

Universidad de Costa Rica
Facultad de Ciencias Sociales
Escuela de Trabajo Social

Trabajo Final de Graduación modalidad tesis para optar por el grado
de Licenciatura en Trabajo Social

Trabajo Social en la atención de personas adolescentes con
diagnóstico de cáncer y sus familias: un estudio de los procesos de
trabajo desarrollados en los Hospitales San Juan de Dios y México,
durante el período 2014-2015.

Sustentantes

Bach. Mónica Masís Coto

Bach. María Sáenz Corrales

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio
San José, Costa Rica

2015



**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL**

ACTA DE PRESENTACIÓN DE REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN No. 13

Sesión del Tribunal Examinador celebrada el día 2 de octubre del 2015, a las 5:00 p.m. con el objeto de recibir el informe oral de la presentación pública de las:

| SUSTENTANTES | CARNE | AÑO DE EGRESO |
|------------------------------|--------|---------------|
| Mónica María Masis Coto | A93673 | II-2013 |
| María Yolanda Sáenz Corrales | A75797 | II-2013 |

Quienes se acogen al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación bajo la modalidad de **Tesis de Graduación**, para optar al grado de **Licenciatura en: TRABAJO SOCIAL**.

El tribunal examinador integrado por:

| | |
|-----------------------------------|---------------------------|
| MSW. Carmen María Castillo Porras | Presidente (a) |
| MSc. Pilar Meléndez Chanto | Profesor (a) Invitado (a) |
| MSc. Carolina Navarro Bulgarelli | Director (a) T.F.G. |
| M.Ed. Kathya Umaña Montoya | Miembro del Comité Asesor |
| MSc. Vera Ovaes Sandí | Miembro del Comité Asesor |

ARTICULO I

La Presidenta informa que el expediente de las postulantes contiene todos los documentos de rigor. Declara que cumplen con todos los demás requisitos del plan de estudios correspondiente y, por lo tanto, se solicita que procedan a hacer la exposición.

ARTICULO II

Las postulantes hacen la exposición oral de su trabajo final de graduación titulado: "**Trabajo Social en la atención de personas adolescentes con diagnóstico de cáncer y sus familias: un estudio de los procesos de trabajo desarrollados en los Hospitales San Juan de Dios y México, durante el período 2014-2015**".

ARTICULO III

Terminada la disertación, el Tribunal Examinador hace las preguntas y comentarios correspondientes durante el tiempo reglamentario y, una vez concluido el interrogatorio, el Tribunal se retira a deliberar.

ARTICULO IV

De acuerdo al Artículo 39 del Reglamento Finales de Graduación. El Tribunal considera el Trabajo Final de Graduación:

APROBADO (X) APROBADO CON DISTINCION () NO APROBADO ()

Observaciones: _____

ARTICULO V

La Presidenta del Tribunal les comunica a las postulantes el resultado de la deliberación y las declara acreedores al grado de Licenciatura en: **TRABAJO SOCIAL.**

Se les indica la obligación de presentarse al Acto Público de Reglamentación, al que serán oportunamente convocadas.

Se da lectura al acta que firman los Miembros del Tribunal Examinador y las Postulantes.

A las 19h. se levanta la sesión.

| Tribunal Examinador | |
|-----------------------------------|------------------------------------|
| MSW. Carmen María Castillo Porras | <i>Carmen Mra. Castillo Porras</i> |
| MSc. Pilar Meléndez Chanto | <i>Pilar Meléndez</i> |
| MSc. Carolina Navarro Bulgarelli | <i>Carolina Navarro</i> |
| M.Ed. Kathya Umaña Montoya | <i>Kathya Umaña</i> |
| MSc. Vera Ovares Sandí | <i>Vera Ovarés Sandí</i> |

| Postulantes | |
|------------------------------|----------------------|
| Mónica María Masís Coto | <i>Mónica Masís</i> |
| María Yolanda Sáenz Corrales | <i>Yolanda Sáenz</i> |

Índice

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Lista de acrónimos | vii |
| Resumen académico..... | viii |
| Introducción..... | 1 |
| Capítulo I: Diseño de la Investigación | 4 |
| 1.1 Tema..... | 5 |
| 1.2 Justificación del Tema | 5 |
| 1.3 Estado de la Cuestión | 9 |
| 1.3.1 Sobre la Salud Adolescente | 10 |
| 1.3.2 Sobre personas menores de edad con diagnóstico de cáncer | 15 |
| 1.3.3 Sobre los procesos de trabajo de la profesión de Trabajo Social, en el tercer nivel de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social..... | 17 |
| 1.3.4 Sobre el abordaje de Trabajo Social con grupos familiares de personas adolescentes en el ámbito de la salud | 21 |
| 1.3.5 Balance..... | 26 |
| 1.4 Problema y su justificación | 32 |
| Problema..... | 33 |
| 1.5 Objeto de investigación | 33 |
| 1.6 Objetivos | 34 |
| Objetivo General | 34 |
| Objetivos específicos..... | 34 |
| 1.7 Referente teórico..... | 35 |
| 1.7.1. Proceso de Trabajo y Trabajo Profesional..... | 36 |
| 1.7.2. Trabajo Social | 38 |
| 1.7.3. Política Social en Salud..... | 39 |
| 1.7.4. Salud..... | 41 |
| 1.7.5. Cáncer..... | 46 |
| 1.7.6. Adolescencia | 49 |
| 1.7.7. Familia..... | 52 |
| 1.8 Estrategia metodológica | 55 |
| 1.8.1 Tipo de investigación | 58 |
| 1.8.2 Población participante..... | 59 |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1.8.3 Técnicas por utilizar | 61 |
| 1.8.3.1 Revisión documental | 61 |
| 1.8.3.3 Entrevista semi-estructurada | 61 |
| 1.8.3.4 Bola de Nieve | 63 |
| 1.8.3.5 Discusión grupal | 63 |
| 1.8.3.6 Triangulación de la información | 64 |
| 1.8.4 Momentos de la Investigación | 65 |
| Capítulo II: Contexto histórico institucional | 71 |
| 2.1 Caja Costarricense de Seguro Social | 72 |
| 2.2 Antecedentes históricos del Hospital San Juan de Dios y surgimiento de la atención pública de la salud en Costa Rica | 73 |
| 2.2.1 Surgimiento del Servicio de Trabajo Social | 78 |
| 2.3 Antecedentes históricos del Hospital México | 80 |
| 2.3.1 Surgimiento del Servicio de Trabajo Social | 82 |
| Capítulo III: Los procesos de trabajo en los que se vincula Trabajo Social..... | 85 |
| 3.1 Estructura..... | 87 |
| 3.2 Medios e instrumentos..... | 93 |
| 3.2.1 Recursos institucionales..... | 93 |
| 3.2.2 Marco jurídico..... | 98 |
| 3.2.3. Normativa interna..... | 101 |
| 3.2.4. Políticas, planes, programas y lineamientos institucionales..... | 103 |
| 3.2.5. Fundamentación teórico-metodológica, técnico-operativa y ético-política..... | 122 |
| 3.3 Materia Prima | 137 |
| 3.3.1 Principales diagnósticos hemato-oncológicos presentes en adolescentes | 138 |
| 3.3.2 Necesidades de la población adolescente con diagnóstico de cáncer y sus familias en el ámbito social | 143 |
| 3.4 Trabajo Vivo..... | 150 |
| 3.4.1. Ámbito Gerencial | 151 |
| 3.4.2. Ámbito operativo..... | 155 |
| 3.5. Resultados del trabajo vivo | 162 |
| 3.6. Aportes y desafíos de Trabajo Social en la atención de personas adolescentes con diagnóstico de cáncer y sus familias..... | 167 |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Conclusiones..... | 179 |
| Recomendaciones..... | 187 |
| Bibliografía..... | 191 |
| Documentos impresos..... | 191 |
| Libros..... | 191 |
| Documentos Institucionales..... | 193 |
| Trabajos Finales de Graduación..... | 194 |
| Documentos en línea..... | 199 |
| Documentos Institucionales en línea..... | 206 |
| Fuentes de información..... | 209 |
| Anexos..... | 212 |
| Anexo 1. Matriz de categorías de análisis..... | 213 |
| Anexo 2. Consentimiento informado..... | 218 |
| Anexo 3. Instrumento de entrevista Semi-estructurada para las y los profesionales en Trabajo Social..... | 221 |
| Anexo 4. Guía de entrevista semi-estructurada para las y los profesionales que ejercen un puesto de jefatura o sub-jefatura en los servicios de Trabajo Social..... | 226 |
| Anexo 5. Guía de entrevista semi-estructurada para las y los profesionales que laboran en los servicios que trabajan en conjunto con Trabajo Social en la atención de personas adolescentes con diagnóstico oncológico y sus familias..... | 229 |
| Anexo 6. Organigrama del Servicio de Trabajo Social del Hospital San Juan de Dios..... | 231 |
| Anexo 7. Organigrama del Servicio de Trabajo Social del Hospital México..... | 232 |
| Anexo 8. Esquema sobre fundamentación teórico-metodológica, técnico-operativa y ético-política..... | 233 |

Lista de acrónimos

| Nombre | Acrónimos |
|----------------------------------------------------------------|------------------|
| Caja Costarricense de Seguro Social | CCSS |
| Clasificación internacional de Enfermedades, 10°. | CIE 10 |
| Comité Ético Científico Interinstitucional | CECI |
| Departamento de Hemato-Oncología | DHO |
| Enfermedades Crónicas No Transmisibles | ECNT |
| Hospital San Juan de Dios | HSJD |
| Hospital México | HM |
| Hospital Nacional de Niños | HNN |
| Ministerio de Salud | MS |
| Programa Nacional para la Atención Integral de la Adolescencia | PAIA |
| Plan Institucional para la Atención del Cáncer | PIAC |
| Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer | PNPCC |
| Organización Mundial de la Salud | OMS |
| Organización Panamericana de la Salud | OPS |
| Organizaciones no gubernamentales | ONG |
| Universidad de Costa Rica | UCR |
| Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia | UNICEF |

Resumen académico

Masís, Mónica y Sáenz, María. (2015). Trabajo Social en la atención de personas adolescentes con diagnóstico de cáncer y sus familias: un estudio de los procesos de trabajo desarrollados en los Hospitales San Juan de Dios y México, durante el período 2014-2015. Trabajo Final de Graduación sometido a la consideración de la Escuela de Trabajo Social como requisito final para optar al grado de Licenciatura, Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.

Directora de la investigación: MSc. Carolina Navarro Bulgarelli.

Palabras Clave: procesos de trabajo, personas adolescentes, familias, cáncer, Trabajo Social.

Resumen:

Esta investigación respondió al siguiente problema de investigación: ¿Cómo se han desarrollado los procesos de trabajo en los que se vincula la profesión de Trabajo Social, en la atención de personas adolescentes con diagnóstico de cáncer y sus familias, en los Servicios de Trabajo Social del Hospital México y el Hospital San Juan de Dios, durante el período comprendido entre los años 2014-2015?

El proceso de investigación fue de carácter cualitativo, además constituyó una metodología dialéctica al ser una estrategia que permitió la comprensión de las particularidades del objeto en estudio desde una lectura crítica de la realidad social, específicamente aquella referida a la cotidianidad en que se desarrolla el trabajo profesional en los hospitales México y San Juan de Dios.

De manera que, uno de los principales resultados que se derivaron del estudio, fue la reconstrucción de los procesos de trabajo direccionados a la atención de

personas adolescentes con diagnóstico de cáncer y sus familias; a partir de las categorías de análisis propuestas por Iamamoto (2003a): materia prima, medios e instrumentos, estructura, trabajo vivo y los resultados del mismo.

Lo anterior, es un insumo dentro de los conocimientos aportados a la profesión y a los servicios de Trabajo Social ubicados en los centros hospitalarios ya mencionados, al presentar una reflexión sobre sus aportes y desafíos en los procesos de trabajo dirigidos la atención de personas adolescentes con diagnóstico de cáncer. A la vez, que se brindaron recomendaciones dirigidas al fortalecimiento de los mismos.

Introducción

El estudio de los procesos de trabajo en los que se inserta Trabajo Social, en la atención de personas adolescentes, con diagnóstico de cáncer y su grupo familiar dentro de los Hospitales San Juan de Dios y México durante el período 2014-2015, requirió:

(...) enfocar el trabajo profesional como partícipe de procesos de trabajo que se organizan según las exigencias económicas y sociopolíticas del proceso de acumulación, moldándose en función de las condiciones y relaciones sociales específicas en que se realiza, las cuales no son idénticas en todos los contextos donde se desarrolla el trabajo del Asistente Social (Iamamoto, 2003a, p.117).

En el contexto actual, la sociedad costarricense se encuentra permeada por el sistema neoliberal imperante en la mayoría de instituciones estatales, entre ellas la CCSS; aspectos que influyen la organización y funcionamiento de los procesos de trabajo gestados al interior de cada servicio de Trabajo Social.

Esto se manifiesta en la situación que atraviesa la institución, siendo un ejemplo, el detrimento de las políticas sociales frente a la lógica capitalista, donde prima la acumulación de ganancias en manos privadas por encima del bienestar general de la población, como lo es el sistema solidario que sustenta a la CCSS cuyos principales usuarios(as) son quienes viven de la venta de su fuerza de trabajo.

Dicho contexto, conlleva una exacerbación de las manifestaciones de la Cuestión Social al influir en las condiciones de vida de la población, como resultado de la inequitativa distribución de la riqueza característica del sistema económico capitalista. Ante esto, surgen aspectos que demandan una respuesta del Estado a través de las diferentes entidades y profesiones que lo conforman, vislumbrando el papel que ejerce Trabajo Social dentro de esta dinámica. Al respecto, Rozas (citado en Iamamoto, 2003a) indica:

En esta perspectiva, las manifestaciones de la cuestión social adquieren niveles de desigualdad, de injusticia social, de concentración de la riqueza y el ingreso, sometiendo a amplios sectores de la sociedad a un proceso de empobrecimiento y exclusión social que degrada la condición humana (p.14).

Es así como Trabajo Social se ha configurado históricamente como una profesión inmersa en la lucha de clases, reconocida en la división social del trabajo; por lo que la comprensión de su trabajo profesional no debe desligarse de la institucionalidad en que se inserta. Razón por la cual, el objeto de investigación se ubica en la CCSS, específicamente en los hospitales San Juan de Dios y México, para contextualizar el análisis de los procesos de trabajo dirigidos a las personas adolescentes con diagnóstico de cáncer y su grupo familiar.

Este análisis implicó la aprehensión de las determinantes socio históricas que configuran el trabajo profesional de Trabajo Social, a lo interno de la CCSS; entre ellas se destaca el paradigma biomédico imperante en los hospitales antes mencionados, ubicando la especificidad de la profesión en el ámbito asistencial, como un servicio de apoyo dentro de la atención de la salud.

En este sentido, la institucionalidad es un elemento configurador de los procesos de trabajo en los que se desarrolla la profesión, atribuyendo una serie de particularidades presentes en la cotidianeidad de la atención social en salud; por lo que:

(...) nuestra práctica no está aislada, la institución no puede ser pensada como un obstáculo de nuestro trabajo, que limita nuestra acción, la institución es una condición de trabajo, es nuestro reto el trabajar dentro de los límites y ahí dentro de esas condiciones reales, buscar imprimir nuestro norte en ese trabajo (Iamamoto, 2000, p.100).

De ahí que la profesión no debe posicionarse desde una visión fatalista puesto que, posee elementos que le permiten enfrentar las limitaciones a nivel institucional y a lo interno de la profesión; como lo es en este caso, la autonomía

relativa que posee Trabajo Social, permitiendo el desarrollo de una capacidad propositiva para el fortalecimiento de su trabajo profesional:

La coyuntura no condiciona de forma unidireccional las perspectivas profesionales; impone al mismo tiempo límites y posibilidades. Siempre existe un campo para la acción de los sujetos, para la proposición de alternativas creadoras, inventivas, resultantes de la apropiación de las posibilidades y contradicciones presentes en la propia dinámica de la vida social. Comprender eso es muy importante para evitar una actitud *fatalista* del proceso histórico y, por añadidura, del mismo Servicio Social (...) (Iamamoto, 2003a, p.34).

En concordancia con lo anterior, la investigación se planteó como un insumo para el análisis de los procesos de trabajo en los que se vincula la profesión, en la atención de personas adolescentes con diagnóstico de cáncer y sus familias; a través de la reconstrucción de dichos procesos, y la reflexión sobre los aportes y desafíos del trabajo profesional dentro de la dinamicidad presente en el Hospital México y Hospital San Juan de Dios.

Para la consecución de este análisis, se desarrolló un primer capítulo que estableció las bases para la realización de la investigación, desde un posicionamiento histórico crítico que permitiera el acercamiento a la realidad presente en el objeto de estudio. A su vez, resultó imprescindible vislumbrar los determinantes que contextualizan la historicidad de los hospitales en los que se ubicó la investigación; aspectos que se recuperaron en el segundo capítulo del documento.

El tercer capítulo, constituyó el análisis del trabajo profesional desarrollado por Trabajo Social en la atención de personas adolescentes con diagnóstico de cáncer y sus familias, lo cual, contiene un apartado concerniente a los aportes y desafíos del mismo.

Posteriormente, se brindaron conclusiones y recomendaciones derivadas del proceso de investigación.

Capítulo I: Diseño de la Investigación

1.1 Tema

Trabajo Social en la atención de personas adolescentes con diagnóstico de cáncer y sus familias: un estudio de los procesos de trabajo desarrollados en los Hospitales San Juan de Dios y México, durante el período 2014-2015.

1.2 Justificación del Tema

El análisis del trabajo profesional, que realiza Trabajo Social en los Hospitales San Juan de Dios y México, en la atención de personas adolescentes con diagnóstico cáncer y su grupo familiar; contempla una población cuyos derechos han sido abordados por el Estado costarricense de manera limitada, en un contexto marcado por el adultocentrismo. A la vez, las personas que se encuentran en esta etapa de su vida y que padecen una enfermedad hemato-oncológica, vivencian un proceso de doble discriminación.

Los servicios y el acceso para la atención de la situación de salud de este grupo etario son limitados, lo cual se menciona en la Política Nacional para la Niñez y la Adolescencia (2009-2021), al afirmar que conforme aumenta la edad, disminuye el acceso a dichos servicios. Tal como se expone en el siguiente fragmento:

La tendencia hacia la progresiva pérdida de acceso a los servicios de salud que padece la población menor de edad avanza conforme aumenta la edad. Así, mientras la cobertura media nacional de personas menores de un año es de 89% durante el año 2006, entre 1 y 6 años de edad la cifra es de 56.1% durante el mismo período; y 31.9% si se trata de adolescentes (p. 44).

Dicha situación se refuerza en lo expuesto por la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), en el Programa Nacional de Atención Integral a la Adolescencia (PAIA) implementado en el año 2006, señalando:

De esta manera, en la C.C.S.S. tenemos un enorme vacío para el abordaje de la población adolescente, especialmente la comprendida entre los 12 y 19 años de edad, con servicios establecidos a partir de sus necesidades y particularidades según su estadio de desarrollo (p.2).

