucleares unidas con otros parientes todos en la misma casa.

9.5 División del Trabajo en la Familia.

“Es la distribución de tareas Inter. Intra-géneros, en la familia, en la comunidad y en todos los ámbitos: económicos, políticos, religioso, sexual, reproductivo.

Implica también la valoración social de cada tarea y el papel que juega el poder en las relaciones de género”²².

Esto también se da según roles que no son “naturales”, sino más bien producto de una socialización, determinados por la sociedad, y por ciertas características que son destinadas a varones y mujeres

10. TRABAJO SOCIAL EN EL SECTOR SALUD.

10.1 Antecedentes del Trabajo Social.

El Trabajo Social fue implementado en salud el año de 1918, con la creación de la Asociación Americana de Trabajo Hospitalario con carácter filantrópico a nivel latinoamericano.

El Trabajo Social aparece como una carrera para-médica criterio que imperó en América Latina hasta comienzos de la década del 60.

²² *IDEM.*

El Servicio Social dentro del organismo estructural del Hospital, se ubica en el mismo lugar de los servicios intermedios o de apoyo.

El trabajo Social, podrá ser un verdadero instrumento de cambio social y nexo de la seguridad social, utilizando diversas formas ya sea como portadores de la política social programada o realizar investigaciones sociales, con el fin de sugerir a las investigaciones sociales entidad gestora, la formación más adecuada, humana, técnica de otorgar las prestaciones o de sugerir las modificaciones convenientes a efectos, que realmente se cumplan, el motivo de origen de cada prestación.

10.2 Objetivos del Trabajo Social.

Entre sus objetivos se encuentran los siguientes:

- Es la prevención, promoción, protección, recuperación y rehabilitación del "equilibrio" físico, mental, económico-social de la población asegurada.
- Aporta al equipo de salud, el estudio de las variables socio-económicas y culturales, que incide en la etiología,

distribución y desarrollo de la enfermedad y sus consecuencias sociales, localizando y eliminando aquellos que retardan o impiden lograr los objetivos de salud y la plena utilización de los servicios.

- Orienta y capacita a los pacientes, sus familiares y comunidad en general, en los problemas consecuentes de la enfermedad, con el fin de que asuman el papel de agentes de la prevención
- Propiciar la continua y permanente participación de las programaciones y ejecuciones con la utilización de métodos y técnicas sociales.

10.3 Función del Trabajo Social.

El Trabajador Social cumple un rol importantísimo en el sector salud, teniendo su rol tres características básicas:

a. Como educador y promotor social

Promueve un proceso de reflexión y capacitación, toma de decisiones y acción promotora, dirigida al desarrollo de capacidades o problemas individuales o colectivos.

b. Como terapia social:

Abarca el estudio, diagnóstico y tratamiento social de los problemas, disfunciones y limitaciones de carácter social a través del uso de técnicas e instrumentos específicos de la Unidad Familiar.

c. Como dinamizador de las organizaciones de recursos.

Comprende acciones de coordinación, canalización de los recursos existentes (institucionales, humanos y materiales), así como la motivación para la creación de los recursos necesarios de la comunidad.

10.4 El Trabajo Social con Pacientes Oncológicos

Debe ser una persona equilibrada y amable, saludable, física y mentalmente, y poco aprehensiva y libre de temores exagerados respecto a la enfermedad.

La labor del Trabajador Social, lo marca el conocimiento y la naturaleza del problema, debe iniciarse enseguida investigando la situación socio -económica y la acción profesional, ya que la paciente necesita un soporte psicosocial durante el proceso de su aceptación del desafortunado e

inesperado problema, para atenuar en parte, la ansiedad del paciente, estimular sus intereses y esperanzas de lograr al máximo su recuperación todo esto con la colaboración de la familia y de todo su entorno.

11. SERVICIO SOCIAL DE PERSONA.

La desaparición paulatina y a veces casi inevitable de esa vida de hogar en la que era posible tener tiempo, espacio y disponibilidad para que acompañados por una cena se compartieran ideas, inquietudes, sueños y por qué no algunas opciones de recreación.

Todos debemos de buscar algunas alternativas que se acomoden más armónicamente al desafío de los tiempos y a la posibilidad de una convivencia familiar en la que el concepto de hogar sea sinónimo de calidez, crecimiento y realización tanto personal como grupal (familiar).

Es necesario tener en cuenta los siguientes aspectos en el hogar:

a. Fuerzas Familiares.

El momento actual exige una recuperación de elementos que cohesionen a la familia y en este sentido las fuerzas de

integración afectiva van a ser importantes alternativas que propendan y aporten en dicha dirección.

b. Comunicación Familiar.

Sin lugar a duda es la comunicación con todas sus características e implicaciones la fuerza que dinamiza u obstaculiza la interacción entre los miembros del grupo familiar.

c. Recreación y Manejo del Tiempo Libre.

Más importante que la cantidad de tiempo en el que los miembros del grupo familiar estén reunidos son las actividades o programas que allí se realicen.

d. Soporte Afectivo.

Cumple una función prioritaria de esa célula de la sociedad como es la familia, hoy la presentamos como fuerza de integración afectiva pues en la génesis de desarrollo afectivo del ser humano este elemento aparece como decisivo para posibilitar o no el desarrollo de una personalidad con claros visos de seguridad en sí mismo y autoafirmación. Permitiéndoles el desarrollo de la autoestima.

11.1 Objetivos del Servicio Social de Persona.

- a. Colaborar con la familia para alcanzar y lograr los derechos elementales de todo ser humano, derecho al trabajo, al salario justo, a una vivienda deseable a una educación y a una buena salud.
- b. Desarrollar procesos de educación y capacitación para alcanzar el objetivo líneas arriba y trascender a un conocimiento de la problemática específica a una global estableciendo las relaciones causa y efecto de la problemática .

11.2 Metodología del Servicio Social de Persona.

A. Ciclo Procesual.

a. El Proceso de Conocimiento.

De sí mismo, del mundo en que se encuentra, de las dificultades que experimenta, de los recursos de que dispone.

b. El Proceso de Reflexión.

Sobre las causas de las dificultades y sobre las posibilidades y alternativas de solución.

c. El Proceso de Decisión.

Sobre las alternativas, sobre las opciones a ser tomadas.

d. Los Procesos de Acción.

De ejecución de las alternativas elegidas.

B. Ciclo Metodológico.

a. El Estudio.

El estudio comprende:

- El problema actual que presenta la persona.
- Los antecedentes personales, familiares y sociales.
- Los informes obtenidos en otras fuentes.
- Las observaciones personales del trabajador social.

b. Interpretación o Diagnóstico.

El estudio de los problemas de una persona no constituyen un fin, sino un medio.

c. Intervención.

Consiste en procurar al individuo una actitud crítica y consciente de su problemática.

Su objetivo es descubrir los recursos que la persona puede encontrar en sí mismo y en su medio ambiente, ayudando a sí al individuo a valerse por sí mismo en el futuro, aumentando la capacidad que tiene para hacerlo y contribuir a que pueda desempeñar funciones sociales normales.

d. Evaluación.

Valorar los resultados de la intervención profesional a través del ciclo metodológico de los proyectos implementados.

12. EL TRABAJO SOCIAL DE GRUPO.

12.1 Definición de Grupo.

Para Ezequiel Ander Egg, grupo es: “Dos o más personas que se hallan en interacción humana durante un período de tiempo apreciable que tienen una cavidad u objetivo común dentro del marco de ciertos valores compartidos, y con una conciencia de pertenencia para despertar la identificación como grupo”²³.

“En los pequeños grupos el hombre se encuentra más fácilmente con los otros, forma mejor su personalidad y descubre sus cualidades. En ellos está más a gusto para pensar en sus problemas y encontrar soluciones. Cuando el hombre participa en las organizaciones de base, dialoga y se comunica con sus semejantes, adquiere el hábito de reflexionar y por tanto crece en él el espíritu de creatividad”²⁴.

12.2 El Proceso de Grupo.

a. Etapa de Formación.

²³ ESPINOZA VERGARA, Mario. *“Dinámica de Grupo”*. Editorial Humanitas. Buenos Aires. 1999.

²⁴ ESPINOZA VERGARA, MARIO *“Dinámica de Grupo”*. Edit. Humanitas. Buenos Aires-Argentina. 1999.

Se inicia con una motivación para formarlo y llevar a cabo las reuniones.

b. Etapa de Conflicto.

Se manifiesta bajo diferentes formas de oposición, de competencia o de alianza para fortificar la oposición. Pero hay algo positivo: El autoconocimiento de si mismos y la experiencia para afrontar los problemas de la vida social de los miembros.

c. Etapa de Organización.

Se manifiesta esta etapa, cuando los conflictos van orientándose en forma positiva, el grupo comienza a auto dirigirse, se presenta síntomas: Participación de líder, división del trabajo, responsabilidad, la identificación.

d. Etapa de Integración.

Se manifiesta cuando los roles están coordinados entre sí con cierta perfección. Se nota sensibilidad en los miembros. El grupo va llegando a la madurez.

e. Desaparición del Grupo.

Es la desaparición del grupo por diferentes motivos. Pero se debe buscar que el grupo pasa por esta difícil etapa.

12.3 El Trabajo Social y el Grupo.

El Trabajador Social en el grupo, aprende a actuar frente a frente y junto con los demás, se intercambian ideas, se acostumbra cada miembro a someterse a una disciplina común, hay una adecuada división del trabajo para lograr los objetivos colectivos, se aprende el sentido de responsabilidad, respeto, trabajo y mando.

El trabajo con grupo, requiere el empleo de técnicas activas:

- Para conseguir que el grupo actúe.
- Para motivar y facilitar la libre expresión y participación.
- Para facilitar la comunicación entre los miembros del grupo.
- Para entrenar el sentido de la cooperación y la criticidad, para provocar el intercambio.
- Para formar las actitudes y aumentar los conocimientos.

Además el Trabajador Social, frente a un grupo, debe tener en cuenta lo siguiente:

- Familiarizarse con el grupo y lograr que éste acepte al trabajador como una persona capaz de ayudar.
- Reunir datos sobre el grupo.
- Estimular al grupo para que éste reconozca sus problemas y en su determinación.
- Fomentar la confianza en sí mismo.
- Ayudar al grupo a que continúe trabajando para solucionar sus problemas.
- Fomentar la ayuda recíproca.
- Fomentar la participación del grupo para cada actividad y otros.

El grupo para el Trabajo Social es un recurso para el conocimiento y la acción, que nos permite la investigación de su problemática decisiva en la planificación, ejecución y evaluación, es decir, que un Trabajador Social interviene científicamente en las situaciones problema, aplicando el proceso metodológico y sus miembros son sujetos de acción que centrando el grupo en sí mismos buscan la promoción interna de sus miembros.

Se debe crear una dinámica interna que colabore a los miembros del grupo de manera activa, crítica y responsable a través de su propia participación y una dinámica externa que

permita relacionarse con otros grupos en movimientos globales de cambio.

12.4 Tipos de Grupo.

- Grupo primario
- grupos secundarios
- Grupos naturales o espontáneos
- grupos impuestos o grupos motivados
- grupos formales e informales
- grupos homogéneos y heterogéneos
- grupos abiertos y grupos cerrados
- grupos organizados y desorganizados

12.5 Influencia del Grupo sobre el Individuo.

La influencia del grupo que puede proporcionar al individuo, estará en la medida de que:

- El grupo proporciona satisfacciones afectivas, unas respuestas personales a las inquietudes personales, gratificaciones psíquicas, oportunidad de trabajar en grupo.

- El grupo favorece el desarrollo psicológico de los individuos proveyéndolos del contexto necesario dentro del cual tiene lugar el desenvolvimiento intelectual y emocional.
- La personalidad se desarrolla en relación con otros, con los cuales aprende y construye reglas actitudes y de igual forma él influye en los demás
- El grupo se convierte en agente socializador fundamental en la vida de los seres humanos.

13. HIPÓTESIS.

Teniendo en cuenta la crisis económica por la que atraviesa nuestro país,

Es probable “que los Niveles de vida influyan en el nivel de resiliencia de los Pacientes del Servicio Oncológico del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo”.

14. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.

Al respecto, no existe ningún trabajo presentado sobre este tema.

II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.

1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

1.1 Técnicas:

- Entrevista estructurada y la investigación documental.
- Observación.

1.2 Instrumentos:

- Encuesta.
- Ficha documental

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN.

2.1 Ámbito Geográfico.

La presente investigación se ejecutó en el Servicio de Oncología del Hospital Nacional Carlos Alberto Según Escobedo de Arequipa.

2.2 Unidad de Estudio.

Se realiza con pacientes del Servicio de Oncología del Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin Escobedo.

2.3 Universo y/o Muestra.

Constituyéndose una muestra de estudio de 120 pacientes, es decir, el 100% de pacientes que son atendidas en el mes de Marzo 2014.

2.4 Temporalidad.

La investigación se ha realizado en un periodo de seis meses.

2.5 Estrategia de Recolección de Datos.

Para que el resultado sea veraz se coordinó con el jefe del Servicio y con la enfermera jefa.

Se realizó la motivación conveniente, de manera que respondan con sinceridad a las preguntas. También se coordinó con la Trabajadora Social responsable de dicho Servicio.

2.6 Recursos.

2.6.1 Humanos.

- Médico Jefe del Servicio.
- Trabajadora Social responsable del Programa.
- Enfermera Jefa.
- Graduandas.
- Pacientes del servicio de Oncología
- Equipo Multidisciplinario de la Unidad.

2.6.2 Materiales.

- Materiales de Estudio.
- Computadoras.
- Encuesta
- Otros.