Lo anterior, se agrava conforme se trasladan las personas adolescentes a los Hospitales Nacionales, cuya atención no es específica para población menor de edad; a diferencia del Hospital Nacional de Niños que posee los recursos y servicios especializados; sin embargo, su atención se limita a las personas menores de edad entre los 0 y 12 años de edad.

Ante este panorama, resultó primordial para Trabajo Social analizar esta situación, debido a que el desarrollo de su trabajo profesional debe contribuir al cambio, a la equidad, a la inclusión social, así como al pleno desarrollo humano de aquellas poblaciones que históricamente han sido posicionadas en situaciones de discriminación y vulnerabilidad, frente al sistema capitalista con características adultocéntricas, en este caso la población adolescente.

En este sentido, fue pertinente analizar los procesos de trabajo en los cuales se inserta el Trabajo Social, específicamente en los hospitales México (HM) y San Juan de Dios (HSJD), al ser la institución líder en servicios de salud en el país. Lo anterior, debido a que:

Uno de los factores limitantes más importantes detectados en el proceso de implantar una Atención Integral en Salud para los y las Adolescentes, a nivel nacional, ha sido la escasa formación que los distintos profesionales de la salud han recibido sobre esta importante etapa del ciclo vital, sobre su problemática bio-psico-social más importante, y sobre estrategias de intervención de este grupo de edad, para minimizar los factores de riesgo, fortalecer los factores protectores, en un enfoque centrado en el desarrollo humano, y que sea respetuoso de los derechos de los y las adolescentes (CCSS, citado en OPS/OMS, 2011, p. 5).

Por lo tanto, para cumplir con una atención integral de las personas adolescentes con diagnóstico de cáncer, es preciso un abordaje en conjunto con su grupo familiar; como lo afirma Jiménez (2013), los procesos de atención de la salud no se pueden llevar a cabo solamente dentro de una institución, sino que deben involucrar distintos actores, como lo es la familia.

Es por esto que, fue necesario analizar el trabajo profesional realizado por Trabajo Social, para identificar los diferentes actores que participan en los procesos de trabajo direccionados a las personas adolescentes con diagnóstico de cáncer; con el fin de crear una reflexión en torno a las estrategias implementadas por Trabajo Social en la planeación, ejecución y evaluación de la atención brindada.

Además, se consideró pertinente investigar dichos procesos, de acuerdo con las políticas, planes, programas y proyectos, en materia de adolescencia y atención del cáncer en Costa Rica. Debido a que la política social en salud, es la base sobre la cual, se deben desplegar las acciones institucionales y por tanto, el trabajo profesional de las distintas profesiones que se enmarcan en la atención de la Salud.

En el plano académico, este tema es de vital importancia, como se afirma en el documento de autoevaluación y acreditación de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica (UCR), año 2006: “La comprensión de la realidad como campo de problemas o áreas significativas al Trabajo Social, no es suficiente ni sistemática para fundamentar su abordaje desde la especificidad de la intervención profesional” (p. 51).

De ahí la realización de un ejercicio dialéctico, entre los distintos insumos teóricos aportados a lo largo de la formación académica y las problemáticas sociales presentadas a lo interno del trabajo profesional. A partir de estos insumos, se pretendió una lectura crítica de la realidad social, que facilite la propuesta y desarrollo de acciones eficaces y eficientes dentro de la atención social en salud.

Esta investigación es una alternativa importante para fundamentar y comprender el trabajo profesional realizado por Trabajo Social, que se despliega con poblaciones o situaciones específicas, en tanto la formación profesional brinda las bases teóricas para la comprensión de la realidad, más no ahonda en cuestiones concretas de su abordaje; siendo una referencia importante para comprender el

proceso dialéctico en que se gesta la relación teoría-práctica, a través de los diferentes fundamentos que orientan su accionar.

De esta manera, se pretende aportar nuevos conocimientos respecto al abordaje de Trabajo Social en la atención de personas adolescentes con diagnóstico de cáncer y sus familias, en el HM y HSJD; lo cual, propició un fortalecimiento en la formación profesional de las investigadoras; así como de los procesos de trabajo realizados por las personas profesionales en Trabajo Social partícipes de la investigación dentro de los centros de atención de la salud indicados con anterioridad, por medio de las recomendaciones brindadas en la investigación.

1.3 Estado de la Cuestión

Con el objetivo de identificar las investigaciones vinculadas con el tema en cuestión, se llevó a cabo una exhaustiva revisión bibliográfica a nivel nacional para conocer los alcances y vacíos que existen en cuanto a esta temática.

Para esto se seleccionaron estudios elaborados entre el período de 1996-2013, los cuales corresponden a cuatro ejes de análisis. El primero de ellos, hace referencia a la salud adolescente, desde una visión general. El segundo, aborda la temática de las personas menores de edad con diagnóstico de cáncer. El tercero, particulariza los procesos de trabajo profesional realizados desde Trabajo Social en el tercer nivel de atención de la CCSS. Mientras que el cuarto eje, retoma las investigaciones realizadas sobre el abordaje de la profesión de Trabajo Social con grupos familiares de personas adolescentes en el ámbito de la salud.

Cabe destacar, que se realizó una revisión de las investigaciones desarrolladas durante los años 2014 y el primer trimestre del año 2015; sin embargo, ninguna de ellas se vincula con los ejes de análisis mencionados anteriormente.

Este apartado comprende distintos Trabajos Finales de Graduación de la Universidad de Costa Rica, tanto de posgrado como de licenciatura en diversas carreras impartidas por dicha institución. Esta selección responde a la escasa producción académica en torno al presente tema, asimismo, no se encontró documentos afines en otras universidades públicas, entre ellas, el Instituto Tecnológico de Costa Rica, la Universidad Nacional y la Universidad Técnica Nacional.

Al finiquitar el análisis de los estudios abordados, se realiza un balance en el que se sintetizan los vacíos y aspectos más relevantes de las mismas.

Seguidamente, se procede a explicitar lo antes mencionado.

1.3.1 Sobre la Salud Adolescente

Peralta, R. (2003) en su informe final de proyecto para optar por el grado de Magíster en Salud Pública con énfasis en Adolescencia y Juventud, aborda la ***Construcción de indicadores que señalan inequidad en la salud adolescente. Costa Rica 2003.***

Dicho informe tiene como objetivo diseñar una propuesta metodológica para diagnosticar la situación en salud de la población adolescente de Costa Rica, por medio de indicadores de inequidad que permitan evidenciar los cantones de mayor vulnerabilidad; al precisar que es necesario conocer algunas de las diferencias presentes a nivel cantonal, que condicionan las oportunidades así como la calidad de vida que puedan alcanzar.

Peralta R. (2003), afirma que la ejecución de programas en salud pública para adolescentes y jóvenes, debe tomar en cuenta que estas poblaciones son un conjunto heterogéneo y diverso con muchas identidades a partir del género, la cultura, la etnia, el estatus socioeconómico, la residencia urbana o rural, entre otros aspectos que condicionan su atención.

La autora plantea esto como parte de una equidad en salud, la cual, asume que todas las personas deben tener la misma oportunidad para desarrollar sus potencialidades, por lo que se deben identificar las situaciones de vulnerabilidad, que presenta la población adolescente para asegurar su pleno desarrollo (Peralta, 2003).

Carvajal, H.; Castro, W.; Coghi, A.; Quesada, K. y Mora, M. (2005) en su tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social, denominada ***Factores protectores asociados a la prevención del intento de suicidio en adolescentes de colegios públicos atendidos en la Fundación Rescatando Vidas durante el periodo 2003-2004***, proponen, a partir de la identificación y caracterización de los factores ya mencionados; estrategias de intervención

específicas para el Trabajo Social mediante, las cuales, se fortalezca el trabajo profesional en la atención y prevención del intento de suicidio.

Se rescata la formulación de un proyecto cuyo objetivo es el desarrollo y fortalecimiento de factores protectores internos y ambientales en adolescentes para prevenir el intento de suicidio. Esta propuesta, implica el desarrollo de capacitaciones con dicha población, llevadas a cabo por Trabajo Social.

No obstante, a pesar de que recopila una serie de elementos necesarios para el abordaje de la temática mencionada; no coloca el trabajo profesional con los grupos familiares de las personas adolescentes, lo cual, es un vacío en tanto, dichos grupos pueden o no, configurarse como elementos protectores, siendo necesario el trabajo con los mismos.

Arias, G. (2006), en su trabajo final de graduación para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social, denominado **Un análisis de las políticas de Educación Integral de la expresión de la sexualidad humana y su relación con la prevención del embarazo en adolescentes**, realiza un estudio con el objetivo de identificar omisiones entre la formulación, implementación y resultados esperados y no esperados en la prevención del embarazo en adolescentes, desde las políticas ya mencionadas.

Rescata una serie de vacíos en torno a la atención de la sexualidad de las personas adolescentes, los cuales, plantea que devienen de una política centralizada en el Ministerio de Educación Pública, que niega la participación de otros actores institucionales y de la misma población a la cual se dirige.

A la vez, es rescatable el señalamiento que realiza Arias, G. (2006) en torno a la "(...) visión negativizada de los y las adolescentes como "rebeldes", irresponsables e inmaduros (...)" (p. 190) como una mediación que determina la configuración de las políticas que a esta población se dirigen, y por ende dentro de los procesos de trabajo vinculados a las mismas.

López, K. (2007), en su tesis para optar por el Posgrado en Salud Pública, aborda las ***Representaciones sociales acerca de la adolescencia: Un estudio con población adolescente, madres, padres, docentes y funcionarios y funcionarias de salud en el cantón de Siquirres***; con el objetivo de explicar la contribución de las representaciones sociales acerca de la adolescencia, en la construcción social de la salud de los y las adolescentes en el cantón de Siquirres.

La autora desarrolla su investigación bajo un enfoque de derechos y de ciudadanía que nutre el abordaje de los y las adolescentes desde el campo de la salud pública; para esto tomó como base un estudio cualitativo, de tipo exploratorio descriptivo.

Dentro de sus aportes, contextualiza la adolescencia dentro del modelo capitalista, afirmando que este proceso varía dependiendo a la clase social a la cual se pertenece; además, expone que cada cantón presenta diversas particularidades que no son generalizables al resto del país, mediados por patrones culturales, sociales y económicos que le otorgan una dinámica propia a la población adolescente.

López (2007) concluye que la visión hegemónica de la adolescencia ha sido reforzada y dividida en dos grupos sociales, por un lado “la adolescencia sana” que plantea que todas las personas en esta “etapa” de su vida son totalmente sanas y, por otro “la adolescencia problema” que debe ser corregida por la sociedad adulta y sus diversas instituciones.

Afirma que las representaciones sociales afectan la vivencia de la adolescencia, en tanto las personas adolescentes se visualizan como incompetentes, irresponsables, drogadictos (as), entre otras características que las marginan dentro de una sociedad adulta idealizada como altamente competente; generando prácticas poco saludables por parte de esta población al interiorizar estos estereotipos y asumir los roles socialmente asignados a su grupo de edad.

Ortega, K y Valenciano, K. (2007) en su trabajo final de graduación para optar por el grado de Magíster en Salud pública denominado ***Necesidades en Educación y Prevención de ITS/VIH/SIDA en Adolescentes: Propuesta de Atención para el Primer Nivel del Área de Salud de Guácimo***, realizan un estudio de las necesidades de atención en el campo de la prevención y educación de la salud de la población adolescente, en el tema antes citado.

Se destaca que, las autoras consideran la adolescencia como una etapa de vida ubicada entre los 10 y 19 años de edad, y no como un período de transición. Esto desde un paradigma de derechos en el cual, la persona adolescente constituye un protagonista de su propia vida. De esta manera, entre sus hallazgos se resalta la influencia de las normas sociales y religiosas, así como los estereotipos de género que inciden tanto en la visión que los adolescentes poseen de ellos(as) mismos(as); así como de las personas funcionarias del área de Salud hacia las y los adolescentes.

Aunado a lo anterior, destacan el desconocimiento de los lineamientos y leyes que determinan el accionar del o la funcionaria en salud en relación con la atención de las personas adolescentes. Resultando un ahondamiento de las brechas entre lo que se debería dar y lo que se da en la práctica, siendo las necesidades de atención en salud sexual y reproductiva de la población adolescente, muy distante de lo que los servicios del Equipo Básico de Atención Integral en Salud están en capacidad (humana y técnica) de prestar; reiterando que esto es producto de la estigmatización de la sociedad sobre la adolescencia (Ortega, K y Valenciano, K., 2007)

Proponen, un protocolo de intervención para la realización de visitas escolares u otras actividades con la comunidad, donde las personas funcionarias de estos equipos se acerquen a la realidad de los y las adolescentes y se promueva una visualización de ellos y ellas como sujetos activos y no depositarios de saber.

Solano, A. y Vargas, A. (2008), en su trabajo final de graduación para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería, denominado ***Análisis de los determinantes sociales de la salud y su relación con la deserción de los y las adolescentes de séptimo y octavo año del Colegio Técnico Profesional de la Suiza, Turrialba, en el primer período del año 2008*** realizan un estudio desde el paradigma positivista, en el cual participaron adolescentes excluidos del sistema de educación pública.

Se destacan entre los principales determinantes sociales que caracterizan a esa población, la escasez de recursos económicos, buenas relaciones interpersonales y dificultades para el aprendizaje.

Concluyen que, el proceso de salud enfermedad de dicha población se encuentra influenciado por las relaciones sociales que establecen dentro de su contexto más inmediato, así como que, la educación consiste en un factor protector de la salud integral; por lo tanto, lo que ellas denominan como deserción incide en su situación de salud.

Ávila, J. (2010) en su tesis para optar por el grado de Magíster en Psicología Clínica y de la salud, denominada ***Programa de prevención secundaria de trastornos alimentarios en adolescentes en el Hospital San Vicente de Paul***, elabora un diagnóstico de los trastornos de la conducta alimentaria, de las pacientes de la Clínica del Adolescente de dicho hospital.

Ávila dentro de su investigación expone la necesidad de incluir a la familia como una red de apoyo indispensable para el éxito del tratamiento de las pacientes, en tanto puedan fomentar estilos de vida saludable y estén alertas de los cambios negativos que puedan presentar en su salud.

Asimismo, afirma que el tratamiento de cada paciente debe adaptarse a las características o particularidades que posea, así como a los recursos internos y externos que se visualicen.

Por otra parte, la autora retoma dentro de las recomendaciones la necesidad que mantener un equipo de trabajo interdisciplinario, para lograr procesos de intervención más rápidos y eficientes.

Chinchilla, N. (2013) en su tesis para optar por el grado de Maestría Profesional en Psicología Clínica y de la Salud, denominada ***Práctica Profesionalizante en Psicología Clínica y de la Salud realizada en un grupo terapéutico de adolescentes tempranos del Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia para promover el bienestar psicológico y el desarrollo de conductas preventivas en salud integral***, realiza un estudio para promover el bienestar psicológico en el Grupo Terapéutico de Adolescentes Tempranos del Servicio de Psiquiatría Infanto-Juvenil de dicho hospital.

Dentro de las conclusiones, Chinchilla (2013) afirma que el trabajo en equipo y los aportes interdisciplinarios le permiten al profesional obtener una perspectiva más amplia de la atención brindada, así como un mayor apoyo en las actividades realizadas.

Aunado a esto, la autora rescata dentro de las recomendaciones la necesidad de tratar a la población adolescente como sujetos activos en su proceso de salud, esto en conjunto con una interacción constante de la familia como red de apoyo, por lo que afirma que se debe trabajar con los padres de familia, con la finalidad de que estos puedan aprender cómo ayudar a sus hijos (Chinchilla, 2013).

1.3.2 Sobre personas menores de edad con diagnóstico de cáncer

Chávez, M. y Paniagua, I. (1996), en su tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social denominado ***Modelo de Atención Integral al menor con cáncer y su familia***, realizan un estudio con el objetivo de diseñar un proyecto para la atención integral que facilite a las personas menores de edad con cáncer y a su familia, el proceso de aceptación de la situación que vivencian, así como la incorporación al medio social.

Lo anterior, constituye un aporte para el Trabajo Social en tanto, proponen un proyecto que intenta trascender aquellas limitantes de la atención de salud de la población estudiada, retomando las necesidades de quienes han vivenciado la misma.

No obstante, es cuestionable hasta qué punto se pueden generalizar los resultados arrojados en el diagnóstico realizado en el Hospital de Niños (HNN), para construir una propuesta de trabajo que pueda ser desarrollada en los hospitales México, San Juan de Dios y Calderón Guardia. Dado que el HNN brinda atención especializada para personas menores de edad y específicamente a la niñez; esto a diferencia de los otros hospitales.

Carvajal, E; Cedeño, M. y Vega, M. (1998) en su proyecto de tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología, denominado ***Caracterización física y psicológica de los adolescentes en el Servicio de Onco-hematología y la influencia de su enfermedad a nivel familiar***; realizan una investigación en el Hospital Nacional de Niños con el objetivo de elaborar una propuesta de intervención psicológica asociada al tratamiento médico.

Es rescatable el aporte que brinda el proyecto de investigación en estudio, al realizar una caracterización específica de las situaciones físicas y psicosociales que vivencian las personas adolescentes que se encuentran en tratamiento por el diagnóstico de determinada enfermedad oncológica. Además, develan aspectos por reforzar en la atención brindada por el servicio de Onco-hematología del Hospital Nacional de Niños, entre ellos, el diagnóstico de las personas adolescentes que habitan en zonas rurales y la concientización al personal que brinda atención en el centro de salud sobre la situación.

Umaña, K. (2004) en su proyecto de graduación para optar por el grado de Maestría en Ciencias de la Educación con énfasis en la Educación de Adultos; denominado ***La Educación para la Salud, como mediadora en el proceso de***

tratamiento de los niños, niñas y adolescentes atendidos en el Hospital Nacional de Niños; realiza un estudio con el objetivo de analizar la contribución de la Educación para la Salud en los procesos propios de la adolescencia y niñez atendida en el hospital ya mencionado, esto durante su tratamiento, tanto en el ámbito intra como extra hospitalario.

Cabe destacar que, la autora plantea una discusión en torno al poder ejercido desde el “rol de los médicos”, aspecto denotado a través de su investigación; lo cual es un aporte para el ejercicio profesional de Trabajo Social; en tanto coloca en mesa de discusión el ejercicio del poder a través de la posesión del conocimiento considerado válido, en lo que a atención de la salud refiere.

Otro aporte, es la categoría género como mediación del proceso que vivencian específicamente las madres de las personas menores de edad, con enfermedades oncológicas, la misma que es impactada por construcciones genéricas desarrolladas en su historia de vida.

1.3.3 Sobre los procesos de trabajo de la profesión de Trabajo Social, en el tercer nivel de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social

López, F. y Monge, S. (2005) en su proyecto de tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social, abordan la **Intervención del Trabajo Social con mujeres embarazadas y/o con hijos/as menores de dieciocho meses que viven con el VIH/ SIDA;** con el objetivo de analizar las reacciones de las mujeres embarazadas o con niños/as menores de dieciocho meses, que viven con el VIH/SIDA y la atención que reciben desde Trabajo Social, para el planteamiento de lineamientos generales para la intervención.

Dentro de las conclusiones, se resalta que no existe una atención especializada para las mujeres embarazadas o con niños/as menores de dieciocho meses por parte de Trabajo Social; puesto que, López y Monge (2005), afirman que si bien se

les trata de brindar una atención de calidad, la falta de recurso humano y material limita significativamente poder trabajar de forma particular con esta población.

En este sentido, López y Monge (2005) visualizan que no se cuenta con un proceso de trabajo intra e interinstitucional que facilite la atención y seguimiento, por cuanto existe un recargo de funciones en el tercer nivel de atención, en donde, desde Trabajo Social, se debe asumir la parte preventiva, de capacitación y de atención y no sólo de las mujeres, sino de hombres, mujeres que no están embarazadas, adultos mayores y otros programas externos a esta temática.

Elizondo, S., Gómez, A. y Solórzano, S. (2008) en el seminario de graduación para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social denominado ***Reconstrucción histórica de la intervención del Trabajo Social en el ámbito de la psiquiatría y la salud mental***, realizan un análisis del papel de la profesión en el ámbito ya señalado, durante el período de 1983 hasta el 2007, esto en el marco de los cambios que se han dado en el contexto nacional y en la formación académica.

Como principales resultados de la investigación, se encuentra la visualización del aporte brindado por la profesión a la atención integral de la persona con enfermedad mental, abordando áreas de la salud en el ámbito familiar, comunal, entre otros. A la vez, se señala que la profesión ha propiciado un vínculo entre los centros de atención en salud y la sociedad, en tanto que, los procesos de rehabilitación no se pueden llevar a cabo solamente dentro de determinada institución, sino también incorporando actores externos.

Naranjo, H. y Porras, I. (2008) en la investigación realizada para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social, bajo la modalidad de tesis, aborda ***La intervención de Trabajo Social en la atención de personas adultas en condición de abandono en el Hospital San Juan de Dios***; con el objetivo de analizar el quehacer profesional de los y las Trabajadores (as) Sociales en la

atención de personas adultas en condición de abandono durante el 2006, con el propósito de establecer y/o fortalecer estrategias de intervención.

Las autoras exponen que el trabajo profesional se encuentra inmerso en un aparato estatal que no facilita respuestas efectivas y articuladas a las necesidades de las personas adultas en condición de abandono, lo que complejiza el alcance que la intervención pueda tener en esta materia. Por lo tanto, afirman que la labor de las trabajadoras sociales estuvo inmersa en un contexto de incertidumbre, que limitó el poder brindar una respuesta efectiva, ágil y oportuna a los requerimientos de la población y los intereses institucionales para su reubicación, lo que tuvo repercusiones a nivel personal y profesional en ellas.

Ante esto, las investigadoras denotan que el quehacer profesional se ve mediado por la lógica capitalista, mediante acciones focalizadas que coaptan un verdadero ejercicio de los derechos de la ciudadanía y el traslado de las funciones estatales a Organizaciones no Gubernamentales; lo cual, incide directamente dentro del alcance profesional que se plantea desde el marco de la institucionalidad (Naranjo y Porras, 2008).

Anchía S., Badilla D., Cordero A. y Marín K. (2012) en su investigación para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social, bajo la modalidad de seminario, denominado ***Adolescentes Embarazadas: Un análisis de la prestación de los servicios de Trabajo Social desde los Hospitales: México, San Juan de Dios, Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva, a la luz de la Política Social en Salud dirigida a esta población, durante los años 2011 y 2012;*** analizan la pertinencia de la Política Social dirigida a las adolescentes embarazadas y su expresión en los procesos de trabajo desarrollados por Trabajo Social.

Las autoras plantean dentro de sus reflexiones finales, que las profesionales en Trabajo Social basan su abordaje en varios lineamientos normativos vinculados a

la atención de adolescentes embarazadas; sin embargo, se evidenció que existe un desconocimiento de la totalidad del marco jurídico existente en el país para la protección de dicha población.

A esto se le suman, los cambios estructurales por los que atraviesa la CCSS que incidieron en la desaparición de programas, como el de Atención Integral al Adolescente, que dictaba los lineamientos de atención de la población adolescente en la institución; lo cual, de acuerdo con las investigadoras, es un vacío importante en cuanto a la gestión de política social, investigaciones, material informativo e iniciativas de abordaje para este grupo etario.

Anchía et al (2012), concluyen que no existe una unificación de estrategias de intervención para la atención de las adolescentes embarazadas, pues, en cada hospital se desarrollan diferentes actividades, bajo los modelos de intervención de Trabajo Social (socioeducativo, socio-terapéutico y asistencial); evidenciando divergencias en la dimensión técnica-operativa.

Jiménez, M. (2013) en su trabajo final de graduación para optar al grado de Licenciatura en Trabajo Social denominado ***Trabajo Social y Medidas de Seguridad Curativas: Un abordaje a partir de los procesos de trabajo de la profesión en el período 2000-2011*** realiza un estudio para analizar las funciones y mediaciones que permearon la participación de Trabajo Social en los procesos de trabajo en la atención de personas con medidas de seguridad curativas de internamiento en el Hospital Nacional Psiquiátrico.

La autora destaca en sus conclusiones, un análisis sobre los factores históricos que han incidido en la violencia social, tal como el desarrollo del neoliberalismo, visualizando así, las mediaciones que se encuentran en dicho fenómeno e inciden en la configuración de los servicios estudiados. A la vez, coloca la discusión en torno a la posición de Trabajo Social respecto a otras profesiones como lo son

Derecho y Psiquiatría, aspecto que debe considerarse no sólo en referencia a las dos profesiones señaladas, sino también, en relación con otras como la Medicina.

Plantea también, que al estudiar los procesos de trabajo de la profesión (Trabajo Social) se encuentra la falta de sistematización como una limitante, lo cual deberá abordarse en proyectos futuros.

1.3.4 Sobre el abordaje de Trabajo Social con grupos familiares de personas adolescentes en el ámbito de la salud

González, W y Rojas, R. (2003), en su tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social denominada ***La violencia en la familia desde la perspectiva de los adolescentes varones de la comunidad Cocorí de Curridabat***, realizan un análisis desde la fenomenología en torno a la perspectiva que posee dicha población sobre la violencia familiar y las alternativas de prevención para dicho fenómeno.

Las investigadoras, plantean la necesidad de un abordaje de Trabajo Social con la población adolescente, donde se parta de un fundamento metodológico y técnico operativo de índole participativo; así como se traslade dicho trabajo profesional, del interior de determinada institución hacia el espacio comunitario, con el objetivo de ampliar los alcances y eficacia de su labor.

De esta manera, un aporte del presente estudio lo constituye el hecho de que brinda recomendaciones para el papel de Trabajo Social en relación con las personas adolescentes, las cuales, si bien se dirigen especialmente al trabajo de la violencia familiar; son acertadas también para el abordaje de otros ámbitos, pues, al partir de la participación de ésta población no sólo como receptores de un servicio, sino como constructores del mismo; se reconoce su papel en la sociedad y realización propia.

Barquero, M. (2004), en su tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social, denominado ***Un grito en silencio: algunas características presentes en las familias con adolescentes que manifiestan anorexia y bulimia***, no plantea un objetivo general, más si ocho específicos que derivaron de la caracterización que se conjuga en la dinámica familiar de las adolescentes que manifiestan anorexia y bulimia.

Se rescata el aporte de Barquero (2004), cuando expone que el sistema familiar, la anorexia y la bulimia, tienen la particularidad de que son vividas por una persona, pero su explicación e impacto se encuentran en las estructuras y comportamiento de dicho sistema; señalando la importancia de abordar a la familia para comprender la enfermedad que presenta la persona adolescente.

En cuanto a la madre y padre de la persona adolescente, la autora concluye que son los que toman las decisiones sobre la vida de la adolescente sin consultarle, y sin buscar soluciones a los conflictos entre las partes; reflejando la falta de adaptabilidad al nuevo rol que deben asumir con su hija adolescente, a diferencia de cuando era pequeña.

De modo que Barquero (2004), concluye que es relevante analizar el momento en la vida familiar en el que se manifiestan los desórdenes alimenticios en la adolescente, que pueden estar vinculados a la agudización de alguna problemática relacional dentro del sistema familiar.

Zelada, N. (2005), en su tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social, denominada ***Pensar, sentir, ¿asumir? La paternidad temprana desde la vivencia de los padres adolescentes***, desarrolla una reflexión sobre la construcción de los proyectos de vida de dicha población, desde su vivencia, la influencia de su paternidad, así como las condiciones socioeconómicas.

La investigadora retoma diferentes aspectos para la comprensión de la paternidad temprana en la población participante del estudio, entre ellos se encuentran, los

elementos sociodemográficos y laborales. En este sentido, destaca el reto que representa el trabajo profesional desde la perspectiva de la masculinidad y considerar las vivencias de los hombres, indicando que significó incursionar en un área de investigación poco trabajada desde la Escuela de Trabajo Social, donde comúnmente se ha abordado el género femenino.

No obstante, a pesar de que Zelada, N. (2005), logra incursionar en el trabajo con la población adolescente masculina y abordar sus vivencias respecto a la paternidad; ésta no propone aspectos que deban ser considerados en los procesos de trabajo que la profesión desarrolle con dicha población.

Barboza, A.; Hernández, M., Ugalde, A. y Valverde, X. (2006), en su memoria de seminario de graduación para optar por el grado de Licenciatura de Trabajo Social, abordan los ***Factores socio familiares que propician las ideas de autoeliminación en las y los adolescentes atendidos en el área de salud de San Ramón: bases para una propuesta de intervención desde el Trabajo Social***, con el objetivo de conocer los principales factores socio familiares que propician las ideas e intentos de autoeliminación en los y las adolescentes atendidos en el Área de Salud de San Ramón para la elaboración de una propuesta de intervención desde el Trabajo Social.

Entre los principales aportes de Barboza et al. (2006), se identifican que en la mayoría de las familias de la población sujeta de estudio, la comunicación es poco fluida y clara, como consecuencia de las disfunciones entre otros vínculos familiares asociados al manejo de límites, establecimiento de roles, solución de conflictos; ante lo que sobresale la necesidad de las y los adolescentes de ser escuchados y comprendidos por sus padres.

Las autoras concluyen que la mayoría de los padres de las personas adolescentes entrevistadas, los conciben como personas pasivas a las que tratan de preparar ante los retos de la edad adulta; asumiendo en algunos casos la toma de

decisiones e imponiendo su autoridad, lo que invalida sus necesidades y preocupaciones, como sujetos de derechos con intereses y opiniones propias (Barboza et al, 2006).

A la vez, las investigadoras exponen que los programas y proyectos sociales dirigidos a la población adolescente no se adaptan a la naturaleza y complejidad de las situaciones que experimenta el y la adolescente en riesgo de autoeliminación; puesto que, las y los profesionales que trabajan con esta población carecen de un proceso de intervención con lineamientos claros y definidos que aseguren una atención de forma sistemática, integral y uniforme (Barboza et al, 2006).

Gutiérrez, A. (2009), en su tesis para optar por el grado de Magíster en Trabajo Social con énfasis en intervención terapéutica, aborda el ***Manejo de duelo en las madres y padres que pierden a su hijo en forma inesperada***, con el objetivo de desarrollar y aplicar un modelo de intervención terapéutica, con un enfoque cognitivo conductual, dirigido a madres y padres en proceso de duelo, que han perdido a un hijo o una hija de forma inesperada, con edades entre los 0 y los 19 años, con la finalidad de facilitarles herramientas que apoyen la reconstrucción de las creencias, pensamientos y sentimientos.

El aporte de la investigación, gira en torno a que el trabajo en grupo permitió un panorama más amplio sobre la situación de pérdida y duelo; en el que las personas participantes comprendieron que el duelo es un proceso que se debe vivir en etapas y puede ser visto como una oportunidad de crecer.

Lizano, K. (2009), en su tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social, denominada ***Prácticas y roles de paternidad de un grupo de padres que tienen un hijo o hija con cáncer***, desarrolla su investigación con el objetivo de analizar el impacto que tuvo el diagnóstico de su hijo o hija, en un grupo de padres de ex –pacientes de cáncer, sobre su experiencia como padre y como

hombre así como sobre sus interacciones con su grupo familiar; además de los procesos de intervención desarrollados por las personas profesionales en Trabajo Social en relación con los (as) pacientes diagnosticados (as) y, particularmente, aquellos procesos dirigidos a atender al padre.

Lizano (2009) especifica que los roles patriarcales se evidencian con mayor claridad en la mujeres; posterior el diagnóstico la madre asume el rol de cuidadora principal de su hijo (a), implicando a terceras personas en su mayoría mujeres para ayudar con las otras tareas domésticas.

En el momento de comunicación del diagnóstico de cáncer de un hijo o hija, la autora señala que no sólo implica comunicarles a los progenitores del diagnóstico sino también el protocolo de tratamiento y las posibilidades de supervivencia; pues, se considera como uno de los momentos más estresantes y dolorosos para los progenitores del niño, niña o adolescente; en tanto, genera sentimientos de incredulidad, shock, enojo y tristeza así como también el hacer una asociación inmediata a la muerte (Lizano, 2009).

Pacheco, A. y Rodríguez, A. (2011) en su trabajo final de graduación para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social, llamada ***Estrategias de intervención desde el trabajo social en familias con una persona menor de edad diagnosticada Asperger***, examinan las experiencias cotidianas vividas por las familias que poseen una persona con el síndrome ya mencionado, con la finalidad de diseñar una estrategia teórico metodológica para el abordaje de Trabajo Social con dichos grupos.

Las investigadoras, realizan una caracterización de cuatro grupos familiares habitantes del cantón de San Ramón que poseían al menos una persona menor de edad diagnosticada con síndrome de Asperger, rescatando datos que les permitieron identificar la forma como se configura la cotidianidad de estos grupos. A partir de esos hallazgos, elaboraron una propuesta de red de apoyo para estas

familias, la cual, estaría conformada por diversas instituciones, tales como el Patronato Nacional de la Infancia, Consejo Nacional de Rehabilitación y Educación Especial, Municipalidad de San Ramón, empresas privadas, entre otras organizaciones; las cuales se colocan en tres diferentes niveles de intervención.

Sin embargo, a pesar de que se desarrollan momentos para la conformación de la red, no se explicita el papel de la profesión de Trabajo Social en cada uno de ellos, constituyendo un vacío en tanto, el objetivo de la investigación era proponer estrategias de intervención para el abordaje de esta población por parte de Trabajo Social, lo cual, como ya se mencionó, no queda concretado en dicha red.

1.3.5 Balance

A partir de las investigaciones analizadas se puede denotar que sólo una tesis se desarrolló dentro de la formación de la carrera de Trabajo Social, en el año 1996, respecto al eje sobre las personas menores de edad con diagnóstico de cáncer; la cual, fue realizada por parte de Chávez y Paniagua, denominada *Modelo de Atención Integral al menor con cáncer y su familia*.

De manera que hace más de quince años, que no se elaboran producciones académicas en torno a la participación de la profesión en el abordaje de personas adolescentes con diagnósticos hemato-oncológicos y sus familias.

Sin embargo, Chávez y Paniagua (1996), a pesar de abordar esta temática, no hacen una diferenciación sustantiva en la atención brindada a personas adolescentes, siendo ésta invisibilizada al englobarse dentro de la categoría “personas menores de edad”. Además, se encuentra que el estudio que realizan se ubica en un hospital de atención especializada dirigida a niñas y niños, lo cual, se diferencia del actual estudio, realizado en hospitales nacionales generales que atienden a población adolescente con diagnóstico de cáncer (Hospital México y Hospital San Juan de Dios).

Por lo tanto, se vislumbra que constantemente se tiende a posicionar las personas adolescentes y la niñez, dentro de una misma línea de análisis, sin denotar que poseen particularidades muy distintas como parte de su desarrollo y su inserción en la sociedad, tanto a nivel económico, cultural, social y político.

Lo anterior, es un punto importante en la medida que refleja el vacío existente dentro de las producciones de la Escuela de Trabajo Social; asimismo, dicha investigación parte del desarrollo de un modelo de atención, por lo que no se analiza con detenimiento el trabajo profesional que engloba el abordaje de la profesión, así como tampoco se visualiza que dicho trabajo profesional se enmarca en un proceso de trabajo interdisciplinario que parte del proceso de la atención integral de la salud.

Es en este punto, donde se rescatan las tesis realizadas por López y Monge (2005), Elizondo, Gómez y Solórzano (2008), Naranjo y Porras (2008) y Jiménez (2013), las cuales abordan los procesos de trabajo referidos al Trabajo Social en el tercer nivel de atención de la CCSS. Sin embargo, sus objetos de investigación no abarcan la atención de la salud de las personas adolescentes con cáncer y sus familias.

Cabe destacar que, la investigación que más se relaciona con el objeto de análisis, la constituye la realizada por Anchía, Badilla, Cordero y Marín (2012), quienes analizan los servicios brindados desde Trabajo Social en diversos centros de salud de la CCSS a la población adolescente en estado de embarazo. Sin embargo, el análisis que realizaron se basó en los modelos de intervención de Trabajo Social (asistencial, socio-educativo y socio-terapéutico), aspecto que se diferencia del actual estudio, al no utilizar modelos, sino que se enfatizó en el conocimiento de las dimensiones que sustentan el trabajo profesional realizado como parte de la atención integral de las personas adolescentes con diagnóstico de cáncer y sus familias.

Siguiendo con Anchía, Badilla, Cordero y Marín (2012) se vislumbra que, a diferencia de las demás tesis analizadas, se incluyen las políticas, planes, programas, proyectos, entre otros lineamientos, que determinan el trabajo profesional desarrollado con la población antes mencionada.

En relación con lo anterior, a nivel de producción académica se refleja un vacío en cuanto a la contextualización de las políticas nacionales que permitan comprender el papel que desarrollan o no, los servicios de salud dentro del abordaje especializado para las personas adolescentes; pues como lo afirman Ortega, K y Valenciano, K. (2007), el desconocimiento de las personas funcionarias de los centros de salud, sobre dichos lineamientos incide en la atención brindada.

En el caso de la presente investigación, se recuperaron las políticas, planes, programas y protocolos, al determinar el escenario institucional y político que enmarca la atención de personas adolescentes con diagnóstico de cáncer y sus familias.

En esta línea, se encuentra que López (2007), si bien retoma el fenómeno del adultocentrismo en la adolescencia, no realiza una crítica que permita deconstruirlo, lo cual, evidencia la necesidad de realizar investigaciones que permitan analizar esta visión dentro de los distintos ámbitos de la sociedad, como lo es la formulación y ejecución de políticas, planes y lineamientos dirigidos a la población adolescente.

Barquero (2004) y Barboza et al (2006) retoman las manifestaciones del adultocentrismo dentro del grupo familiar de las personas adolescentes, que incide en la configuración del proceso de adolescencia; aspecto reforzado por Chinchilla (2013), cuando expone la necesidad de considerar a las personas adolescentes como sujetos activos en su proceso de salud, tomando como una red de apoyo a la familia. De ahí que este fuera un aspecto por considerar en la investigación, al identificar la influencia del adultocentrismo en los procesos de trabajo estudiados.