2.6.3 Institucionales.

- Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo.
- Universidad Católica Santa María.

2.6.4 Financieros.

Todos los gastos de la investigación la asumen las graduandas.

2.7 CRONOGRAMA.

Se realizó la presente investigación,
de Enero a Junio del 2014.

2.8 ACTIVIDADES. (CRONOGRAMA)

- Formulación del Proyecto de Investigación.
- Coordinación con el Médico Jefe y personal para la ejecución de la investigación.
- Aplicación de la prueba piloto.
- Aplicación de la encuesta definitiva.
- Conteo estadístico de datos obtenidos.
- Interpretación y análisis de resultados.
- Planteamiento de alternativas de solución.

CAPITULO II

PRESENTACIÓN Y ANALISIS DE RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

1. PROCESO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Para ejecutar esta investigación se realizó en el Hospital Nacional Carlos Alberto Según Escobedo con pacientes del Servicio de Oncología.

Aplicada la encuesta se procedió al vaciado de datos a una matriz la cual arrojó los resultados correspondientes

A continuación se presenta el análisis e interpretación de los resultados a través de diversos cuadros con datos estadísticos.

C U A D R O N ° 1**EDAD DE LOS PACIENTES**

EDAD	F	%
20 a 25 Años	12	10
26 a 31 Años	8	7
32 a 37 Años	22	18
38 a 43 Años	32	27
44 a 49 Años	28	23
50 a más	18	15
TOTAL	120	100

*Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de
Oncología del HNCASE-2014*

INTERPRETACION.

En este primer cuadro, se observa que de 20 a 25 años, tienen un 10% de edad; de 26 a 31, un 7%; de 32 a 37, el 18%; de 38 a 43, el 27%; de 44 a 49, el 23%; y finalmente, de 50 a más, el 15%.

De todos estos datos podemos afirmar, que es gente joven y que se encuentran en actividad, en aquellas etapas en que sus facultades físicas y mentales están en proceso de óptimo rendimiento; aunque también se advierte, que un

38%, considerable también son personas adultas, pero en ambos casos su enfermedad constituye un serio problema en su rendimiento laboral, social y familiar.



C U A D R O N° 2

PROCEDENCIA DEL PACIENTE

LUGAR	F	%
Arequipa	70	58
Cuzco	20	17
Moquegua	15	13
Tacna	10	8
Puno	5	4
TOTAL	120	100

*Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de
Oncología del HNCASE-2014*

INTERPRETACIÓN.

Podemos observar en el presente cuadro, que el 58%, proceden de Arequipa; el 17%, del Cuzco; el 13%, de Moquegua; el 8%, de Tacna; y el 4%, de Puno.

Es así que el mayor porcentaje son de la ciudad de Arequipa; esto nos demuestra que Arequipa está considerada como un polo de desarrollo en lo que se refiere a la salud, y esto se debe, al avance tecnológico que ya se está dando

en nuestro medio, puesto que existen no solo Hospitales sino también clínicas que brindan atención especializada para este tipo de enfermedades.



C U A D R O N° 3**ESTADO CIVIL**

ESTADO CIVIL	F	%
Casadas	55	46
Convivientes	30	25
Separadas	20	16
Solteras	15	13
TOTAL	120	100

*Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de
Oncología del HNCASE-2014*

INTERPRETACION.

En cuanto a la distribución por el estado civil de las pacientes, observamos que el 46%, son casadas; el 25%, convivientes; el 16%, separadas; y el 13%, solteras.

El mayor porcentaje de casados, nos demuestra que son familias estables y con amparo legal. Teniendo este problema, las convivientes; así también se encuentran afectadas, las pacientes separadas ya que les afecta la situación económica y emocional, ya que tienen que

asumir la responsabilidad total de la conducción y sostenimiento del hogar, con la necesidad de trabajar para obtener el ingreso familiar que satisfaga las necesidades básicas de la familia, y finalmente las solteras, que generalmente viven con sus padres, donde las relaciones de consanguinidad constituyen una unidad social firme y coherente.



C U A D R O N° 4

GRADO DE INSTRUCCIÓN

INSTRUCCIÓN	F	%
Primaria	15	13
Secundaria	45	38
Técnicos	25	20
Superior	35	29
TOTAL	120	100

*Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de
Oncología del HNCASE-2014*

INTERPRETACIÓN.

El cuadro nos demuestra que el nivel de instrucción de los pacientes con cáncer es en un 13%, con estudios de primaria; un 38%, con secundaria; en un 20%, técnicos; y en un 29%, instrucción superior.

Esto nos permite señalar, que el nivel educativo y cultural no es bajo, lo que les faculta tener un trabajo para poder solventar los gastos de sus hogares. Contribuyendo esto a una mejor recuperación de su enfermedad.

C U A D R O N° 5

NUMERO DE HIJOS

HIJOS	F	%
1 – 2	32	27
3 – 4	45	37
5 á Más	25	21
No tienen	18	15
TOTAL	120	100

*Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de
Oncología del HNCASE-2014*

INTERPRETACION.

La presente tabla nos muestra que el 27%, tienen de 1 a 2 hijos; el 37% de 3 a 4 hijos el 21%, de 5 a más hijos; y el 15%, no tienen hijos.

Esto nos demuestra, que el índice de población es relativamente joven; ello nos lleva a afirmar, que más del % de los padres de familia tiene un promedio de 1 a 4 hijos, situación que pone en evidencia la necesidad que tienen ambos cónyuges de trabajar para poder solventar los gastos del hogar Complicándose esta situación por la enfermedad que le afecta a la madre o a la esposa.

C U A D R O N° 6

OCUPACION LABORAL

OCUPACION	F	%
Obreras	17	14
Empleadas	50	42
Independientes	40	33
Amas de Casa	13	11
TOTAL	120	100

*Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de
Oncología del HNCASE-2014*

C U A D R O N° 7

CONDICION LABORAL

CONDICION	F	%
Dependiente	65	54
Independiente	40	33
No trabajan	15	13
TOTAL	120	100

*Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de
Oncología del HNCASE-2014*

INTERPRETACION.

En cuadro N°6, podemos observar que el 14%, son obreras; el 42%, empleadas; el 33%, independientes; y el 11%, son amas de casa; y en lo que respecta a la condición laboral; el 54%, es dependiente; el 33%, realiza sus actividades independientemente; y el 13%, no trabajan.

Como podemos observar el 87%, son pacientes que tienen una actividad y, por ende, tienen un nivel de capacitación.

También podemos ver en el cuadro N° 7, que su condición es de dependiente, el 54%; lo que les da una seguridad de contar con un sueldo fijo; pero también es necesario recalcar, que las condiciones de trabajo actuales son muy fuertes por el nivel de exigencia que tienen y todo eso les afecta a su salud.