De esta manera, se vislumbra la importancia que futuros proyectos de investigación contemplen las particularidades de dicha población, puesto que median distintos patrones culturales, económicos, sociales y políticos, en la singularización de este fenómeno en la vida cotidiana de cada adolescente; así como en los servicios a los que se dirige su atención.

Aunado a esto Ávila (2010), retoma la necesidad de particularizar la atención de acuerdo a las características de la población con la que se trabaje, visualizando los recursos tanto externos como internos que puedan incidir en su tratamiento. Asimismo, Solano, A. y Vargas, A. (2008), recuperan la importancia de retomar los determinantes sociales que influyen en la situación de salud de la población adolescente.

Como parte de los patrones mencionados en líneas anteriores, se encuentra lo referido al género como un determinante en la constitución y desarrollo de la sociedad y por tanto, de las relaciones que configuran la atención de la salud de personas adolescentes; aspecto retomado por Peralta (2003), Umaña (2004), Zelada (2005), Lizano (2009) y López y Monge (2005).

De acuerdo con la información recopilada, el género se contempla en función de la fundamentación que cada persona profesional entrevistada aseveró adoptar para la realización de su trabajo.

En cuanto al proceso de trabajo en el que se inserta Trabajo Social, se evidencia la necesidad de analizarlo como parte de una atención integral, lo cual es abordado en los aportes de Umaña (2004) y Jiménez (2013) cuando ponen en discusión el rol de otras personas profesionales en el proceso de atención de la salud; con la intencionalidad de comprender las distintas mediaciones que inciden en su configuración.

La presente investigación incorporó este aporte, en tanto el análisis del proceso de trabajo en el que se inserta Trabajo Social, contempla la participación de otras

profesiones, en correspondencia con la atención integral de la salud que propone la CCSS. Aspecto que no fue contemplado por Umaña (2004) y Jiménez (2013), dada la particularidad de cada uno de sus objetos de estudio.

Vinculado al proceso de trabajo en el cual se inserta la profesión, se denota, la existencia de investigaciones referidas al abordaje realizado con grupos familiares conformados por personas adolescentes en el ámbito de la salud, entre ellas las elaboradas por Gonzáles y Rojas (2003), Barquero (2004), Zelada (2005), Barboza, et al (2006); Gutiérrez (2009), Lizano (2009), Pacheco y Rodríguez (2011).

No obstante, únicamente Lizano (2009) enfoca su análisis en el ámbito del trabajo profesional realizado con grupos familiares que poseen una persona menor de edad con diagnóstico de cáncer, puesto que las demás investigaciones se centraron en otros ámbitos de la salud, tales como la anorexia y bulimia, asperger, violencia familiar, paternidad, ideación suicida y duelo.

En concordancia con lo anterior, se refuerza el vacío existente en estudios académicos desarrollados en el abordaje de Trabajo Social con personas adolescentes con diagnóstico de cáncer y su grupo familiar, lo cual se contempla dentro del presente objeto de investigación.

En síntesis, a partir de los hallazgos anteriores se evidencia la pertinencia, relevancia y necesidad de realizar un primer acercamiento al estudio de los procesos de trabajo en los que se inserta Trabajo Social, en la atención de la salud de esta población. Esto con el fin de elaborar recomendaciones y un proceso de retroalimentación, tanto para las personas profesionales así como para los servicios en los cuales se desempeñan.

Por lo tanto, se optó por la modalidad tesis, en la medida que se aportan nuevos conocimientos en el tema ya señalado, ante el vacío de investigaciones que

analicen el trabajo profesional que se enmarca dentro de la atención integral de la salud de la persona adolescente.

Lo anterior pretende ser un insumo relevante dentro de los conocimientos aportados a la profesión y a los servicios hospitalarios donde se desarrolló la investigación, al brindar recomendaciones que pretenden fortalecer la atención brindada.

A continuación se procede a explicitar la justificación del problema, el problema y objeto de estudio, así como los objetivos que guiaron el desarrollo de la investigación, su referente teórico y la metodología.

1.4 Problema y su justificación

Dentro del marco del presente tema, “Trabajo Social en la atención de personas adolescentes con diagnóstico de cáncer y sus familias: un estudio de los procesos de trabajo desarrollados en los Hospitales San Juan de Dios y México, durante el período 2014-2015”, fue necesario delimitar el problema de investigación, con el objetivo de realizar un estudio preciso y coherente con la realidad social.

Para esto, se consideraron los resultados obtenidos en el Estado de la Cuestión, donde se evidenció la necesidad de abordar dicha temática, como parte de la producción de nuevos conocimientos que aporten al análisis, comprensión y ejecución de los procesos de trabajo en los que se vincula la profesión.

Lo anterior, a raíz del vacío que existe sobre el estudio del trabajo profesional realizado por Trabajo Social en la atención de personas adolescentes con diagnóstico de cáncer y sus familias; en el tercer nivel de atención de la CCSS; específicamente en los hospitales San Juan de Dios y México.

En esta línea, se demostró la pertinencia y viabilidad del desarrollo de la investigación, así como su importancia no sólo para los procesos de trabajo en los que se vincula la profesión, sino para la población antes mencionada; al posicionar una temática escasamente abordada, con el fin de incitar al análisis, la creación de alternativas y mejoras en esta atención, validando los derechos de la población adolescente.

La selección de los centros de atención de la salud, en los que se ubica la investigación, respondió al hecho de que estos constituyen hospitales generales, los cuales no cuentan con una atención especializada para personas adolescentes, que pueda dar respuesta a sus necesidades particulares, por lo cual, se demuestra la importancia de elaborar investigaciones que permitan visualizar la manera en que se llevan a cabo los procesos de trabajo dirigidos

hacia esta población y plantear recomendaciones para el fortalecimiento de los mismos.

En el caso de la presente investigación, la comprensión del objeto se enmarcó dentro de los planes, programas, proyectos, lineamientos y protocolos institucionales, específicamente en materia de cáncer y salud adolescente.

Además, se identificaron las dimensiones teórico-metodológicas, técnico-operativas y ético-políticas que subyacen en el trabajo profesional realizado por Trabajo Social, con el objetivo de realizar una reflexión sobre los aportes y desafíos de los procesos de trabajo ya mencionados.

De lo anterior se deriva el siguiente problema de investigación:

Problema

¿Cómo se han desarrollado los procesos de trabajo en los que se vincula la profesión de Trabajo Social, en la atención de personas adolescentes con diagnóstico de cáncer y sus familias, en los Servicios de Trabajo Social del Hospital México y el Hospital San Juan de Dios, durante el período comprendido entre los años 2014-2015?

1.5 Objeto de investigación

Los procesos de trabajo que se ejecutan en la atención de personas adolescentes con diagnóstico de cáncer y sus familias, desarrollados en los Hospitales San Juan de Dios y México, durante el período 2014-2015.

1.6 Objetivos

Objetivo General

Analizar los procesos de trabajo en los que se vinculan las personas profesionales en Trabajo Social, en la atención de personas adolescentes con diagnóstico de cáncer y sus familias, en el Hospital México y el Hospital San Juan de Dios, durante el período 2014-2015; con el propósito de fortalecer dichos procesos.

Objetivos específicos

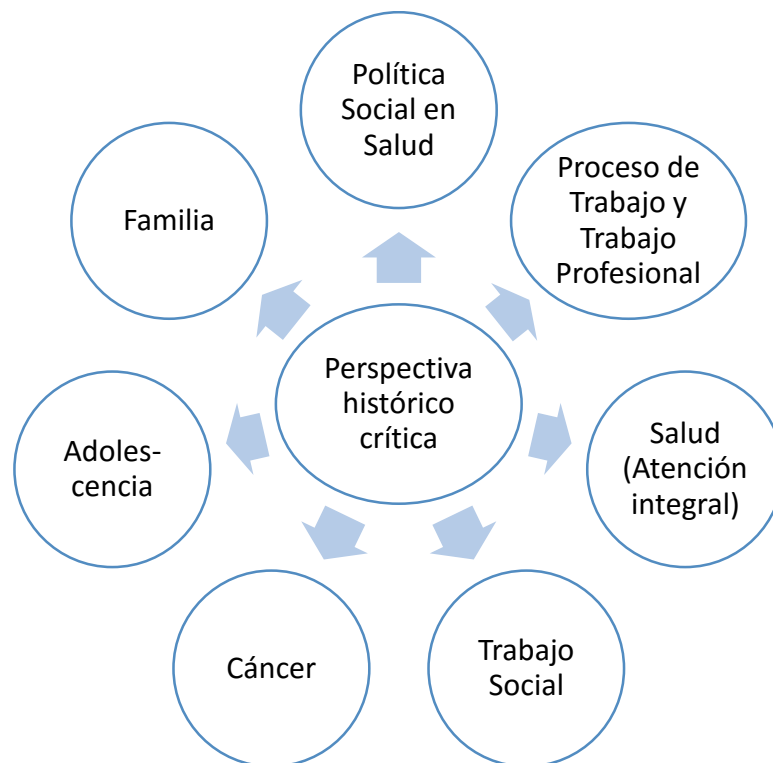
- Determinar el escenario institucional y político que ha enmarcado la atención de personas adolescentes con diagnóstico de cáncer y sus familias, en el Hospital México y el Hospital San Juan de Dios, en el período 2014-2015.
- Reconstruir los procesos de trabajo en los que se vincula la profesión, en la atención de personas adolescentes con diagnóstico de cáncer y sus familias, en el Hospital México y el Hospital San Juan de Dios.
- Reflexionar sobre los aportes y desafíos de Trabajo Social en los procesos de trabajo dirigidos a la atención de personas adolescentes con diagnóstico de cáncer y sus familias en los servicios de Trabajo Social del Hospital México y el Hospital San Juan de Dios.

1.7 Referente teórico

Como parte del presente referente teórico, se retoman categorías atinentes al objeto de estudio, que le confieren un mayor sustento a su análisis desde una perspectiva histórico-crítica; que permita contextualizar el abordaje profesional realizado por Trabajo Social en los procesos de trabajo dirigidos a la atención de personas adolescentes con diagnóstico de cáncer y sus familias, dentro de la CCSS.

Para esto, el análisis partió de las categorías Proceso de Trabajo y Trabajo Profesional, Trabajo Social, Política Social en Salud, Salud, Cáncer, Adolescencia y Familia, como se ejemplifica en el siguiente esquema.

Esquema #1: Referente teórico



Fuente: Elaboración propia (2015).

1.7.1. Proceso de Trabajo y Trabajo Profesional

Karl Marx (1867) define el proceso de trabajo como la producción de valores de uso¹, mediante el desarrollo de la fuerza de trabajo sobre la naturaleza exterior y, por ende, la transformación de la misma. De manera que:

El trabajo es, en primer término, un proceso entre la naturaleza y el hombre, proceso en que éste realiza, regula y controla mediante su propia acción su intercambio de materias con la naturaleza. En este proceso, el hombre se enfrenta como un poder natural con la materia de la naturaleza. Pone en acción las fuerzas naturales que forman su corporeidad, los brazos y las piernas, la cabeza y las manos, para de ese modo asimilarse, bajo una forma útil para su propia vida, las materias que la naturaleza le brinda (p. 116).

En este sentido, el proceso de trabajo contiene una intencionalidad o “finalidad” puesto que antes de iniciarse ya se concibe dentro de la mente de la persona la existencia ideal del resultado de su acción. Por lo que algunos factores que intervienen en el proceso de trabajo son: la actividad adecuada a un fin, su objeto, sus medios, los instrumentos y el producto como condición del mismo (Marx, 1867).

Iamamoto (2003a) retoma los aportes de Marx para analizar el trabajo profesional desarrollado por Trabajo Social, afirmando que no existe un único e idéntico proceso de trabajo, sino diversos procesos gestados dentro de las particularidades de la institución u organización donde se encuentra cada profesional.

La autora enfatiza que dicho proceso no es organizado ni exclusivo de la persona Asistente Social, a pesar de participar en el mismo de forma particular y con

¹ La utilidad de un objeto lo convierte en valor de uso. Pero esta utilidad no flota en el aire. Es algo que está condicionado por las cualidades materiales de la mercancía y que no puede existir sin ellas. Lo que constituye un valor de uso o un bien es, por tanto, la materialidad de la mercancía misma, el hierro, el trigo, el diamante, etc. (Marx, 1867, p .23).

autonomía ética y técnica, por lo cual el o la Trabajadora Social integra su trabajo profesional en conjunto con otras personas asalariadas.

Al respecto, lamamoto (2003a) señala que el trabajo profesional no se debe ver aisladamente como “una práctica profesional”, sino en una constante interrelación con sus condicionantes internos vinculados al desempeño del o la Trabajadora Social, así como con sus condicionantes externos determinados por las circunstancias sociales en las que se desarrolla el accionar de la profesión. Por lo cual:

Una interpretación distinta del ejercicio profesional (...) consiste en enfocar el trabajo profesional como partícipe de los procesos de trabajo que se organizan según las exigencias económicas y sociopolíticas del procesos de acumulación, moldándose en función de las condiciones y relaciones sociales específicas en que se realiza, las cuales no son idénticas en todos los contextos donde se desarrolla el trabajo del Asistente Social (p. 116-117).

Esto implica que el Trabajo Social, se enmarca dentro de un determinado contexto económico, social, cultural y político que media el trabajo profesional, por lo cual se plantea una praxis social² que permita superar la inmediatez presente dentro de ejercicio profesional, interrelacionando la práctica con la teoría como parte de una totalidad necesaria para conocer el ser social.

De manera que, estos referentes son la base de la cual partió el análisis de la atención desarrollada por Trabajo Social en los procesos de trabajo dirigidos al abordaje de personas adolescentes con diagnóstico de cáncer y sus familias; por lo tanto, fue necesario explicitar las dimensiones de la profesión.

² (...) la práctica social no se da a conocer en forma inmediata: el ser social se expresa a través de mediaciones (categorías clave a ser consideradas en el análisis). Deriva ahí la necesidad y la exigencia metodológica de aprehender a la sociedad capitalista en sus múltiples determinaciones y relaciones, como una totalidad. Pero no la totalidad de la razón en la aceptación hegeliana, sino la totalidad histórica de la lucha de clases sociales, en su proceso, en su movimiento (lamamoto, 2000, p. 100).

1.7.2. Trabajo Social

Trabajo Social es una profesión inserta en las relaciones sociales de producción, su trabajo no escapa de las relaciones mercantiles de acumulación. Esto implica que las y los profesionales vendan su fuerza de trabajo como parte de la “clase que vive del trabajo”, con el fin de obtener los medios necesarios para su subsistencia. Al respecto, afirma lamamoto (2000):

El servicio social surge y se desarrolla como profesión en la división social del trabajo con algunas características, a saber: como parte de una estrategia de clase, de un proyecto para la sociedad que preside sus orígenes y su desarrollo, el del bloque en el poder; surge también como un tipo de acción social que es esencialmente política, pero que aparece disfrazada de apariencia de actividades dispersas, burocráticas, discontinuas, de carácter filantrópico, marcadas por el otorgamiento de “beneficios sociales” (p 95).

lamamoto y De Carvalho (1984), señalan que Trabajo Social se afirma en su práctica institucionalizada y legitimada, respondiendo a las necesidades sociales que devienen de una realidad construida por las clases sociales, en la producción y reproducción de sus condiciones de vida y de trabajo.

El trabajo profesional se ubica en una constante contradicción de clases, por lo que la dimensión ético-política, permite direccionar los procesos de trabajo a partir del posicionamiento asumido por determinada(o) profesional en referencia al proyecto de sociedad al que se espera contribuir.

Otra dimensión, la constituye la teórica-metodológica, la cual refiere:

(...) al modo de leer, de interpretar, de relacionarse con el ser social; una relación entre sujeto cognoscente — que busca comprender y desvendar esa sociedad — y el objeto investigado. Se encuentra estrechamente imbricada a la manera de explicar esa sociedad y los fenómenos particulares que la constituyen (lamamoto, 2003b, p. 102).

Esta dimensión implica la reflexión sobre las relaciones sociales que constituyen el movimiento de la realidad y con la cual debe ser congruente el posicionamiento ético-político, esto determina en gran medida el trabajo profesional que realiza el o

la profesional; en conjunto con la dimensión técnica-operativa que, en palabras de Fallas (2010), es el fundamento mediante el que se conforman los puntos de partida metódicos que iluminan la captación intelectual del objeto.

Ahora bien, al estar la profesión inserta en relaciones de contradicción y poder potenciadas por el sistema capitalista, Trabajo Social se posiciona históricamente como mediadora entre el Estado y la sociedad que busca validar sus derechos sociales y civiles.

Dicha categoría debió aprehenderse en sus manifestaciones para el análisis del objeto en estudio, en la medida que inciden en la configuración del trabajo profesional realizado por Trabajo Social, mediante distintos servicios sociales que devienen de la Política Social en Salud gestada desde el Estado, lo cual se presenta más ampliamente a continuación.

1.7.3. Política Social en Salud

Trabajo Social es una profesión que puede insertarse en los procesos de ejecución, formulación y evaluación de la política social. Por esta razón, el objeto de investigación se analiza a la luz de la configuración de la política social de salud, como determinante de su trabajo profesional.

La comprensión de dicha categoría, parte de la política social como un producto histórico que surge aproximadamente a mediados del siglo XIX “como respuesta a las manifestaciones de la cuestión social” (Fernández, 2005, p.156)³, la cual se implementa con la intención de mantener el orden social capitalista y propiciar la

³ Partiendo de la Cuestión Social como “(...) la expresión del proceso de formación y desarrollo de la clase obrera y de su ingreso en el escenario político de la sociedad exigiendo su reconocimiento como clase por parte de los empresarios y el Estado [Rozas continúa desarrollando] en definitiva se puede considerar como la manifestación de lo cotidiano de la vida social, generada en el marco de las contradicciones entre el proletariado y la burguesía (Rozas, 2000, citando a lamamoto, p. 52).

legitimación del proyecto societario impuesto por la clase hegemónica, en determinado contexto.

Pastorini (2000) explica que la política social, además de ser un mecanismo de legitimación de la lógica capitalista y económica, también “(...) refiere principalmente al abaratamiento de la fuerza de trabajo a través de la socialización de los costos de su reproducción y a la intervención en el aumento de la demanda efectiva” (p.214). Si bien, la política social se crea con estos objetivos, no se puede negar que es también producto de una lucha de clases antagónicas, en la cual la clase trabajadora y otros grupos vulnerabilizados, exigen la reivindicación y validación de sus derechos; es así como esta política conlleva funciones de orden social, político y económico.

Respecto a la función social, ésta constituye el aspecto aparential, encubriendo las cuestiones de fondo que en ella se encuentran, sin embargo, esto no significa que los servicios que de ella devienen sean simples instrumentos de clase hegemónica. En cuanto a la función económica, la autora menciona que se presenta cuando contribuye a “(...) contrarrestar el subconjunto, al abaratamiento de la fuerza de trabajo y consecuentemente al aumento de la acumulación ampliada del capital” (Pastorini, 1994, p. 73). La función política se expresa, en tanto son resultado de reivindicaciones sociales y otorgamiento de la clase hegemónica, esto con el objetivo de que se legitime y mantenga el orden social, político y económico imperante en la sociedad capitalista.

Siguiendo lo anterior, Trabajo Social se constituye como una profesión encargada de la ejecución de la política social; no obstante, Iamamoto (2000) expone que las (os) profesionales no sólo son llamadas (os) a la implementación de éstas, sino también “(...) a su formulación, gestión, evaluación de programas, proyectos, que requieren de nosotros nuevas competencias, nuevas exigencias” (p. 30).

Razón por la que es de vital importancia para Trabajo Social la comprensión de la triple funcionalidad de la política social, en tanto determina en cierta medida la intencionalidad del trabajo profesional.

En el caso del presente objeto de análisis, dicha política social se concreta en política de salud pública, materializada en servicios de atención de la salud.

La política de salud, al ser una forma de política social, conlleva intrínseca la triple funcionalidad; es decir, al materializarse a través de servicios de atención a la salud (función social) se propicia un nivel “adecuado” de la misma, lo que garantiza al sistema capitalista una mano de obra en condiciones para explotación (función económica), a la vez que se legitima el orden social establecido (función política).

Lo anterior, fue indispensable para comprender el marco en que se ubican los servicios de salud brindados desde la CCSS, en este caso, la atención dirigida a personas adolescentes con diagnóstico de cáncer. Esto requirió definir la concepción de salud desde la cual se analiza el objeto de estudio, presentada seguidamente.

1.7.4. Salud

Esta categoría fue concebida desde un enfoque integral que permitiera la comprensión del entorno bajo el cual se desarrollan las personas, así como las relaciones sociales que inciden en el proceso de salud, trascendiendo la explicación meramente biológica de los fenómenos, al concebirla como:

(...) una necesidad básica porque sin la debida provisión para satisfacerla los seres humanos estarán inclusive impedidos de vivir. A la vez se constituye una necesidad natural porque afecta a todos los seres vivos, tanto los seres humanos como los animales pero la diferencia se marca en que el ser humano para satisfacerlas requiere de provisiones de contenido humano social (Potyara, 2002, p. 82).

Se destaca que la salud se encuentra mediada por un contexto económico, político, social y cultural que determina el acceso, así como las oportunidades que

poseen las personas para alcanzar un pleno desarrollo de la misma, frente a una lógica capitalista que mercantiliza la salud. Díaz (s, f.) retoma este fenómeno al visualizar la lucha de clases presente dentro de esta categoría; en tanto, la salud se convierte en un privilegio de las clases que poseen los recursos materiales necesarios para acceder a un servicio de salud de calidad, por lo cual se excluye de este “derecho” a los sectores más vulnerables de la población.

Por lo tanto, el proceso de salud-enfermedad se ve mediado por el poder adquisitivo que posea la persona y su familia, sobre todo en caso de enfermedades que impliquen un costo elevado por parte de los servicios de salud, como lo son las enfermedades oncológicas, las cuales, de acuerdo con la particularidad que presenten; requieren un gasto económico considerable de parte del grupo familiar.

Partiendo de lo señalado, es que el objeto de investigación fue abordado desde la propuesta de los Determinantes de la Salud, específicamente en el planteamiento de la CCSS y la UCR (2004a) sobre la conceptualización de la salud en el modelo de atención del Sistema Nacional de Salud.

Al considerar la salud como el producto de complejas interacciones entre procesos biológicos, económicos, sociales y culturales de una sociedad en un determinado momento histórico; se encuentran los siguientes determinantes de la Salud:

- **Determinantes biológicos:** Se incluyen en este grupo los determinantes que le dan al ser humano, la capacidad de reproducirse a través de los procesos biológicos, tales como la gestación, el nacimiento, el crecimiento y el desarrollo; además, se manifiesta la capacidad inmunológica y la herencia de las personas.
- **Determinantes ambientales:** En este grupo de factores, se considera la relación existente entre la persona y su ambiente. Entendiendo por

ambiente no sólo lo físico, sino también, el ambiente laboral, educativo, recreativo y familiar. La incorporación de este determinante permite explicar la salud colectiva y así orientar las acciones, no solamente para restablecer la esfera biológica, sino para modificar aquellos aspectos del ambiente que influyen en forma negativa sobre la salud de las personas.

→ **Determinantes económicos:** Las personas en edad productiva participan a través del trabajo en la producción de bienes y servicios en una sociedad. De acuerdo con sus características, tienen un lugar en la producción y distribución de estos bienes que se producen en la sociedad; o de estar en condiciones de pobreza. Esto determina en gran medida su calidad de vida que influye en aspectos tales como: vivienda, educación, y servicios sociales a los cuales puede tener acceso. Tales indicadores son importantes para conocer las condiciones de vida de los diferentes colectivos sociales y su relación con los patrones de salud y enfermedad.

→ **Determinantes culturales:** Este determinante se considera en tanto, la cultura tiene una concepción de lo sano y de lo enfermo, que condiciona los tipos de atención buscada y las percepciones de las ventajas del tratamiento.

Al estar la salud determinada por múltiples y diversos factores, la atención de la misma debe realizarse desde un enfoque integral, que supere el modelo biologista tradicional. De esta manera se procede a explicitar lo que se concibe desde la CCSS por atención integral.

1.7.4.1 Atención integral

El artículo 17 del Reglamento del Seguro de Salud (1996), propone que la atención integral de la salud comprende las acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación; asistencia médica especializada y quirúrgica, asistencia ambulatoria y hospitalaria, servicios de farmacia, laboratorio clínico y asistencia en salud oral, además de la asistencia social, individual y familiar. Por lo cual, la atención integral se entiende meramente como las “(...) actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud y las prestaciones sociales afines con su desarrollo y mantenimiento (...)” (CCSS, 1996, p.4).

En documentos más recientes, se denota una evolución en el plano conceptual de la atención integral de la salud, en la medida que contempla la necesidad de implementar un enfoque bio-psico-social, como se expone en el Plan Nacional de Salud 2010-2021, el cual afirma que la atención integral de la salud:

Se refiere al abordaje integral del proceso salud-enfermedad que responda al concepto de salud como proceso de construcción social, y a los problemas y necesidades de salud de la población. Incluye actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención de la morbilidad y de las condiciones discapacitantes, con énfasis en las dos primeras. Se considera la persona como sujeto de derechos que requieren atención personalizada, que tome en cuenta el contexto familiar y el comunitario, tanto en aspectos físicos como psicosociales. El enfoque incluye aspectos bio-psico-sociales-espirituales y ecológicos, que requiere del trabajo en equipo interdisciplinario, idealmente trans-disciplinario, y el abordaje intersectorial (Ministerio de Salud, 2010, p.66).

La Subárea de Gestión Técnica de los Servicios de Trabajo Social (2014) afirma que el modelo de Atención Integral que se desarrolla en la CCSS, posee un enfoque biopsicosocial, que pretende asegurar el derecho de las persona a recibir una atención con calidad y equidad; lo cual, se comprende desde la atención brindada en coordinación con los tres niveles de atención, la integración de elementos como institución-persona-familia-comunidad, así como la atención interdisciplinaria de la salud.

La atención integral constituye un abordaje que trascienda la “(...) atención individualizada de corte biologista, en que lo más importante es quitar los síntomas, elaborar un diagnóstico y aplicar un fármaco que cure o alivie la enfermedad.” (CCSS-UCR, 2004a, p.13); incluyendo acciones de promoción, educación para la salud, prevención de la enfermedad, curación y la rehabilitación.

A su vez, esta atención integral considera las necesidades específicas de determinado individuo, familia o grupo:

Por lo tanto, posee características propias del sexo, de la etnia y género; su propia historia de vida; una particular condición social y económica que caracteriza su entorno, sus condiciones de vida y desde ahí, sus particularidades necesidades de salud (Módulo de atención integral, Curso de Gestión Local, 2003; citado en CCSS-UCR, 2004a, p. 13).

Sin embargo, para que dicha atención logre lo anterior, ésta debe caracterizarse, según la CCSS y la UCR (2004a) por la interdisciplinariedad, el trabajo en equipo y la participación social. Respecto a la primera de ellas, se plantea que la atención integral de la salud según el modelo de atención, precisa de la participación de otras disciplinas, que aporten en la atención de la salud sus diferentes puntos de vista.

En concordancia con lo anterior, esta investigación contempla también la participación de otros (as) profesionales que integran la atención de la salud de las personas adolescentes con diagnóstico de cáncer y sus familias; en la medida en que la CCSS expresa que “Esto facilita el conocimiento de la salud y sus determinantes, así como la orientación de las intervenciones en el campo de la salud. No se puede hablar de salud integral sin integración de otras disciplinas” (CCSS-UCR, 2004a, p. 13).

En la segunda característica, se considera que la atención de la salud desde la perspectiva integral, necesita de acciones que van más allá de la atención de la enfermedad o de los aspectos preventivos. De manera que, todas las personas que conforman el equipo de trabajo deban conocer los principios y propósitos del modelo de atención integral.

Como tercera característica, se propone la participación de las comunidades, esto a través de organizaciones, desde las cuales puedan plantear sus necesidades y problemas de salud; con el objetivo de direccionar la atención de la salud a partir de sus demandas.

En esta línea, la atención de la salud en el caso del presente objeto de investigación, se particulariza en el campo del cáncer, específicamente en los diagnósticos hemato-oncológicos, por lo cual se expone un panorama general de éste, vinculante para el análisis.

1.7.5. Cáncer

Según la CCSS (2009a) el cáncer es un término utilizado para definir un grupo de más de 100 enfermedades diferentes en su etiología, comportamiento y respuesta al tratamiento; otros términos relacionados son neoplasias o tumores malignos, que poseen como característica definitoria la proliferación de células anormales debido al fracaso de los mecanismos biológicos básicos de reproducción y reemplazo de células. Esto genera que las células ubicadas en la parte afectada

del cuerpo crezcan más allá de sus límites usuales, invadan tejidos colindantes y se propaguen a órganos o tejidos más distantes, mediante la formación de metástasis, siendo esta, la principal causa de muerte por enfermedades malignas.

De manera que, el cáncer puede ser definido como “(...) un grupo de enfermedades que se desarrollan por una degeneración progresiva de tejidos a raíz de la multiplicación de células malignas que tienen la capacidad de invadir tejidos vecinos haciendo daño o metástasis en otros órganos” (Baptista, citado por Arguedas y Méndez, 2005, p. 18).

El Instituto Nacional del Cáncer (2015a) plantea que esta enfermedad presenta en cada persona una combinación única de cambios genéticos; conforme sigue creciendo el cáncer, ocurrirán cambios adicionales. Por esto, dentro de cada tumor, las células pueden tener cambios genéticos diferentes y “En general, las células cancerosas tienen más cambios genéticos, como mutaciones en el ADN, que las células normales. Algunos de estos cambios pueden no estar relacionados con el cáncer; pueden ser el resultado del cáncer y no su causa” (párr. 15).

La CCSS (2009a) agrega que en el Informe Mundial Sobre el Cáncer se expone que su incidencia puede aumentar en un 50% hasta el año 2020, en el que habría 15 millones de nuevos casos; sin embargo, afirma que los modos de vida saludables y las actuaciones de los gobiernos y de las personas profesionales en el campo de la salud pública, pueden frenar esa tendencia y evitar hasta un tercio de los cánceres en todo el mundo.

Para esto, se señala la importancia de una planificación cuidadosa y las prioridades apropiadas dentro del ámbito de la prevención, detección temprana, tratamiento oportuno y cuidados paliativos, así como el establecimiento de programas nacionales de control del cáncer, para lograr un grado sustancial de control de la enfermedad, aun cuando los recursos sean limitados.

El Ministerio de Salud (2012) alude que la OMS ha demostrado que el cáncer es en gran medida evitable, mediante la prevención del diagnóstico al ser detectados en las primeras fases del desarrollo para ser tratados y/o curados; además, en etapas avanzadas se puede enlentecer su progreso, controlar o reducir el dolor y ayudar a las familias a sobrellevar la carga.

En concordancia con lo anterior, dentro del Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer, se indica que “(...) un tercio de los casos de cáncer se pueden prevenir, al otro tercio se puede detectar tempranamente y tratar eficazmente, y al tercio restante se le debe proporcionar cuidados paliativos” (Ministerio de Salud, 2012, p.12).

Para efectos de la investigación, se partió de la etapa de diagnóstico del cáncer; según la OMS (2007), en ésta se incluyen las diversas técnicas y procedimientos utilizados para detectar o confirmar la presencia de cáncer; posteriormente se realiza la “estadificación del cáncer o ‘staging’”, donde se agrupan los casos en categorías amplias basándose en cuánto se ha propagado el cáncer desde el órgano o sitio de origen, catalogándolo como “Cáncer temprano” (fases I y II) o “Cáncer avanzado” (fases III y IV).

A su vez, el diagnóstico puede clasificarse en dos áreas, una de ellas es la Oncología, mientras que la otra refiere al campo de la Hematología. Esto se debe a que, según el Instituto Nacional del Cáncer (2015) la oncología atiende una parte significativa de los cánceres que forman tumores sólidos, los cuales son masas de tejido. Al contrario de aquellos tratados por la Hematología, siendo estos los cánceres de la sangre, como las leucemias, que en general no forman tumores sólidos.

En cuanto al área de la Oncología, se especifica que este término proviene del griego “onkos” que significa masa o tumor y “logos” asociado a la “razón” o

“explicación”, siendo la oncología la rama de la medicina dedicada al diagnóstico, análisis y tratamiento de los tumores tanto malignos como benignos.

Por su parte, la Hematología comprende una rama de la medicina “(...) cuyo objeto de estudio es la estructura y función de la médula ósea, de los órganos linfoides y el proceso de la hemostasia, así como el diagnóstico y tratamiento de los padecimientos de los mismos” (CCSS y UCR, 2009, p.4)

Dentro de la investigación se analiza el trabajo profesional realizado por Trabajo Social, en el abordaje de personas adolescentes con diagnóstico de cáncer y su grupo familiar; incluyendo tanto los diagnósticos oncológicos como hemato-oncológicos que se presentaron durante el período comprendido entre el año 2014-2015 en el HM y el HSJD.

De modo que, resulta necesario ubicar esta situación de salud como parte de las particularidades que contempla el proceso de adolescencia, el cual se explicita a continuación.

1.7.6. Adolescencia

Esta categoría se nutrió de diversos aportes teóricos en el tema de la adolescencia, para comprender en mayor medida la complejidad que presupone este proceso de la vida, dentro del contexto de la sociedad costarricense.

Se debe mencionar que no existe concordancia a nivel nacional e internacional en el período que abarca el proceso de adolescencia; sin embargo, para efectos de esta investigación, la población adolescente se delimitó como aquella comprendida entre los 10 a los 19 años y 11 meses de edad; de acuerdo con la definición brindada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2007), adoptada por Costa Rica desde la década de los años 80.

Dicha definición, es reafirmada por la CCSS dentro del Programa Nacional de Atención Integral a la Adolescencia (PAIA), el cual cubre el período que va desde los 10 años hasta los 19 años 11 meses y 30 días.

Al realizarse la investigación dentro de dos hospitales pertenecientes a la CCSS, como lo son el HM y el HSJD, se adoptó el rango de edad establecido en los lineamientos y programas institucionales que rigen su atención. A la vez, que se retoman elementos que posicionan a la persona adolescente como un sujeto de derechos.

Al respecto, Donas (2001) concibe la adolescencia desde la necesidad de reconocimiento político-social de la existencia de un grupo adolescente con características propias y necesidades particulares; concibiéndolas como personas sujetas de derecho y agentes potenciales de desarrollo, las cuales no son estimuladas frente a las pocas opciones de expresión que poseen para desmitificar los estereotipos despectivos en torno a este proceso.

En esta línea, se intenta superar la visión de la adolescencia como una etapa de transición hacia la edad adulta, que invisibiliza la relevancia de este proceso dentro del desarrollo de las personas. Al respecto, la Unidad Coordinadora Ejecutora de Programas Materno Juveniles y Nutricionales del Ministerio de Salud de Argentina, afirma que desde un enfoque integral se:

Propone una mirada comprehensiva e integradora que permita entender la adolescencia como un fenómeno multidimensional y diverso, para lo cual se requieren enfoques integrales, es decir, multidisciplinarios, multisectoriales y multiactorales, tanto en las actividades de investigación como en la programación, realización y evaluación de las acciones (s, f., p. 2).

Por lo tanto, aborda la heterogeneidad presente en la población a partir de sus múltiples particularidades; a la vez que posiciona la construcción de la ciudadanía como un eje fundamental que estructura el desarrollo integral de este grupo

poblacional, tanto en su faceta relacionada con los derechos políticos y sociales, como en lo concerniente a sus obligaciones y responsabilidades.

Comprender la adolescencia implica concebirla en estrecha vinculación con el potencial emancipador del ser humano, retomando el desarrollo de la autonomía como un aspecto fundamental para lograrlo. Por lo cual “Pensar en adolescencia, en este contexto, solo es posible como un fenómeno socio-cultural, constituido en una sociedad de clases” (Pescatore, s, f., p. 4-5.).

UNICEF (2001) indica que la adolescencia es una construcción de la sociedad moderna, considerándose a esta población en una etapa pre-productiva de preparación para constituirse en lo que la norma social indica como “un buen ciudadano” caracterizado por ser una persona adulta productiva, con un grupo familiar y que cumpla con las leyes establecidas.

Es en este proceso donde se plantea (UNICEF, 2001) que, detrás de la actitud contestataria que pueda tener la población adolescente, se encuentra la búsqueda de sentidos que superen al modelo planteado por un mundo moderno, brindando más valor a las relaciones de sí mismo(a) con el entorno social, que a los valores implantados por el mercado, siendo estos las relaciones de producción y reproducción.

A su vez, el ente mencionado con anterioridad agrega que, la adolescencia se encuentra en un punto de contacto de al menos dos generaciones, siendo así, una etapa de vida en la cual se valoran las características, vacíos y las promesas no cumplidas por parte de sus familiares y la sociedad en la cual se desarrollan.

UNICEF (2002) agrega:

El proceso es gradual, emocional y, a veces, perturbador. Un joven puede sentirse desilusionado, decepcionado y herido en un determinado momento y, poco después, eufórico, optimista y enamorado.

A la vez que luchan con cambios físicos y emocionales, los adolescentes de hoy deben también hacer frente a fuerzas externas

sobre las que carecen prácticamente de control. Los imperativos de la cultura, el género, la mundialización y la pobreza han empujado a millones de adolescentes de forma prematura a asumir funciones y responsabilidades propias de adultos (p. 4).

Dicha coyuntura social, económica y política de la sociedad moderna, repercute también en los grupos familiares, los cuales realizan cambios en su organización y dinámica; incidiendo en las relaciones sociales de las personas adolescentes con los demás miembros del grupo según el devenir del modo de producción capitalista y su reproducción al interior de la familia.