C U A D R O N° 8
TENENCIA DE LA VIVIENDA

TENENCIA	F	%
Propia	80	67
Alquilada	30	25
Otros	10	8
TOTAL	120	100

*Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de
Oncología del HNCASE-2014*

C U A D R O N° 9
ESTADO DE CONSTRUCCIÓN

ESTADO	F	%
Construida	60	50
Semi Construida	50	42
Provisional	10	8
TOTAL	120	100

*Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de
Oncología del HNCASE-2014*

INTERPRETACIÓN.

Podemos observar que el 67%, tienen vivienda propia; él 25%, alquilada; y el 8%, otros; en lo que respecta al estado de construcción, tenemos que el 50%, está construida; el 42%, semi construida; y el 8%, provisional.

Es necesario también hacer la aclaración, que a pesar que hay un porcentaje considerable con casa propia, ésta no se encuentra acabada, en muchos casos están sin estuche y esto debido a los ingresos salariales, lo cual repercute en la familia, puesto que la vivienda no reúne las condiciones necesarias para tener una vida saludable.

C U A D R O N° 10

PROBLEMAS QUE CONFRONTAN LAS PACIENTES

PROBLEMAS	F	%
Económicos	30	25
Salud	60	50
Laboral	18	15
Familiares	12	10
TOTAL	120	100

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de Oncología del HNCASE-2014

INTERPRETACION:

El presente cuadro nos presenta, que el 25%, manifiesta el problema económico; el 50%, el problema de salud; él 15%, laboral; y el 10%, familiares.

Se considera que la situación de salud de los pacientes, las agobia muchísimo y junto con esto, el problema económico, ya que los sueldos no están en relación con el costo de vida, de allí el problema de no poder ofrecer bienestar a la familia, situaciones que posibilitan la inestabilidad emocional de las pacientes, y todo esto, repercute muy negativamente en su estado de salud y en su mejoría.

C U A D R O N° 11

CONSIDERA QUE TIENE UNA BUENA CALIDAD DE VIDA

CALIDAD	F	%
Buena	40	33
Regular	60	50
Mala	20	17
TOTAL	120	100

*Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de
Oncología del HNCASE-2014*

INTERPRETACIÓN.

El 33%, manifiesta que tiene buena calidad de vida; el 50%, regular; y el 17%, mala.

Todo esto, nos lleva a precisar en los estilos de vida saludables en la mujer, su familia y la comunidad; todo esto, contribuye a disminuir la incidencia del cáncer.

Siendo necesario entonces, la prevención para así poder disminuir o eliminar los factores de riesgo para el desarrollo del cáncer, con la finalidad de que intervengan responsablemente sobre los determinantes de su salud.

C U A D R O N° 12**TIPO DE CANCER**

TIPO	F	%
Utero	35	29
Mamas	45	38
Colon	25	21
Pulmón	10	8
Piel	5	4
TOTAL	120	100

*Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de
Oncología del HNCASE-2014*

INTERPRETACIÓN.

En el presente cuadro, se observa que el 29%, presentan cáncer en el útero; el 38%, en las mamas; el 21%, en el Colon; el 8%, en los pulmones; y el 4%, en la piel.

Se puede ver, que el cáncer aumenta con un ritmo acelerado, motivado por mucho estrés en los pacientes; a ello sumamos, a que los acontecimientos ambientales tienen profundo efectos sobre el funcionamiento fisiológico, y puede influir en la aparición de la enfermedad neoplásica.

C U A D R O N° 13

EXAMENES PREVENTIVOS

TIPOS	F	%
Si	40	33
No	80	67
TOTAL	120	100

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de Oncología del HNCASE-2014

INTERPRETACIÓN.

Según el presente cuadro, podemos observar que el 33%, se realizan exámenes preventivos; y el 67%, no se efectuaron ningún tipo de exámenes.

Esto nos demuestra que muchas veces el desconocimiento y la falta de medidas de prevención, mediante exámenes especializados, hace que muchas veces se presenten al hospital con cánceres avanzados, y que en muchos casos, ya la medicina no puede hacer mucho con dichas pacientes.

C U A D R O N° 14

TIEMPO DE ENFERMEDAD

TIEMPO	F	%
Menos de 1 año	40	33
De 1 a 2 años	50	42
De 3 a 4 años	20	17
Más de 5 años	10	8
TOTAL	120	100

*Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de
Oncología del HNCASE-2014*

INTERPRETACIÓN,

Este cuadro nos presenta lo siguiente: con un 33%, están en tratamiento menos de un año; con un 42%, de uno a dos años; con un 17%, de tres a cuatro años; y con un 8%, más de cinco años.

Según el presente cuadro, podemos inferir que el mayor número de pacientes se encuentran en tratamiento de uno a dos años, esto es, el 42%, lo que nos demuestra que es un tratamiento sumamente largo y con muchas consecuencias negativas posteriormente.

C U A D R O N° 15

PACIENTES SEGÚN TRATAMIENTO

TRATAMIENTO	F	%
Cirugía más Quimioterapia	28	23
Quimioterapia	10	8
Radioterapia + Quimioterapia	22	19
Cirugía más quimioterapia más radioterapia	60	50
TOTAL	120	100

*Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de
Oncología del HNCASE-2014*

INTERPRETACIÓN:

Como podemos observar, al 23%, le han efectuado cirugía y quimioterapia; al 8%, sólo quimioterapia; al 19%, radioterapia y quimioterapia; y al 50%, cirugía, quimioterapia y radioterapia.

Tenemos que el mayor porcentaje de pacientes, reciben como tratamiento oncológico posterior a la cirugía, radioterapia y quimioterapia; es necesario aclarar que el menor porcentaje, solo reciben la quimioterapia, generalmente, son cánceres a la piel.

C U A D R O N° 16**PACIENTES SEGÚN NIVEL DE RESILIENCIA**

RESILIENCIA	F	%
Alta	25	21
Moderado	45	37
Escaso	50	42
TOTAL	120	100

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de Oncología del HNCASE-2014

INTERPRETACION.

El presente cuadro, nos demuestra que el 21%, su nivel de resiliencia es alto; el 37%, moderado; y el 42%, escaso.

Esto nos permite afirmar que los pacientes con el diagnóstico de cáncer en proceso de tratamiento, presentan bajos niveles de resiliencia en relación a los que tienen alta, siendo esto muy negativo para su recuperación, puesto que su estado de ánimo condiciona todo el tratamiento.

C U A D R O N° 17

QUIEN LA APOYA

APOYO	F	%
Esposo hijos	70	58
Familiares	30	25
Amistades	20	17
TOTAL	120	100

*Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de
Oncología del HNCASE-2014*

INTERPRETACIÓN:

Como podemos observar, el 58%, tienen el apoyo ya sea del esposo como de sus hijos; con un 25%, de los familiares; y con un 17%, de sus amistades.

La familia es la célula básica de la sociedad, por este motivo, son ellos los que le dan el soporte prioritario a la paciente, ya que necesita mucho amor, dedicación y comprensión; en el caso de que los familiares o una amistad las atiendan, se debe a que muchas veces los familiares no se encuentran presentes ya por motivos de trabajo o porque no son de esta localidad.

C U A D R O N° 18**EXPECTATIVAS PARA EL FUTURO**

EXPECTATIVAS	F	%
Superar mi estado de salud	60	50
Comprarme mejores medicinas	20	17
Volver a trabajar	25	21
No sabe	15	12
TOTAL	120	100

*Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de
Oncología del HNCASE-2014*

INTERPRETACIÓN:

Vemos en el presente cuadro, que su mayor expectativa está en relación a su estado de salud, el 50%, desea superar su estado de salud; el 17%, comprarse mejores medicinas; el 21%, volver a trabajar; y el 12%, no sabe qué hará.

Se evidencia que su motivación principal y estímulos, es mejorar su salud, considerando dichas pacientes que están en condiciones de continuar con sus actividades normales y así poder afrontar todos los requerimientos que tiene su familia y apoyarla, para mejorarla.

C U A D R O N° 19**REACCIONES QUE ASUME LA PACIENTE**

REACCIONES	F	%
Violentos	33	28
Pasiva	50	42
Indiferente	37	30
TOTAL	120	100

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de Oncología del HNCASE-2014

INTERPRETACIÓN.

En el presente cuadro, podemos observar, que el 28%, presenta actitudes de violencia; el 42%, actitud pasiva; y el 30%, indiferentes.

Esto nos demuestra que los efectos de esta enfermedad, generalmente los apaga en sus actitudes, es decir, la resiliencia se demuestra en estas pacientes, y en algunos casos, que son menores, vemos que se vuelven personas violentas frente a las personas que están en su entorno.

C U A D R O N° 20

OPINION SOBRE LA ATENCION QUE RECIBE EN EL HOSPITAL

OPINION	F	%
Buena	60	50
Regular	50	42
Mala	10	8
TOTAL	120	100

*Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de
Oncología del HNCASE-2014*

INTERPRETACIÓN:

Se puede observar que el 50%, dice que la atención es buena; él 42%, regular; y el 8%, manifiesta que es mala.

La gran mayoría se encuentran conformes; en lo que respecta a regular y mala, se debe a que a pesar de su situación no se le tiene ninguna consideración para sus citas, para su chequeos, el paciente tiene que venir cualquier día y hora, lo que origina otros problemas en su organismo.

Todo esto, también les genera problemas económicos, ya que se tienen que movilizar permanentemente al hospital.



C U A D R O N° 21

QUE OPINIÓN TIENE DEL TRABAJADOR SOCIAL

OPINIÓN	F	%
Positiva	50	42
Negativa	30	25
Regular	40	33
TOTAL	120	100

*Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de
Oncología del HNCASE-2014*

INTERPRETACIÓN.

El presente cuadro nos muestra que el 42%, dice que es positiva; el 25%, negativa; y el 33%, regular. Si sumamos, regular y negativa, 58%, vemos que es un porcentaje elevado, y por ende, la opinión sobre el Trabajador Social, no es muy favorable.

Cuando manifiestan que es positiva, es porque les hizo rápido los trámites de sus papeles; y negativo y regular, porque hay un grupo considerable de descontentos de parte de los pacientes, pues su atención no demuestra mucha efectividad en las acciones que realiza a favor de las pacientes.

C U A D R O N° 22

SERVICIO QUE BRINDA EL TRABAJADOR SOCIAL

SERVICIOS	F	%
Estudio Social	10	8
Consejería Social	17	14
Nexo con el médico	48	40
Visitas domiciliarias	24	20
Grupos de Mastectomizados	21	18
TOTAL	120	100

*Fuente: Encuesta aplicada a pacientes de
Oncología del HNCASE-2014*

INTERPRETACIÓN.

Se puede observar que el 8%, realiza estudios sociales; el 14%, Consejería Social; el 40%, nexo con el médico; el 20%, visitas domiciliarias; y el 18%, están con los grupos de mastectomizados.

En este cuadro podemos inferir, que la labor del Trabajador Social se centra en trámites y en coordinar acciones, siendo el más

importante los estudios que realiza para completar la historia clínica de cada paciente, ya que el Trabajador Social, es responsable de constatar las condiciones en que se encuentra y su calidad de vida que tiene e informar de ellos, al equipo y sus familiares. El Trabajador Social, debe buscar encontrar soluciones satisfactorias para los problemas que pueden entorpecer la recuperación y rehabilitación de las pacientes.

2. DIAGNOSTICO.

2.1 Ubicación e Historia.

El Hospital Nacional Carlos Alberto Seguí Escobedo, pertenece al Cercado, está ubicado en el centro de la ciudad. Por el norte, limita con Miraflores; por el sur y por el este, con el Cercado; y por el oeste, con Selva Alegre.

En 1950, se constituye el Estatuto del Empleado Público, bajo la Ley No 11377, mediante la cual se encontró sujeto el personal que laboraba con la categoría de empleado público, asimismo se estableció la administración de los sistemas y regímenes de seguridad; es así que un año después, se crea mediante D.L. N° 13724 el Seguro Social del Empleado.

En Marzo de 1979, se fusionan la ley N° 8433 y el D.L N° 13724, creándose el D.L 22482 del Régimen de Prestaciones de Salud, y un año más tarde, crearse el Instituto Peruano de Seguridad Social, como institución autónoma técnica y administrativa.

Se extiende así también en este año, la cobertura a los familiares y a los menores de los 18 años.

También pueden acceder a prestaciones de salud, todas las personas que teniendo una ocupación lo hacían en forma independiente o aquellas que por ciertas circunstancias perdieron el empleo, quedando facultados para poder continuar aportando al Seguro Social, asumiendo toda la responsabilidad del pago del aporte, bajo los regímenes de Facultativo Independiente.

En el 2000, mediante la Ley N° 27056, se crea el Seguro Social de Salud (ESSALUD), como organismo público descentralizado, para dar cobertura a los asegurados a través de prestaciones de prevención, promoción y recuperación.

2.2 Identificación.

- Limitado estado de salud
- Deficientes condiciones de vivienda.
- Bajos recursos económicos.
- Niveles bajos de resiliencia.
- Elevada carga familiar.
- No hay buena opinión de la labor del Trabajador Social.
- Permanente depresión y baja autoestima.
- Efectos colaterales por la quimioterapia.
- Calidad de vida limitada repercutiendo en su recuperación.
- Muy poco trabajo de prevención.
- Material logístico insuficiente.
- Actitud de no aceptación de su problemática.
- Limitado presupuesto para programas de recuperación y de prevención.
- Dificultades en la obtención de citas.
- Insuficientes programas de entretenimiento y recreación.

2.3 Descripción de los Problemas.

➤ **Insuficiente asignación de recursos para Programas de Prevención.**

La falta de recursos necesarios para dar una capacitación a los asegurados para la prevención de este tipo de enfermedades.

➤ **Elevada Carga Familiar.**

Para el ingreso que tienen los pacientes, el promedio de hijos es generalmente de cuatro, lo que hace que la paciente sienta necesidad de trabajar sin darse cuenta que su salud está en peligro.