De este modo, para el análisis del trabajo profesional realizado por Trabajo Social en la atención de personas adolescentes con diagnóstico de cáncer, es necesario visualizar al grupo familiar como un actor fundamental en su proceso de salud-enfermedad; razón por la cual se procede a explicitar la concepción de familia en la que se basa la presente propuesta de investigación.

1.7.7. Familia

La concepción de la familia ha sido objeto de múltiples elaboraciones que responden a diferentes paradigmas y enfoques. Al respecto, Velázquez (2001) apunta que:

Aunque el término familia es usado con cotidianidad, puede dar lugar a varias interpretaciones: para algunos el elemento vital para su definición es la consanguinidad. Otros usan el término apelando a las relaciones cercanas que se dan entre individuos, sin importar los lazos consanguíneos, estado en instituciones, cuyos empleados se consideran una familia (2001, p. 6).

A pesar de las diferentes formas de comprensión de la familia, esta investigación, al fundamentarse desde un paradigma socio-crítico, concibe la familia como aquella institución social en la cual, un conjunto de personas a través de sus relaciones, reproducen la fuerza de trabajo que mantiene al sistema capitalista. A la vez, que cumple funciones de reproducción no sólo de la fuerza de trabajo, sino también del contexto cultural, político, social y económico del cual forma parte, en

tanto es constructora de valores, concepciones, actitudes y habilidades de cada individuo que la compone y de sí misma como colectivo.

Para esto, se tomó como referencia lo planteado por la CCSS y la UCR (2004b) sobre la salud familiar, específicamente en el abordaje de este grupo. Al respecto, mencionan que:

El concepto de trabajo con familias se refiere al establecimiento de una relación de colaboración entre el equipo de salud y la familia para el cuidado de la salud familiar. Consiste, de manera general, en comprender la estructura familiar existente, su desarrollo, su funcionamiento y sus recursos (p.45).

Es así que el abordaje individual aislado del contexto familiar, implica colocar limitaciones en el manejo de las personas usuarias; debido a que la familia es parte de cada persona, desde su nacimiento hasta su muerte y aún después de esta. De este modo, la familia puede ser un factor que condiciona y favorece la aparición de una enfermedad o su complicación en el plano físico, mental o social. Siendo pertinente su consideración como la unidad básica y prioritaria en el abordaje de la atención de las personas.

Vinculado a lo anterior, la CCSS y la UCR (2004b) indican que:

Las personas son conscientes de que cualquier alteración en la salud de uno de los integrantes de la familia, ocasionará preocupación en los demás miembros. Corresponde al personal de salud, educar, liberar dudas y aconsejar con humanismo, tanto al paciente, como a la familia para que aborden de manera adecuada una situación de enfermedad (p.47).

Integrar al grupo familiar en la atención de personas adolescentes con diagnóstico de cáncer, resulta imprescindible en tanto, son sus familiares quienes pueden facilitar la adecuada inserción de la o el adolescente en su ambiente social, académico, entre otros ámbitos en los cuales la familia se configura como principal red de apoyo.

La CCSS y la UCR (2004b) aseveran que el papel que juega el equipo de salud en

el proceso de trabajo con las familias, es el de facilitar las actividades preventivas y de promoción de la salud, así como de las situaciones de cambio, “Un equipo de salud que trabaja con familias contribuye a su salud, en la medida en que les ayuda a mejorar su capacidad de adaptación a situaciones de estrés, facilitando la comunicación entre sus miembros y fortaleciendo la organización jerárquica existente” (p.49).

Considerando lo anterior, esta investigación asume el estudio no sólo del trabajo profesional realizado con las personas adolescentes con diagnóstico hemato-oncológico, sino también, el abordaje de su grupo familiar; en el marco de la atención integral de salud.

1.8 Estrategia metodológica

Para comprender el trabajo profesional realizado por Trabajo Social en la atención de personas adolescentes con diagnóstico de cáncer y sus familias, fue necesario posicionarse a partir de una teoría que permitiera una lectura de los elementos constitutivos de los procesos de trabajo en los cuales se inserta la profesión.

La perspectiva teórica que permitió ese acercamiento con la realidad fue la teoría marxista, al ser una doctrina y teoría social, económica, política y filosófica, derivada de las ideas de Karl Marx y otras personas que han teorizado desde sus planteamientos; la cual, según Jiménez (2013) permite comprender las leyes propias del desarrollo del capitalismo, al establecer el análisis de las fuerzas productivas y relaciones de producción, aspectos que determinan el curso de la historia y, por tanto, el desarrollo político, cultural, e ideológico.

Para lograr la comprensión de estos fenómenos, se partió del método dialéctico, que concibe la realidad social como cambiante y dinámica, llena de transformaciones y contradicciones necesarias para su existencia y reproducción. (Kosik, 1967). Siguiendo a este autor:

(...) la realidad social puede ser conocida en su concreción (totalidad) a condición de que se descubra la naturaleza de la realidad social, de que se destruya la pseudoconcreción y de que la realidad social sea conocida como unidad dialéctica de la base y la supraestructura, y el hombre como sujeto objeto, histórico social (p. 65).

Al partir de la dialéctica, fue preciso un análisis de las relaciones sociales que trascienda la inmediatez y su forma aparental, sometiéndoles a “(...) un examen en el cual las formas cosificadas del mundo objetivo e ideal se diluyen (...) para mostrarse como fenómenos derivados y mediatos, como sedimentos y productos de la praxis social de la humanidad” (Jiménez, 2013, p.49).

Desde el estudio dialéctico del trabajo profesional realizado por Trabajo Social en la atención de las personas adolescentes con cáncer y sus familias, en el marco

de los HM y HSJD; requirió un proceso de análisis que develara las relaciones sociales que configuran los procesos de trabajo, con el objetivo de trascender su forma aparential.

Lo anterior, implicó un proceso dialéctico donde se vislumbraron las principales mediaciones⁴ técnico-operativas, teórico-metodológicas y ético-políticas que permean el trabajo profesional; frente a una lógica capitalista institucionalizada como parte del contexto neoliberal que impera en el Estado costarricense. Esto se reafirma con la siguiente cita de lamamoto (2003b):

La práctica social no se revela en la *inmediaticidad*. El ser social se relaciona por medio de *mediaciones* que interrelacionan forma y contenido, imponiéndose desvendar las formas fenoménicas como formas necesarias, gestadas en la sociedad capitalista para aprender el núcleo de la practica social (p. 250-251).

La práctica deja de ser vista como algo inmediato retomando su carácter histórico, mediante una visión más completa del trabajo profesional que implica la abstracción de las mediaciones que constituyen el objeto de estudio. En este sentido, se pueden comprender como los vínculos establecidos entre las diversas apariencias para descubrir la esencia de un fenómeno, a través del ejercicio dialéctico entre lo singular, lo universal y lo particular.

Esto evidencia la necesidad de concebir la realidad como un todo interrelacionado, donde absolutamente nada permanece estático. Es por ello que se rechaza la simple descripción o apariencia del fenómeno sin ir debidamente a su esencia para lograr una verdadera comprensión del mismo, en la cual:

⁴La categoría mediación posee tanto la dimensión ontológica como la reflexiva. Es ontológica, porque está presente en cualquier realidad independientemente del conocimiento del sujeto; es reflexiva, porque la razón supera el plano de la inmediaticidad (apariciencia) en busca de la esencia, necesita construir intelectualmente mediaciones para reconstruir el propio movimiento del objeto (Pontes, 2003, p. 208).

La totalidad que contiene la falsa conciencia, la pseudoconcreción, lo fetichizado y la comprensión real de la cosa supone que la realidad sea investigada por pares dialécticos: [fenómeno– esencia]; [mundo de la apariencia-mundo real]; [apariencia externa del fenómeno-ley del fenómeno]; [existencia real-núcleo interno, oculto]; [movimiento visible-movimiento real interno]; [representación-concepto]; [falsa conciencia-conciencia real]; [ideología-teoría ciencia] (Molina y Ruiz, 2004, p.3).

Por medio de este pensamiento, se logran identificar las distintas mediaciones que se encuentran alrededor del objeto de estudio en cuestión. De modo que, esta investigación pretendió superar la apariencia de los fenómenos para comprender su esencia; al aprehender la realidad humano-social como un producto del sujeto histórico, al mismo tiempo que este sujeto se revela en esta realidad, como productor y producto, como sujeto y objeto de la misma; esto según Parra (1998).

A continuación, se detallan los elementos que permitieron los diversos acercamientos al objeto de estudio: tipo de investigación, población participante, criterios de selección, y las técnicas e instrumentos utilizadas; partiendo de la propuesta de lamamoto (2003a)⁵ referente al análisis de los procesos de trabajo desde la perspectiva marxista; al plantear la necesidad de aprehender la práctica profesional como trabajo inserto en las relaciones de producción.

Esto responde a la intencionalidad de superar la noción burocrática y rutinaria que supone una institucionalización de la profesión, la cual implica transcender de la concepción de Trabajo Social como un mero empleo, para involucrar la capacidad propositiva del o la profesional “(...) para proponer, negociar con la institución sus proyectos, para defender su campo de trabajo, sus calificaciones y sus funciones profesionales” (lamamoto, 2003a, p.33).

⁵ El desarrollo de la investigación se basó en las categorías señaladas en la propuesta de lamamoto (2003) de la cual se anexa una matriz que expresa las mismas (Ver anexo 1).

1.8.1 Tipo de investigación

En la investigación, se consideró a la población participante y al objeto de estudio como parte de una realidad dinámica, compleja y antagónica; como parte de un determinado contexto, mediado por las tensiones generadas por los distintos actores sociales que confluyen dentro de la atención de la salud adolescente (población usuaria, funcionarias (os), instituciones públicas, sociedad civil, entre otras).

En este marco, la teoría es un elemento indispensable para el análisis y comprensión de la realidad investigada; que trasciende los hechos concretos, al encontrarse sujeta a diversas interpretaciones y significados asignados por cada persona.

Por lo tanto, esta investigación es de tipo *cualitativa*, caracterizada por ser flexible y estar en constante movimiento entre los eventos y su interpretación, así como las respuestas y el desarrollo de la teoría, siendo su propósito “reconstruir” la realidad tal y como la observan los actores de un sistema social previamente definido, de acuerdo a lo planteado por Baptista, Fernández y Hernández (2006).

Esta investigación implicó múltiples acercamientos a la realidad, mediante un proceso dialéctico que permitiera analizar los diversos aspectos que confluyen dentro del proceso de trabajo profesional, en la atención de la salud de personas adolescentes con diagnóstico de cáncer y sus familias.

En este sentido, se analizaron los procesos de trabajo en los que se vincula Trabajo Social en la atención de la población adolescente con dicho diagnóstico y sus familias, desde diversos acercamientos al objeto de estudio, a través de un proceso de “ida y vuelta” que abstraigo las particularidades del trabajo profesional en dicha atención, dentro del HM y el HSJD.

Por lo tanto, el proceso de investigación estuvo permeado por continuas retroalimentaciones entre el equipo investigador, comité asesor, y la población

participante; además, del acercamiento teórico en torno a los resultados que se derivaron a lo largo del estudio.

Esto conllevó una reconstrucción constante de las categorías de análisis, la metodología, así como la elaboración de las conclusiones y recomendaciones; con la finalidad de abstraer las diversas particularidades de los procesos de trabajo dirigidos a las personas adolescentes con diagnóstico de cáncer y su grupo familiar.

1.8.2 Población participante

La población participante se dividió en dos grupos, el primero corresponde a las personas profesionales que pertenecen a los Servicios de Trabajo Social del Hospital México y el Hospital San Juan de Dios, vinculadas a los procesos de trabajo dirigidos a la atención de la salud de las personas adolescentes con diagnóstico de cáncer y sus familias; la selección de dicha población partió de los siguientes criterios:

- Ser profesionales en Trabajo Social
- Trabajar en el Hospital México durante el período 2014-2015.
- Trabajar en el Hospital San Juan de Dios durante el período 2014-2015.
- Vincularse a los procesos de trabajo dirigidos a la atención de personas adolescentes con diagnóstico hemato-oncológico y sus familias, durante el período 2014-2015; desde puestos operativos, de jefatura y sub-jefatura.

Cabe destacar, que dentro de este grupo se incluyó a las profesionales en Trabajo Social que poseen un puesto de jefatura y sub jefatura, dado que su trabajo profesional se dirige, entre otras cosas, a la asesoría de las profesionales a cargo, dar seguimiento y evaluación, brindar directrices propias del servicio que inciden en el trabajo realizado por las profesionales a su cargo.

En este primer grupo, se entrevistó a un total de 11 profesionales en Trabajo Social; 5⁶ de ellas pertenecientes al Hospital San Juan de Dios y 6 del Hospital México.

La selección del segundo grupo, responde a la propuesta de Yamamoto (2003a), al afirmar que el proceso de trabajo no es exclusivo de la profesión, por lo cual, se incluyeron a otros (as) profesionales que integran el proceso de trabajo dirigido a la atención de las personas adolescentes con diagnóstico de cáncer y sus familias; partiendo de los siguientes criterios de selección:

- Trabajar en el Hospital México durante el período 2014-2015.
- Trabajar en el Hospital San Juan de Dios durante el período 2014-2015.
- Laborar en los servicios que trabajen en conjunto con Trabajo Social en la atención de personas adolescentes con diagnóstico hemato-oncológico y sus familias, durante el período 2014-2015.

Dentro de este grupo se entrevistaron 8 profesionales desagregados en diferentes áreas: Hematología, Oncología, Psiquiatría y Cuidados Paliativos; siendo 7 profesionales en Ciencias Médicas, 4 de ellos(as) del HSJD y 3 del HM, así como un profesional en Psicología con especialización en oncología del HM.

Cabe señalar que durante el proceso de investigación no se consideraron dentro de la población participante a las personas adolescentes con diagnóstico de cáncer y sus familias, debido a que el objeto de estudio responde exclusivamente al análisis del proceso de trabajo desde una fundamentación teórica crítica, sin abordar las percepciones de la población usuaria en torno a la atención recibida, elementos que corresponderían a otro objeto de investigación.

⁶ En el HSJD se entrevistaron 5 profesionales en Trabajo Social, no obstante, una de ellas (A-4) se retiró de la investigación en el mes de agosto de 2015, antes de iniciar el proceso de discusión grupal en dicho hospital. Por lo tanto, en la codificación de las entrevistas se continuó con el orden establecido inicialmente

Para la realización del proceso investigativo se procedió a la implementación de técnicas que permitieron el acercamiento al objeto de estudio, las cuales se explicitan a continuación.

1.8.3 Técnicas por utilizar

1.8.3.1 Revisión documental

Para el desarrollo de la presente investigación, resultó imprescindible el uso de la revisión documental, partiendo de ésta, según Flores y Pacheco (1997) como una técnica en la cual, la persona investigadora se apoya en lo explicado por fuentes de información como libros, revistas, periódicos, legislaciones, actas e informes, entre otras.

La revisión se apoyó en documentaciones oficiales de la CCSS, así como otras fuentes bibliográficas, hemerográficas y archivísticas que permitieron la recopilación de información, datos estadísticos, financieros, entre otros documentos pertinentes para el análisis.

Ahora bien, Valles (1999) recuperando los aportes de MacDonald y Tipton (1993), plantea que para la labor de interpretación de los documentos, se requiere el uso de otras técnicas de investigación, por lo cual se detallan a continuación la entrevista semi-estructurada, bola de nieve, discusión grupal y la triangulación de la información.

1.8.3.3 Entrevista semi-estructurada

Se seleccionó la técnica de la entrevista debido a la gran amplitud que brinda al momento de indagar y entender con mayor profundidad las categorías propuestas para desarrollar la presente investigación (materia prima, medios e instrumentos, estructura, trabajo vivo y resultados); al permitir detallar aspectos específicos y generales que se consideraron importantes para la misma, en tanto:

Lo que distingue a la entrevista de otras formas de intercambio de información, de otras conversaciones, es que se realiza con un objetivo

específico, se dirige a temas específicos, se elimina lo más posible de la conversación toda información no relevante para la temática y el flujo de información es casi en su totalidad hacia una de las personas: del entrevistado al entrevistador (Karremans, 1994, p.15).

La entrevista semi-estructurada, se utilizó en la medida que otorga a la persona participante, una mayor libertad para expresar sus opiniones y comentarios, sin que las preguntas condicionen directamente su respuesta. Además, permite que la persona investigadora pueda llevar al mismo tiempo un hilo conductor que guíe la entrevista hacia el tema de interés, a través de un conjunto de preguntas abiertas ya estructuradas.

En el caso de la presente investigación, se realizaron tres tipos de entrevistas semi-estructuradas, cada una con el correspondiente consentimiento informado (ver anexo 2).

Dichas entrevistas se basaron en diferentes guías de entrevista, la primera correspondió a la entrevista semi-estructurada para las profesionales en Trabajo Social (Ver anexo 3), la segunda a la entrevista semi-estructurada para las jefaturas y subjefaturas de los servicios de Trabajo Social de cada uno de los Hospitales (Ver anexo 4); mientras que la tercera a una entrevista semi-estructurada para las y los profesionales que participan en el abordaje de personas adolescentes con diagnóstico de cáncer y sus familias, en conjunto con el servicio de Trabajo Social de cada uno de los hospitales (Ver anexo 5).

De manera que, esta técnica facilitó la obtención de información sobre el punto de vista y la experiencia de la población participante en la investigación, sin que esto limitara sus respuestas en relación al tema de interés. A la vez, la información recopilada se transcribió con el objetivo de respaldar la misma y ser insumo para el desarrollo de las demás técnicas.

1.8.3.4 Bola de Nieve

Esta técnica de investigación consta principalmente, según Salamanca y Martín-Crespo (2007) en solicitar a las personas informantes que recomienden a posibles participantes que puedan brindar información clave acerca del objeto de estudio. La selección de dicha técnica respondió a su caracterización como un método práctico y eficiente, “(...) además, gracias a la presentación que hace el sujeto ya incluido en el proyecto, resulta más fácil establecer una relación de confianza con los nuevos participantes, también permite acceder a personas difíciles de identificar” (párr. 11).

A partir de las entrevistas realizadas a las profesionales en Trabajo Social se visualizaron los servicios, así como los(as) profesionales con quienes trabajan en conjunto en la atención de personas adolescentes con diagnóstico de cáncer y su grupo familiar. Con base en los datos suministrados, fue la jefatura de cada Servicio de Trabajo Social quien avaló la entrevista a estas personas.

1.8.3.5 Discusión grupal

La técnica de discusión grupal, se seleccionó debido a su pertinencia para desarrollar procesos de discusión entre la población participante de la investigación, específicamente con las profesionales del servicio de Trabajo Social de cada hospital en particular. Dicha técnica consiste en:

(...) una técnica de investigación grupal, es cualitativa, es decir su objetivo es entender problemas sociales concretos, es grupal, estudiará a más de una persona y como herramienta básica diremos que se basa esencialmente en el diálogo y conversación entre las personas (Corredera et al., 2010, p.5).