➤ **Deficientes condiciones de vida.**

Esto se ve demostrado en que son personas que sus recursos son bajos, tienen una elevada carga familiar lo que no contribuye mucho a su recuperación que es un proceso muy largo.

➤ **Bajos Niveles de Resiliencia.**

Esto se refleja en su permanente estado de depresión, su baja autoestima o también la

indiferencia y el deseo de poner de su parte para su recuperación.

➤ **Efectos colaterales de la Quimioterapia.**

Se les presenta otras afecciones como resultado de su tratamiento y eso es lo que va limitando su proceso de recuperación.

➤ **Material logístico limitado.**

Es decir, el problema de la administración, les afecta mucho porque no se les tiene ninguna consideración ya sea en citas o en radiografías o en cualquier otro procedimiento que necesiten

➤ **No muy buena opinión de la labor del Trabajador Social.**

Se puede manifestar que no hay un trabajo efectivo del Trabajador Social en relación con la familia y los allegados, ya que no hay un sistema principal de apoyo para el paciente antes y después de la hospitalización.

2.4 Priorización de Problemas.

➤ Problema Esencial.

La situación de crisis económica que está desfavoreciendo las condiciones de vida de los asegurados, repercuten en su estado de salud del paciente oncológico.

➤ Problemas Fundamentales.

- Estado de salud deficiente
- Limitados recursos económicos.
- Escaso presupuesto designado a programas de prevención y recuperación.
- Niveles de resiliencia muy bajas.
- Permanente depresivas y baja autoestima.
- Material logístico insuficiente.
- Problemas administrativos.

➤ Problemas Incidentales.

- Problemas administrativos.
- Elevada carga familiar.
- Problema de vivienda.
- Tratamiento costoso.
- No muy buena opinión de la labor del Trabajador Social

3. PRONOSTICO.

De continuar su situación socio-económica, así como sus niveles de vida bajos, va a repercutir en la recuperación de su salud.

4. POTENCIALIDADES.

- ✓ Pacientes de mediana edad.
- ✓ Que tengan familia.
- ✓ Personal del Servicio de Oncología.
- ✓ Equipo Multidisciplinario de Salud.
- ✓ La Trabajadora Social.
- ✓ Las Graduandos.

5. LIMITACIONES.

- ✓ Limitado presupuesto para un Programa de Prevención.
- ✓ Problemas logísticos y administrativos.

6. PROBLEMA OBJETO DE INTERVENCION.

Los bajos niveles de resiliencia de las pacientes y de su familia y la poca autoestima y valoración que se tiene el paciente, limita su recuperación.





CAPITULO III

ALTERNATIVA DE ACCION PROFESIONAL

1. PROGRAMA.

1.1 Identificación.

"PROMOCION SOCIAL"

1.2 Justificación.

El proceso de promoción social conduce a una recuperación física, psíquica-social y moral, que posibilita su desenvolvimiento satisfactorio e integración social. El presente programa esta dirigido a las pacientes del

servicio de oncología las cuales requieren de tratamiento médico y social para su recuperación.

1.3 Objetivos.

Objetivo General.

- Contribuir a la promoción del paciente así como también de la comunidad a través de su participación activa, para lograr elevar su autoestima y dignificación personal que le permita aceptar su situación en la que se encuentra y asumir su proceso de recuperación con entereza.
- Identificar aspectos sociales que favorecen o interfieren en la paciente que presenta problemas oncológicos
- Contribuir a la prevención y atención de los asegurados.

1.4 Metas.

Lograr la participación activa del 100% de las pacientes que reciben atención ambulatoria frente a su problemática.

1.5 Estrategias.

- Organización de un grupo de pacientes oncológicos, con la finalidad de que compartan sus experiencias y sea elementos socializador de la conducta, participando directamente en las acciones de promoción.
- Motivación permanente, para que se revaloricen y asuman actitudes reflexivas frente a su problema.
- Brindar actividades de integración social y recreación a través de la aplicación de técnicas grupales.
- Propiciar un trabajo en equipo.

1.6 Ambito de Ejecución.

Está dirigido a las Pacientes de Oncología del Hospital Nacional Carlos Alberto Seguin Escobedo teniendo una duración de cinco meses

2. PROYECTOS.

El Programa se ejecutará a través de dos proyectos:

- Servicio Social de Persona.
- Socialización Familiar.

3. PROYECTO N° 1

3.1 Identificación.

“SERVICIO SOCIAL DE PERSONA”.

3.2 Justificación.

El presente proyecto responde al problema de baja autoestima y desvaloración que presenta las pacientes oncológicas, ayuda a tener un contacto directo con el paciente para contribuir a su rehabilitación.

3.3 Objetivos.

- Contribuir a elevar el nivel de salud y de bienestar personal y familiar de los pacientes oncológicos, y así propiciar la optimización de los resultados de su tratamiento.
- Contribuir a que los pacientes revaloricen su condición humana, desarrollen al máximo su resiliencia porque así contribuirán a una más rápida recuperación.

3.4 Acciones.

A. CICLO METODOLOGICO.

- Estudio Social.
- Diagnóstico.
- Programación.
- Ejecución
- Evaluación.

3.5 Actividades.

- **Motivación.**

- Entrevistas con las pacientes con tratamiento oncológico para profundizar en el estudio social como parte del proceso de conocimiento de la problemática.
- Entrevistas frecuentes con las pacientes para que acepte su situación así como su tratamiento.
- Se les motivará para propiciar su integración.
- Elaborar el periódico mural con mensajes de la salud.

- **Coordinación.**

- Efectuar la coordinación con el jefe del Servicio de Oncología.
- Coordinar con el Trabajador Social en este servicio.

- Coordinar con el Médico Tratante.
- Coordinar con el equipo de profesionales que laboran en esta unidad.

- **Organización.**

- Fomentar la formación de pequeños grupos de pacientes oncológicos.
- Organizar campañas de sensibilización para prevenir la enfermedad.
- Organizar encuentros de espiritualidad y recreativos.

- **Capacitación.**

- Temas tratados con el paciente
- Resiliencia
- Reconocimiento de su problema
- Revaloración como persona
- La importancia de la autoestima
- La incorporación al medio familiar y social

- Trabajo con la Familia

- **Ejecución.**

- Se debe de tratar de motivar permanentemente al paciente en todo el proceso.

- **Evaluación.**

La evaluación debe ser permanente en todo el proceso que se lleve a cabo y éste debe hacerse con el paciente.

B. CICLO PROCESUAL.

- ✓ **Acción-Conocimiento.**

Conocer conjuntamente la esencia y características del problema.

- **Reflexión.**

El paciente debe efectuar un proceso de reflexión que lo llevará al Diagnóstico de su problemática.

- **Decisión-Acción.**

Que el paciente asuma una actitud decisiva de acción frente al problema y que plantee sus alternativas de acción frente a su situación.

- **Evaluación.**

Que cada acción que realice el paciente a favor de su salud que contribuya a su mejoramiento.

3.6 Financiamiento.

Este proyecto no requerirá inversión económica y será asumido en su totalidad por las Graduandas.

3.7 Responsable del Desarrollo del Proyecto.

Las responsables serán las graduandas.

3.8 Cronograma.

Tendría una duración de seis meses.

3.9 Evaluación.

La evaluación se realizaría en forma permanente y continua.

3.10 Recursos.

*** Recursos Humanos:**

- ✓ Pacientes del Servicio Oncológicos.
- ✓ Familiares de los pacientes.
- ✓ Equipo multidisciplinario.
- ✓ Graduandas

*** Recursos Materiales:**

- ✓ Útiles de escritorio.
- ✓ Material didáctico
- ✓ Local de reunión
- ✓ Televisión y VHS
- ✓ Boletines.

*** Recursos Institucionales:**

✓ Hospital Nacional Carlos Alberto Segúin
Escobedo-Arequipa.

3.11 Presupuesto.

A cargo de las Graduandas.

3.12 Responsable.

Las Graduandas.

4. PROYECTO N° 2.

4.1 Identificación.

"SOCIALIZACION FAMILIAR"

4.2 Fundamentación.

El paciente va perdiendo su valoración como persona porque también muchas veces no cuentan con estímulos familiares y sociales mostrando de esta manera falta de animo y una actitud conformista.

El trabajo con grupo en donde se encuentren los familiares de las pacientes

oncológicas es sumamente importante para su recuperación.

4.3 Objetivos.

*** General.**

Lograr el conocimiento de la enfermedad de los familiares para que contribuyan en su recuperación-elevar su autoestima.

*** Específicos.**

- ✓ Propiciar la identificación del problema que presenta el paciente oncológico por parte de la familia del paciente.
- ✓ Contribuir a la prevención de la enfermedad en los familiares.

4.4 Estratégicas.

Organización de un grupo de familiares de pacientes oncológicos, con la finalidad de que compartan su problemática y sean entre ellos un permanente estímulo.

Ofrecer actividades de integración social junto con toda la familia.

4.5 Ambito de Ejecución.

Está dirigido a todos los familiares de pacientes oncológicos.

4.6 Actividades.

- **Motivación.**

- A los familiares para tratar temas de importancia de ellos.
- Labor terapia.
- Divulgación de las actividades a realizar en el Periódico Mural.
- Elaboración y distribución de invitaciones a los familiares de los pacientes oncológicos.

- **Coordinación.**

- Coordinar con el Jefe del Servicio para obtener el apoyo correspondiente.
- Coordinar con el personal para que apoye en la distribución de acciones y roles.
- Con los familiares para informarles y obtener sugerencias en el trabajo.
- Con el médico tratante en el seguimiento de los casos de las pacientes.

- **Organización.**

- Formación y conducción del grupo, reuniones una vez por semana por espacio de una hora.
- Preparar la dinámica de las reuniones,
- Análisis y reflexión sobre la problemática

4.7 Capacitación Social.

- Revalorización de la condición humana.
- Derechos y deberes de toda persona frente a su problemática.
- Importancia de socializar sus problemática.
- El papel de la familia frente al paciente oncológico.
- Ambiente familiar favorable
- La importancia del afecto con pacientes oncológicos.
- Necesidad de un cambio de conducta frente a la sociedad así como de la sociedad frente al paciente.
- Roles y funciones de la familia.

4.8 Técnicas.

Implementación del Trabajo Social Grupal como procedimiento metodológico y nivel de intervención, auxiliado por técnicas de dinámica de grupo.

Técnicas:

- . Reuniones
- . Entrevistas
- . Auto conocimiento
- . Lluvia de ideas
- . Exposición, análisis grupal etc.

4.9 Recursos.

*** Humanos.**

- . Pacientes de la Unidad de Oncología
- . Trabajador Social
- . Jefe de la Unidad de oncología
- . Personal paramédico
- . Graduandas.

*** Instituciones.**

- . Hospital Nacional Carlos Alberto Según Escobedo.
- . Servicio de Oncología.

*** Materiales.**

- . Útiles de escritorio
- . VHS - Televisor
- . Pizarra.

4.10 Cronograma.

Este proyecto se realizará por un periodo de cinco meses.

4.11 Financiamiento.

Los gastos serian asumidos por las Graduandas.

4.12 Responsable del Desarrollo del Proyecto.

- . Graduandas
- . Servicio de Oncología

4.13 Evaluación.

La evaluación será en forma permanente y continua.

CONCLUSIONES

PRIMERA. La crisis económica viene afectando a la mayoría de asegurados en sus condiciones socio- económicas, educativas y culturales; todo esto viene a constituir, un factor determinante en sus bajos niveles de vida, que no les permite una vida saludable y frente al problema que se les presenta de un paciente con cáncer su situación se agrava porque no todo lo requerido para estos casos les brinda el hospital.

SEGUNDA. Las características socio-demográficas que presentan las pacientes con diagnóstico de cáncer, son: edad que corresponde al adulto maduro y adulto mayor, género femenino, buen nivel de instrucción, con ocupaciones de trabajo independiente, empleadas profesionales y de su casa. De estado civil casadas, procedentes de familias integradas, con un tiempo de enfermedad de meses a tres años y en su mayoría con tratamiento de más de dos tipos (quimioterapia-radioterapia y cirugía).

TERCERA. Las pacientes diagnosticadas con cáncer en el Hospital Carlos Alberto Segúin Escobedo, tienen características socio-demográficas que influyen en los niveles de resiliencia, lo que condiciona su proceso de recuperación

CUARTA. El nivel de la calidad de vida de las pacientes que reciben quimioterapia en el Hospital Carlos Segúin Escobedo, es percibida predominantemente como regular, lo que afecta su proceso de recuperación.

QUINTA. La Política que implementa el gobierno con los pacientes oncológicos es insuficiente, ya que no hay un presupuesto que permita un adecuado tratamiento y una oportuna prevención de dicha enfermedad. Asimismo una buena política administrativa y de relaciones humanas, entre el personal que labora en el Hospital, para la rapidez de los trámites y exista un buen trato a los pacientes.

SEXTA. El Trabajador Social como educador social, parte de lo asistencial, pero debe trascender a niveles de capacitación, como un medio que les permita a los pacientes aceptar su situación y asumir actitudes positivas frente a su enfermedad, y esto debe hacerlo a través de

grupos, para poder orientarlas a la promoción y capacitación a fin de asegurar su recuperación, constituyéndose en el más efectivo nivel de intervención para la toma de conciencia de estas pacientes, tratando de esta forma, buscar el bienestar personal y familiar y elevando sus niveles de resiliencia de ambos.

SETIMA. El Trabajador Social, luego de diagnosticar la situación del paciente, es el nexo entre el paciente, el médico y la familia. Su trabajo promueve la revalorización humana del paciente, por ello es indispensable su participación en el equipo multidisciplinario.