Se realizaron constantes discusiones grupales por parte del equipo investigador, así como con el comité asesor universitario a lo largo del proceso de investigación. Lo que se pretendió con éstas, fue la construcción de conocimiento acerca del objeto en cuestión, a través del panorama de las opiniones y experiencias que se gestan alrededor del mismo.

Una vez culminado el proceso de entrevistas, se desarrollaron discusiones grupales con los servicios de Trabajo Social contemplados en la investigación. Para esto, fue la jefatura de cada servicio quien seleccionó a las profesionales que asistirían a esta actividad, por razones de organización en sus procesos de trabajo.

En el H.M. se llevó a cabo a finales del primer semestre del año 2015 y se contó con la participación de la jefatura y sub-jefatura, así como con la Licda. Hannia Naranjo Córdoba (tutora institucional). Mientras que, en el HSJD se desarrolló a principios del segundo semestre del mismo año, participando todas las profesionales que fueron parte de la muestra (4 en total).

Estas discusiones grupales, consistieron en una devolución preliminar en torno a los resultados derivados del proceso de investigación; con el fin de propiciar una retroalimentación del análisis de la información obtenida.

1.8.3.6 Triangulación de la información

La selección de esta técnica respondió a la necesidad de analizar los datos recolectados mediante las técnicas señaladas anteriormente, a partir de distintas perspectivas, con el objetivo de aumentar la validez de la información obtenida acerca del objeto de estudio, además:

Esto lleva a ser posible el análisis, donde se relaciona y compara el discurso formal con la perspectiva de las y los informantes claves y se analizan los datos obtenidos a la luz del sustento teórico conceptual de las investigadoras, esto con el fin de identificar inconsistencias, incongruencias, contradicciones, y develar mediaciones (González, Sánchez, Vásquez, 2011, p.54).

La triangulación analizó la información brindada por las profesionales en Trabajo Social durante la realización de las entrevistas y la discusión grupal en cada hospital; así como los datos aportados por las personas que laboran en servicios que integran los procesos de trabajo dirigidos a la atención de adolescentes con

diagnóstico hemato-oncológico y sus familias. A esto se agrega el análisis de los documentos institucionales de la CCSS.

El desarrollo de esta técnica, se materializó mediante las discusiones grupales del equipo investigador en conjunto con el comité asesor universitario (específicamente la directora); basada en las categorías señaladas en la propuesta de Yamamoto (2003a), las cuales comprenden materia prima, medios e instrumentos, estructura, trabajo vivo y resultados de dicho trabajo.

Materia Prima, hace referencia al objeto de trabajo de la profesión, en este caso, las situaciones que presente la población adolescente con diagnóstico de cáncer, por las que requiere la atención social; lo cual se vincula con la categoría de Medios e Instrumentos, al ser estos aquellas condiciones que permiten desarrollar su trabajo profesional con dicha población (medios materiales, financieros, humanos, entre otros).

Dichas categorías se enmarcan dentro de una estructura determinada, como lo es la CCSS, particularizando en los hospitales México y San Juan de Dios; con el fin de determinar cómo este tipo de estructura incide en los procesos de trabajo en los cuales se inserta el trabajo vivo, realizado por las trabajadoras sociales contemplando las diversas funciones que se cumplen en los ámbitos operativo y gerencial de cada servicio. Por último, la categoría de resultados, hace referencia a los productos del trabajo vivo que materializan la finalidad de la institución a través del posicionamiento de cada profesional.

1.8.4 Momentos de la Investigación

El desarrollo de la investigación se concretó en diversos momentos o fases en constante interrelación como parte del proceso dialéctico, que orientó su elaboración. Por lo tanto, éste no se constituyó en etapas independientes entre sí, sino como un proceso dinámico de reflexión que implicó la utilización de las técnicas explicadas anteriormente.

1. Diseño de Trabajo Final de Graduación:

El primer momento lo constituyó el diseño de Trabajo Final de Graduación modalidad Tesis, para el cual se realizó una exhaustiva investigación bibliográfica y documental, en torno al tema de estudio “Trabajo Social en la atención de personas adolescentes con diagnóstico de cáncer y sus familias: un estudio de los procesos de trabajo desarrollados en los Hospitales San Juan de Dios y México, durante el período 2014-2015”; asimismo, se realizaron entrevistas a informantes claves, entre ellos profesionales con conocimiento en el tema.

El producto de este primer momento, es el resultado de un constante proceso de “ida y vuelta” que implicó la reelaboración de los diversos componentes de la propuesta de investigación, a través de los acercamientos al objeto de estudio desarrollados en conjunto con el Comité Asesor Universitario, Comité Ético-Científico de la UCR, tutoras institucionales y el Comité Ético Científico Interinstitucional (CECI) de la CCSS.

Este momento conllevó espacios de reunión y discusión grupal, sostenidos en ambos hospitales, para la reconstrucción de los instrumentos utilizados en el trabajo de campo, con la participación de la directora del Comité Asesor Universitario, las jefaturas y sub jefaturas de cada servicio de Trabajo Social, así como discusiones entre el equipo investigador.

El producto correspondiente al diseño de trabajo final de graduación, se consolida en el primer capítulo del documento, el cual contiene:

- La reconstrucción del Estado del Arte: en el cual se presenta un análisis de investigaciones realizadas a nivel de grado y postgrado desde diversas Unidades Académicas que refieren a la temática en estudio; a partir de los siguientes ejes: “Sobre la Salud Adolescente”, “Sobre personas menores de edad con diagnóstico de cáncer” y “Sobre los procesos de trabajo de la profesión” y “Abordaje de trabajo social con grupos familiares de personas adolescentes en el ámbito de la salud”.

- Objeto y Problema de Investigación y su respectiva justificación: dichos elementos delimitados a partir de los hallazgos obtenidos dentro de Estado del Arte y del interés de las investigadoras, respaldado en la revisión bibliográfica y las entrevistas realizadas.
- Objetivo general y los objetivos específicos que guiaron la propuesta de investigación.
- Aproximación teórica y referente conceptual: Se expone la teoría marxista que fundamentó el análisis, así como las categorías conceptuales pertinentes para la elaboración de la investigación.
- Estrategia Metodológica: constituye el abordaje metodológico y técnico-operativo basado en la propuesta de lamamoto (2003a), atinente para el análisis del objeto.

2. Recopilación y análisis de la información:

Una vez aceptada la propuesta de investigación se presentó un segundo momento en el cual, a través de la revisión documental, entrevista semi-estructurada, discusión grupal y triangulación de la información, se generaron diversos acercamientos al objeto en estudio, recuperando elementos que permitieron dar respuesta al problema investigación.

El trabajo de campo, se llevó a cabo de forma simultánea en ambos hospitales, por parte de las investigadoras; facilitando la recopilación de la información y el análisis de la misma, desarrollado durante el período comprendido en los meses de abril a julio del año 2015.

Esto implicó un constante movimiento de “ida y vuelta” en torno al objeto de investigación, con la supervisión del comité asesor universitario a través de la presentación de informes periódicos que plasmaran los avances obtenidos en el proceso, permitiéndoles brindar recomendaciones para el replanteamiento de aquellos aspectos por mejorar. Además, de los aportes brindados por la población

participante en los espacios en que se desarrollaron las entrevistas semi-estructuradas (sugerencias en torno a la revisión bibliográfica, guía de entrevista, planteamiento de recomendaciones y conclusiones).

Cabe destacar que, dentro la recopilación y análisis de la información, se realizó una pre-devolución de los resultados de obtenidos, como parte de las discusiones grupales planteadas con las Trabajadoras Sociales que conformaron la población participante.

La realización de la devolución de resultados previos, aportó en el tanto permitió superar los posibles sesgos derivados de la interpretación y análisis de la información recuperada en el proceso de entrevistas. A su vez, constituyó un momento de retroalimentación que permitió re-construir en conjunto los hallazgos encontrados; al brindar elementos que ampliaron la triangulación de la información a través de los conocimientos adquiridos por las Trabajadoras Sociales tanto en su formación académica como en su cotidianidad profesional.

En este sentido, el desarrollo del proceso de estudio evidenció la necesidad de reestructurar el planteamiento del tema y título; objeto, problema y objetivos de investigación, debido a que, en el transcurso de la investigación se logró una mayor aprehensión de los elementos constitutivos del objeto; aspectos que fueron validados por el comité asesor universitario.

3. Elaboración del informe de investigación:

A partir de los resultados obtenidos del proceso de recopilación y análisis de la información, se procedió a la elaboración del informe de investigación; dichos resultados se derivaron de las categorías propuestas por Yamamoto (2003a) para comprender el desarrollo del trabajo profesional de Trabajo Social en los procesos de trabajo dirigidos a la atención de personas adolescentes con diagnóstico de cáncer y sus familias, esto desde el HM y HSJD.

Estos resultados fueron abordados a la luz del escenario institucional y político que direcciona dichos procesos de trabajo dentro de la CCSS; a la vez que se reflexionó acerca de los aportes y limitaciones que posee la profesión en dicha atención.

Lo anterior implicó la utilización de la triangulación de la información recuperada en las entrevistas semi-estructuradas, revisión documental y discusión grupal; a través de un proceso de abstracción que sintetizara el movimiento entre lo propuesto teóricamente y lo obtenido en el trabajo de campo, visualizando las particularidades que se gestaron en el objeto de estudio.

Particularidades que fueron rescatadas en la reconstrucción de los procesos de trabajo dirigidos a la atención de personas adolescentes con diagnóstico de cáncer y sus familias, así como en el análisis de los aportes y desafíos de Trabajo Social; derivando conclusiones y recomendaciones orientadas al fortalecimiento del trabajo profesional.

Cabe destacar que, el proceso de elaboración del informe de investigación se desarrolló paralelamente a la obtención de la información, a través de una constante interrelación con el objeto de estudio, por medio de las técnicas ya mencionadas; ubicándose en el período comprendido entre los meses de mayo y julio del año 2015.

4. Devolución de resultados:

Si bien es cierto el objeto de investigación se encuentra inserto en la realidad social, lo cual implica que no se termina cuando acaba la investigación, este proceso académico culmina con la devolución de los resultados, tanto en la academia, así como en los centros institucionales donde se desarrolló el proceso investigativo.

Para esto, se requirió la aprobación del producto final de la investigación por parte del Comité Asesor Universitario, incorporando las observaciones que se consideraron necesarias.

Posteriormente, se hizo entrega de un documento impreso concerniente a la investigación, a cada uno de los servicios de Trabajo Social que conformaron la muestra.

5. Defensa del Trabajo Final de Graduación

Una vez culminada la investigación, se procedió a la defensa del Trabajo Final de Graduación, en el mes de octubre de 2015. Para este momento se requirió el aval del Comité Asesor Universitario.

Capítulo II: Contexto histórico institucional

En este capítulo se integra un primer apartado referente a la C.C.S.S. como un panorama institucional que permite ubicar los Hospitales México y San Juan de Dios, así como los Servicios de Trabajo Social, presentes en cada uno de ellos.

Posteriormente, se expone una caracterización de dichos hospitales, así como una breve reseña en torno al surgimiento de los Servicios de Trabajo Social de cada uno de estos, como parte de la contextualización de la atención de personas adolescentes con diagnóstico de cáncer.

2.1 Caja Costarricense de Seguro Social

Esta institución fue creada el 1 de noviembre de 1941, mediante Ley N° 17, como una Institución Semiautónoma durante la administración del Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. Siendo en el año de 1943 cuando se constituye en una Institución Autónoma, destinada a la atención del sector de la población obrera, mediante un sistema tripartito de financiamiento.

Para el año 1961, mediante la Ley N° 2738, se aprueba la Universalización de los Seguros Sociales a cargo de dicha institución. Traspasándosele en 1973, por medio de la Ley N° 5349, los hospitales administrados por el Consejo Técnico de Asistencia Médico Social y financiados con fondos provenientes de la Junta de Protección Social y el Estado (CCSS, s, f.).

De modo que, para 1982 se inicia el proceso de integración de servicios entre dicha institución y el Ministerio de Salud. Asumiendo la CCSS en 1993, de manera integral la prestación de servicios a las y los ciudadanos (promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación).

Cabe destacar que la CCSS, se encuentra organizada en tres niveles administrativos y tres niveles de atención. Según la CCSS y la UCR (2004a), respecto a la organización administrativa, la constituyen el nivel nacional o central (con carácter principalmente político, normativo y financiero), el nivel regional (en él recaen funciones de administración, coordinación y supervisión de los recursos

del nivel regional y local), así como el nivel local (encargado de operacionalizar planes y programas provenientes de los niveles anteriores).

En relación con los niveles de atención, el primero de ellos que refiere a la prestación de servicios básicos de salud, el cual se desarrolla principalmente por medio de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud. Al segundo nivel le corresponde brindar atención de carácter ambulatorio y hospitalario de acuerdo a especialidades básicas y algunas subespecialidades.

Mientras que, el tercer nivel de atención (en el cual se ubica la investigación desarrollada), “provee servicios ambulatorios y de hospitalización más complejos en las especialidades y subespecialidades del segundo nivel de atención y en todas las demás subespecialidades (...)” (CCSS y la UCR, 2004a, p. 27). Actualmente, el sistema de salud cuenta con 29 hospitales, entre ellos el Hospital San Juan de Dios y México, los cuales pertenecen a este tercer nivel de atención.

2.2 Antecedentes históricos del Hospital San Juan de Dios y surgimiento de la atención pública de la salud en Costa Rica

Durante el siglo XIX, las primeras formas de atender la salud de la población costarricense fue a través de Juntas de Higiene, con participación principalmente en la atención de la lepra y el cólera. Es hasta el año 1845, en que se realiza la fundación de un Hospital General de la República con el nombre de San Juan de Dios; durante el mandato del Dr. José María Castro y bajo la justificación de “abrir a la ciencia médica apenas naciente en nuestro suelo un campo de elevación y progreso y un refugio a la humanidad doliente” (CCSS, 2013).

Naranjo y Porras (2008), indican la existencia de limitaciones a nivel humano y financiero, para el buen funcionamiento del hospital, “Es por esta razón, que en 1849 el Dr. Castro Madriz impulsó la creación de la Lotería Nacional, cuyas ventas serían destinadas al financiamiento del HSJD; administrado por la Junta de Caridad, conformada por personas distinguidas de la comunidad” (p.126). No

obstante, se continuaron sufriendo crisis económicas, ante la insuficiencia de los recursos; razón por la cual se creó la Junta de Protección Social de San José, como el ente encargado de velar por la dotación de recursos al hospital.

No es sino hasta el año 1928, con la creación del Ministerio de Salud, que el Estado comienza a intervenir directamente en la atención de la salud de las personas, situación que se refuerza en 1941, con la creación de la CCSS y el fortalecimiento de los recursos de este ministerio (Naranjo y Porras, 2008).

Cabezas y González (2005) identifican tres etapas por las cuales la atención de la salud pública en el país, así como el HSJD han transitado, amoldándose a las características filosóficas e ideológicas promovidas por el Estado costarricense, en relación con los procesos de atención médica y de estructuración del sistema de salud costarricense.

La primera de estas etapas, lo constituye el período de caridad, iniciando el hospital sus primeras labores, hasta aproximadamente la última década del siglo XIX; caracterizada por el principal apoyo obtenido de la Junta de Caridad de San José (conocida como de Junta de Protección Social de San José a partir del año 1936), siendo una "(...) organización altruista que se funda también en 1845 con el objetivo de administrar, promover y proteger las acciones del Hospital, y conformada a través de los años por bienhechores ciudadanos en su mayoría solventes económicamente y vinculados a la política (...)" (Cabezas y González, 2005, p. 9).

Los autores mencionados con anterioridad, indican que esta influencia de la caridad en el HSJD no sólo se expresa a nivel de recursos económicos, sino también, en lo referente a los recursos humanos que le permitirán en este momento histórico, desarrollar la atención de la salud. Se destaca que las primeras personas funcionarias que ingresaron a trabajar en diferentes oficios, no tenían ninguna preparación, salvo las buenas intenciones de colaborar con la

atención de las personas usuarias. Ante esto, la Junta de Caridad firma en Guatemala el contrato en que se estipulaba que las Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paúl se harían cargo de este hospital, situación que se mantendría desde 1873 y por más de un siglo de manera indisoluble.

Es hasta en la última década del siglo XIX que inicia el período de la Beneficencia, segunda etapa que se limita a las tres primeras décadas del siglo XX. Cabezas y González (2005) indican que se denomina de Beneficencia debido a que, los principales recursos para la manutención del hospital provinieron de lo recaudado por la Lotería Nacional, cuando en 1909, por medio de un Decreto Ejecutivo se dio potestad a la Junta de Caridad de distribuir y otorgar el dinero de la Lotería Nacional al San Juan de Dios. Recursos que se sumaron a las formas benéficas que apoyaban al hospital desde el siglo XIX.

La beneficencia se denota también, en la atención de la salud pública desde un enfoque de la Sanidad, con un interés indirecto del Estado costarricense “(...) en tratar de coadyuvar en mitigar varios problemas de salud a través de algunos aportes y otras medidas reguladoras, y que tendrían como punto de partida el concurso del Hospital San Juan de Dios” (Cabezas y González, 2005, p.12). Es así que, durante este período el Estado va a tomar algunas acciones de tipo sanitario, además de que el hospital logró su consolidación como institución médico-científica debido a un lento avance en especialización y diferenciación de salones.

Una tercera etapa es el período de Protección Social, el cual inicia a mediados de la década de 1930 y concluye en 1977. Cabezas y González (2005) indican que esta etapa tiene su partida a través de la creación de la Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social en 1927 y con la cual el Estado asume la rectoría y el control de la salud pública costarricense.

Agregan estos autores, el impulso de la reglamentación sanitaria, normas para la protección de la salud, las campañas y luchas preventivas, creación de diversas unidades asistenciales, direcciones y consejos asesores, fiscalización de hospicios y centros hospitalarios, control de alimentos y medicamentos, servicios de inspección, veterinaria en salud, laboratorios especializados, ingeniería sanitaria y control epidemiológico, por mencionar algunos aspectos, sin olvidar de la creación del Sistema Hospitalario Nacional.

A nivel hospitalario, Cabezas y González (2005) mencionan que la influencia conceptual se daría a través de la misma política de protección social. La Secretaría afectaría a las tradicionales Juntas de Caridad, al determinar que las mismas debían cambiar su nombre, y adecuar y homologarse a las circunstancias de los tiempos. Ante esto, los principios teóricos-filosóficos de la Caridad y la Beneficencia dan paso a la Asistencia Social, la Protección Social y una organización médico-asistencial en donde empezaban a despuntar las especialidades médicas y otros campos en función de mejorar las condiciones económico-sociales, laborales y de salud en general. Aspecto que se expresa en el cambio de nombre que la Junta de Caridad de San José asumirá en 1936, siendo el de Junta de Protección Social de San José.

La más reciente etapa por la cual transcurre el HSJD y la atención pública de la salud, refiere al período de Seguridad Social, introducida en Costa Rica en el año 1941 con la llegada a la Presidencia de la República del Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia (ex-cirujano del Hospital San Juan de Dios), y a la vez formando parte de las Garantías y la Reforma Social propugnada por su gobierno. En este marco, es que se realiza el traspaso del hospital a la CCSS.