SUGERENCIAS

- PRIMERA.** Se debe formar grupos de resilientes con la finalidad de orientar y educar a los pacientes sobre cómo afrontar la enfermedad, fortaleciendo su autoestima con compromiso, positividad en sí mismo, responsabilidad y creatividad.
- SEGUNDA.** Propender actividades preventivo promocionales, para evitar este tipo de enfermedades y colaterales, que se manifiestan afectando muy severamente a la persona que lo padece.
- TERCERA.** Orientar recursos para programas de prevención de enfermedades oncológicas

BIBLIOGRAFÍA

- ALDANA, JORGE** "La Familia en le Perspectiva del Año 2000". Editorial Magisterio. Lima-Perú. 2000.
- AMAT Y LEON, CARLOS** "Niveles de Vida, Grupos Sociales en el Perú". Centro de Investigación Universidad del Pacífico. Lima-Perú. 1999.
- BROCHE PEREZ Y MEDINA W. RICARDO** "La Resiliencia y Afrontamiento". Editorial Omega. México. 2011.
- ESPINOZA VERGARA, MARIO** "Dinámica de Grupo". Editorial Humanitas. Buenos Aires. 1999.
- FUENTES J. ANTONIO** "Educación para la Salud". Editorial Guadalupe. Buenos Aires-Argentina. 2002.
- LECLER, JACQUES** "La Familia". Editorial El Tiempo. Barcelona-España. 1999.
- LUGO j. BARROSO M. FERNANDEZ** "Calidad de Vida y sus Instrumentos de Medición". Editorial Oncol. Cuba. 2008.
- GARCIA, CARLOS** "Calidad de Vida. Aspectos Teóricos y Metodológicos". Editorial

Paidoós. Buenos Aires-Argentina.
2010.

MAISONNUEVE, JEAN "La Dinámica de los Grupos".
Editorial Proted. Argentina.
2001.

MANCIAUX, MICHEL "La Resiliencia: Resistir y Rehacer".
Editorial GEDISA. Barcelona-
España. 2003.

MATTOS MAR, CARLOS "Desborde Popular y Crisis del
Estado". Editorial IEP. Lima-
Perú. 2003.

PINEDA, ERNESTO "Metodología De la Investigación"
Serie Paltex-O.P.S. Segunda
edición-U.S.A. 1994.

RODODO C. GRIJALDA E. "La Tierra cambia de Piel: Una
Visión Integral de la Calidad de
Vida". Editorial Planeta. Bogotá-
Colombia. 2001.

RUBIO, FATACCIOLI "Problemática del Perú-Crisis
Económica". Lima-Perú. 2000.

VARIOS AUTORES "Proyecto de Salud Integral".
Editorial LUEVES. Lima-Perú.
2003.

VIDELA MORON, CARLOS "Derecho de la Seguridad Social".
Editorial ACAYU. Buenos Aires.
2001.

REVISTAS Y FOLLETOS

ESSALUD "Manual de Inducción". ESSALUD. Lima-
Perú. 2005.

LA FOSSE, VIOLETA SARA "Lazos Familiares". Revista Signos
educativos N° 16. Editorial
Stella. Lima-Perú. 2005.

MINISTERIO DE SALUD "Programa de Fortalecimiento de
Servicios de Salud". Editorial
Grupo Quipus. Lima-Perú. 1997.

"PROGRAMA DE FORTALECIMIENTO DE SALUD". Editorial Quipus.
Lima-Perú. 1997.

ENCUESTA

1.- EDAD DE LOS PACIENTES.

- | | |
|-----------------------|-----|
| 20 a 25 años | () |
| 26 a 31 años | () |
| 32 a 37 años | () |
| 38 a 43 años | () |
| 44 a 49 años 50 a Más | () |

2.- PROCEDENCIA DEL PACIENTE:

- | | |
|----------|-----|
| Arequipa | () |
| Cuzco | () |
| Moquegua | () |
| Tacna | () |
| Puno | () |

3.- ESTADO CIVIL DEL PACIENTE:

- | | |
|--------------|-----|
| Casadas | () |
| Convivientes | () |
| Separadas | () |
| Solteras | () |

4.- GRADO DE INSTRUCCIÓN:

- | | |
|------------|-----|
| Primaria | () |
| Secundaria | () |
| Técnicas | () |
| Superior | () |

5.- NUMERO DE HIJOS:

1	-	2	()
2	-	4	()
5	a	Más	()
No tiene			()

6.- OCUPACION LABORAL:

Obreras	()
Empleadas	()
Independientes	()
Amas de Casa	()

7.- CONDICION LABORAL:

Dependiente	()
Independiente	()
No trabajan	()

8.- TENENCIA DE LA VIVIENDA:

Propia	()
Alquilada	()
Otros	()

9.- ESTADO DE CONTRUCCION DE LA VIVIENDA:

Construida	()
Semi-construida	()
Provisional	()

10.- PROBLEMAS QUE CONFRONTAN LAS PACIENTES:

Económicos	()
------------	-----

Salud	()
Laboral	()
Familiares	()

11.- CONSIDERA QUE TIENE UNA BUENA CALIDAD DE VIDA:

Buena	()
Regular	()
Mala	()

12.- TIPO DE CÁNCER QUE TIENE:

Utero	()
Mamas	()
Colon	()
Pulmón	()
Piel	()

13.- SE HA HECHO EXAMENES PREVENTIVOS:

Si	()
No	()

14.- TIEMPO DE LA ENFERMEDAD:

Menos de 1 año	()
De 1 a 2 años	()
De 3 a 4 años	()
Más de 5 años	()

15.- PACIENTES SEGÚN TRATAMIENTO:

Cirugía más quimioterapia ()
Quimioterapia ()
Radioterapia más Quimioterapia ()
Cirugía más Quimioterapia más Radioterapia ()

16.- PACIENTES SEGÚN NIVEL DE RESILIENCIA:

Alta ()
Moderado ()
Escasa ()

17.- QUIEN LA APOYA:

Esposo-Hijos ()
Familiares ()
Amistades ()

18.- EXPECTATIVAS PARA EL FUTURO:

Superar mi estado de salud ()
Comprarme mejores medicinas ()
Volver a trabajar ()
No sabe ()

19.- REACCIONES QUE ASUME LA PACIENTE:

Violentos ()
Pasiva ()
Indiferente ()

**20.- OPINION SOBRE LA ATENCIÓN QUE RECIBE EN EL
HOSPITAL:**

Buena ()

Regular ()
Mala ()

21.- QUE OPINION TIENE DEL TRABAJADOR SOCIAL:

Positiva ()
Negativa ()
Regular ()

22.- SERVICIO QUE BRINDA EL TRABAJADOR SOCIAL:

Estudio Social ()
Consejería Social ()
Nexo con el Médico ()
Visitas Domiciliarias ()
Grupos de Mastectomizados ()