Indican Cabezas y González (2005), que el traspaso fue un hecho que encontró oposición en diversos sectores. Uno de estos, un grupo de médicos y otras personas funcionarias del hospital que no estaban anuentes a participar dentro de un sistema social supervisado, contrastando con la visión asistencial que se

poseía desde tiempo atrás. Además, con el traspaso, la influencia política del hospital se vería limitada, en tanto, este centro ya no sería el único líder de la protección social, sino que pasaba jerárquicamente a formar parte de una generalidad, dentro de la organización de servicios médicos de la CCSS.

Por otro lado, para algunas autoridades de la institución el mandato de traspaso era muy atropellado y sin estudios técnicos y económicos complejos, más aún que la manutención del hospital (y el Hospital Nacional Psiquiátrico) iba a representar un gasto sumamente elevado, por lo que no estaban preparados para asumirlo, además de que la mayoría de las ganancias que dejaba la Lotería Nacional tampoco pasarían a engrosar en su totalidad los fondos de la Institución aseguradora (Cabezas y González, 2005).

No obstante, los autores mencionados, señalan que la decisión del traspaso fue un asunto eminentemente político que encabezó el Ministerio de Salud, pensándose en que los cambios propuestos representaban la mejor opción para los intereses nacionales. Si bien en el año 1974 se establece el contrato para el debido traspaso, no fue sino hasta en el año 1977 que definitivamente el HSJD queda integrado al sistema de la CCSS. Desde entonces, los principios de unidad, igualdad, universalidad, justicia y equidad marcan la senda de este centro de salud como Hospital Nacional clase A, atendiendo directa e indirectamente a los diferentes tipos de personas aseguradas provenientes de los cantones del sur de San José.

Considerando los hechos anteriores, Vargas (2007) citado en Naranjo y Porras (2008), plantea dos aspectos fundamentales en la historia del HSJD. El primero de ellos se vincula al hecho de ser considerado como un símbolo de caridad, por las acciones de beneficencia que sustentaron su creación. Como segundo aspecto, la relevancia que tuvo en el desarrollo de la medicina y la formación profesional en Costa Rica.

Actualmente, según datos de la CCSS (2013), dicho hospital mide 62 mil metros cuadrados, cuenta con cerca de cuatro mil personas funcionarias, 50 especialidades médicas y quirúrgicas, 12 servicios de apoyo al diagnóstico y 16 áreas administrativas.

A la vez, atiende una población de 1.551.150 habitantes (766.496 son hombres y 784.654 mujeres), de las zonas de: Desamparados, Alajuelita, Mora-Palmichal, Aserri, Mata Redonda – Hospital, Escazú, Santa Ana, Pavas, Puriscal -Turrubares, Hatillo y la Región Brunca (Corredores, Coto Brus, Golfito, Osa, Buenos Aires y Pérez Zeledón). Anualmente, el Hospital San Juan de Dios tuvo 27.460 egresos hospitalarios y 253.858 consultas externas médicas (CCSS, 2013).

Respecto a la atención del cáncer brindada por el hospital, la CCSS (2001) señala que es en el año 1962, que se crea el Servicio de Oncología de Mujeres del Hospital San Juan de Dios y en 1965, el servicio de hombres, bajo la dirección del Dr. Carlos Manuel Gutiérrez Cañas. Mientras que, en 1981, se crea la Unidad Nacional de Cáncer en este hospital⁷, para el tratamiento oncológico de la enfermedad, con los servicios de cirugía, quimioterapia y radioterapia, bajo la dirección del Dr. Gonzalo Vargas Chacón. Dicha atención, es brindada en lo que corresponde a la zona sur de la Red de Servicios, esto según el Ministerio de Salud (2012).

2.2.1 Surgimiento del Servicio de Trabajo Social

Con base en lo expuesto por la CCSS (1994), el origen de Trabajo Social dentro del Hospital San Juan de Dios se remonta al año 1954, cuando el Dr. Antonio Peña Chavarría solicita la cooperación de la Organización de las Naciones Unidas para crear dicho servicio; esto a partir de su experiencia con el servicio social que se desarrollaba en el Massachusetts General Hospital de Boston.

⁷ De acuerdo con González (2015), la Unidad Nacional del Cáncer corresponde actualmente al Servicio de Oncología del HSJD.

En un inicio, las funciones que desempeñaba el servicio de Trabajo Social dentro del HSJD eran de carácter asistencial y filantrópico, enfocando su atención a nivel individual; posteriormente, el personal se capacitó en el método de caso y el método grupal para brindar una atención más especializada.

Lo anterior, en vinculación con el nuevo enfoque que adquiere el plan de estudios de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica en 1973, con el proceso de reconceptualización; propiciando un mayor análisis de la profesión dentro de los equipos interdisciplinarios y una atención acorde con las necesidades de la población.

Por lo tanto, se denota como un elemento determinante las transformaciones históricas que han permeado el Trabajo Social tanto en el ámbito académico como operativo, lo cual, permite una especialización de las profesionales y por ende una mayor especificidad en la atención brindada en el servicio.

La CCSS (1994) expone que los cambios a nivel económico y social presentes en la realidad costarricense, exacerbaron la aparición de patologías y problemas sociales, por lo que Trabajo Social a nivel de esta institución, formula un programa de Bienestar Social, a partir del cual el servicio de Trabajo Social del HSJD incursionó en las áreas de investigación, capacitación a las personas usuarias, funcionarias y otras instituciones de bienestar social; la acción social individualizada, grupal y comunal, así como la evaluación.

Posterior a esto, en 1993 se genera una reestructuración del servicio a nivel técnico y administrativo con base al diagnóstico situacional, desarrollando propuestas concretas direccionadas a una mayor eficiencia y eficacia de la atención.

Se denota que el surgimiento de Trabajo Social dentro de este centro hospitalario ha sufrido diversas transformaciones como parte de la dinamicidad de la realidad en la que se encuentra inmerso, lo cual, ha conllevado a la legitimización de la

profesión dentro del proceso de trabajo direccionado a la atención de la salud de la población.

2.3 Antecedentes históricos del Hospital México

De acuerdo con la memoria del 35 aniversario del Hospital México, en marzo de 1961 se dan los primeros pasos para su construcción, dado que es en la sesión de la junta directiva No 2567, en la cual se acuerda aceptar la ayuda brindada por el Instituto Mexicano de Seguro Social, y con ello, dos meses después se procede a confeccionar los planos de la institución con la mayor brevedad posible.

Asimismo, se explicita que su nombre se debió al valioso aporte de dicho Instituto, al otorgar asesoría técnica y administrativa para su construcción, a la vez que colaboró con la especialización de 124 médicos, que luego formaron la planta estelar del nuevo hospital; siendo su creación un hecho de vital importancia dentro de la seguridad social, siendo el primer hospital modernamente construido y técnicamente equipado al servicio de la población asegurada, pues como se afirma en la siguiente cita:

En tiempos en que no se contaba con la experiencia ni los medios económicos, para realizar una obra de la magnitud del Hospital México, le solicita ayuda al Instituto Mexicano de Seguridad Social de México y gracias a su valiosísima colaboración, fue posible llevar a cabo la construcción de uno de los hospitales más importantes del país (Jiménez, 2004, p.7).

La Junta Directiva fue la encargada de nombrar a una comisión para que asesorara a los técnicos mexicanos encargados de construir la obra, y el 2 de abril de 1963 se coloca la primera piedra, para iniciar con la creación del hospital en la finca Las Ánimas en la Uruca.

Su inauguración se llevó a cabo el 19 de marzo de 1969, con la asistencia de autoridades gubernamentales como el Presidente de la República, el gerente de la CCSS, el presidente de la junta directiva, el arzobispo de San José, autoridades

eclesiásticas de México y el director del Instituto Mexicano de Seguro Social; mientras que el primero de septiembre del mismo año, inició la prestación de servicios a las 7 a.m.

En esta línea, no se debe obviar que el HM fue parte de las políticas sociales de carácter universal que se originaron durante la época del Estado Benefactor, por lo que su creación estuvo mediada por un proceso de intensas luchas de la población costarricense para obtener un servicio de salud que respondiera a sus necesidades. De ahí que este el hospital se creó con el fin de:

- ➔ Responder a la necesidad de crear un Centro Hospitalario de mayor capacidad y más moderno que los existentes, el cual pudiera hacer frente al aumento de la población asegurada.
- ➔ Prever el incremento de la población que debería ser atendida al ponerse en práctica la “Ley de Universalización del Seguro Social” (Soto et al, s, f.).

En este sentido, la creación del Hospital se orienta a satisfacer la demanda ocasionada por la universalización de los seguros sociales en 1961, dado que esta ley obligaba a prestar servicios de salud a toda la población en general, sin considerar la zona geográfica, clase social u ocupación.

Sin embargo, es hasta 1976 que este mandato se pone en práctica, pues “Esta ley se le impuso a la Caja Costarricense de Seguro Social, no disponiendo de los recursos humanos y materiales para enfrentar las consecuencias de la aplicación de ésta” (Soto et al, s, f., p. 2). Por lo cual, históricamente el HM fue una pieza fundamental para cumplir con los parámetros que exigía la ley de universalización del seguro social, a la vez que fortalecía la seguridad social del país, en la medida que contribuyó a disminuir la desigualdad existente en materia de salud, al generar la oportunidad de acceder a un servicio médico de calidad para toda la población.

Actualmente, este hospital posee una estructura física con más de 90.120 mil metros cuadrados en terreno y su población de atracción se constituye por la

mitad noroeste del área metropolitana (Merced, Uruca, Goicochea, Tibás, Santo Domingo) y la población indirecta, compuesta por las provincias de Guanacaste, Heredia, Alajuela y Puntarenas.

La CCSS (2012) indica que es el hospital de referencia de la red Noroeste para la atención integral del cáncer, a la cual, le corresponde atender la mayor proporción de la población nacional (45%); para dicha atención, cuenta con un departamento de hemato-oncología ⁸(DHO) compuesto por 6 médicos especialistas en oncología médica, 10 especialistas en radioterapia, 4 especialistas en cuidados paliativos y 2 profesionales en psicología que trabajan directamente junto al paciente oncológico.

Además, posee el mayor centro de radioterapia con equipos de teleterapia; para la aplicación de quimioterapia se cuenta con 2 profesionales en enfermería capacitados en la atención oncológica, 2 técnicos de farmacia y 36 espacios para su aplicación (CCSS, 2012).

2.3.1 Surgimiento del Servicio de Trabajo Social

De acuerdo con lo expuesto por Quesada (2015), el servicio de Trabajo Social inicio sus labores desde el momento que el Hospital México abrió las puertas a la sociedad costarricense, y es ahí donde inicio su apertura como un servicio enmarcado dentro de la seguridad social.

No obstante, “en un principio los cuerpos de la Institución que planearon el equipo humano y material con el que contaría el Hospital, no consideraron necesaria la creación de este servicio” (Soto et al, s, f., p.7); esto debido a que dentro del modelo biologista que regía la atención de la salud en ese contexto histórico, Trabajo Social no era un elemento relevante dentro de los procesos de trabajo del

⁸ El DHO comprende los Servicios de Oncología y Hematología bajo una misma estructura organizativa.

Hospital México; por lo que el desarrollo de la profesión emprendió una lucha constante para legitimar y posicionar la profesión como parte integral de la atención del proceso de salud-enfermedad de la población.

Lo anterior, es una mediación fundamental para entender el desarrollo histórico que posee la profesión dentro de la institución, pues está estrechamente vinculado con el surgimiento del Trabajo Social endogenista, en la medida que:

La oficina de Trabajo Social se crea como respuesta a la necesidad de atender y solucionar los problemas de índole económica (traslado de pacientes de escasos recursos económicos, gestionar incapacidades, coordinar la atención de pacientes con otras instituciones), que se presentan en el Centro Hospitalario (Soto et al, s, f., p.7).

De modo que, las funciones que se le asignaron inicialmente a este servicio se enfocaban en la filantropía y el asistencialismo, por lo que su eje de intervención se enfocaba en el plano de la inmediatez a través de la asignación de beneficios materiales a la población.

Según Soto et al (s,f), esta visión tradicional del Trabajo Social mediaba en el aspecto físico, presupuestario, así como con el recurso humano con el que contaba el servicio para satisfacer las demandas de la población; puesto que “En cuanto al equipo material, al iniciar las labores no había oficina, ni equipo con que trabajar, destinándose la oficina de la Jefatura de Pediatría provisionalmente y el equipo poco a poco se fue suministrando” (p.7).

Quesada (2015), agrega que el servicio de Trabajo Social del HM estuvo constituido únicamente por una Trabajadora Social, la Lic. Dulce María Molina Moscoa; posteriormente, la profesión empieza a ganar legitimidad y aumenta la demanda de su trabajo profesional, siendo necesario aumentar el recurso humano concerniente a la profesión, puesto que inicialmente el servicio estaba integrado por diversas profesiones pertenecientes a las ciencias sociales, contratadas por inopia ante la escasa formación académica de profesionales en Trabajo Social.

Quesada (2015) expone que paralelamente se gestaban cambios importantes mediados por la formación de la profesión dentro de la Universidad de Costa Rica, creando rupturas que les permitieran insertarse en los equipos de trabajo y en las discusiones de las situaciones sociales de las personas usuarias de los servicios. A la vez, que se da una mayor especialización de los puestos de trabajo, lo cual, se vincula directamente con el proceso de transformación del Trabajo Social ante la necesidad de comprender el carácter dinámico de la realidad.

En esta línea, el surgimiento del servicio de Trabajo Social dentro del Hospital México estuvo marcado por diversos elementos que delimitaron la inserción de su trabajo profesional en los procesos de trabajo de la institución, siendo la influencia del enfoque bio-médico y los debates internos que redefinieron el Trabajo Social el punto de partida para comprender su desarrollo histórico.

Capítulo III:
Los procesos de trabajo
en los que se vincula
Trabajo Social

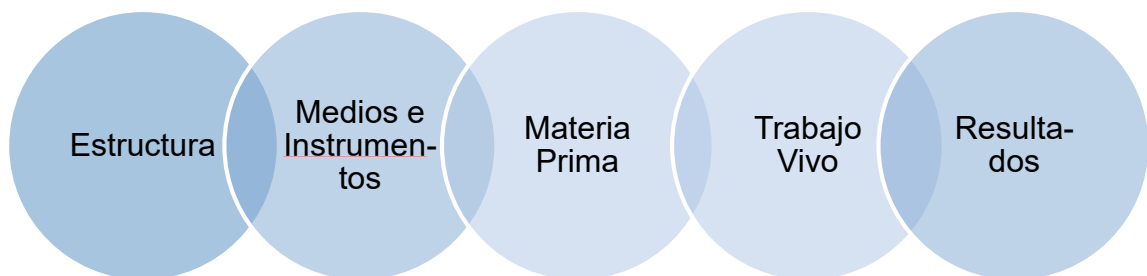
El presente capítulo corresponde a la reconstrucción de los procesos de trabajo en los que se vinculan las personas profesionales en Trabajo Social, en la atención de personas adolescentes con diagnóstico de cáncer y su grupo familiar, en el Hospital México y el Hospital San Juan de Dios, durante el período 2014-2015; a partir del análisis de las categorías propuestas por lamamoto (2003a), las cuales hacen referencia a la materia prima, medios e instrumentos, estructura, trabajo vivo y los resultados del mismo.

Si bien para efectos expositivos, el análisis de los procesos de trabajo se presenta por categorías, esto no significa que se haya realizado de forma segmentada, pues como afirma Kosik (1967):

Lo concreto, o sea la totalidad, no es, por tanto, todos los hechos, el conjunto de ellos, el agrupamiento de todos los aspectos, cosas y relaciones, ya que en este agrupamiento falta aún lo esencial: la totalidad y la concreción. Sin la comprensión de que la realidad es totalidad concreta que se *convierte* en estructura significativa para cada hecho o conjunto de hechos, el conocimiento de la realidad concreta no pasa de ser algo místico, o la incognoscible cosa en sí (p.60).

En este sentido, los procesos de trabajo donde se insertan las profesionales se encuentran inmersos en una totalidad concreta; por lo que el análisis de los mismos, implica una relación dialéctica entre las categorías propuestas por lamamoto (2003a). Se presenta seguidamente un esquema correspondiente a dichas categorías, según el orden en que se exponen.

Esquema #2: Categorías de análisis



Fuente: Elaboración propia con base en lamamoto (2003a).

Cabe destacar, que las categorías mencionadas anteriormente, han sido construidas con base en el aporte de las personas entrevistadas, mediante el análisis de la información recopilada y la revisión documental pertinente al objeto de investigación.

A continuación se procede a presentar cada uno de los apartados correspondientes a las categorías de análisis: estructura, medios e instrumentos, Materia prima, trabajo vivo y resultados en el orden señalado. Además, se expone un apartado alusivo a los aportes y desafíos del trabajo profesional desarrollado por Trabajo Social en la atención de personas adolescentes con diagnóstico de cáncer y sus familias.

3.1 Estructura

En este sub apartado se pretende explicitar la estructura organizacional de los servicios de Trabajo Social del Hospital México y el Hospital San Juan de Dios, con el fin de comprender la forma en que se desarrollan los procesos de trabajo en los cuales se inserta la profesión, como parte de la atención de personas adolescentes con diagnóstico de cáncer y su grupo familiar; puesto que:

La estructura organizativa es la forma de organización que adoptan los componentes de un sistema en condiciones particulares de tiempo y lugar. Representa una serie de elecciones estratégicas, hechas por la gerencia o liderazgo de la organización, con respecto a la división del trabajo, a la distribución de la autoridad, a la departamentalización, a las normas y procedimientos y a los mecanismos de integración, comunicación y control, necesarios para cumplir con la misión (Morera, 2001, p.96).

Por consiguiente, es necesario enmarcar la estructura interna de los servicios de Trabajo Social, así como la estructura de cada uno de los hospitales a los cuales pertenecen, dentro la macro estructura de la Caja Costarricense de Seguro Social; caracterizada por poseer un patrón de relaciones organizacionales jerárquicas que se representan en las instancias que la dirigen y administran.

De acuerdo con este carácter jerárquico, la institución es encabezada por una Junta Directiva como órgano máximo, elegida cada cuatro años y conformada por tres representantes del Estado, tres de los patrones y tres de las personas trabajadoras; siendo la responsable de definir las políticas y la toma de decisiones estratégicas en el ámbito institucional.

En este orden de jerarquía, se encuentra posteriormente la Presidencia Ejecutiva, persona nombrada por el Consejo de Gobierno y que preside la Junta Directiva. De acuerdo a la Ley #17 (Ley Constitutiva de la C.C.S.S., 1943) se encarga a su vez, de velar por la ejecución de las decisiones tomadas por esta Junta, así como de coordinar internamente la acción de la institución y la de ésta con las demás instituciones.

Se encuentran también, seis gerencias responsables de administrar los procesos y recursos según su ámbito de competencia, así como las leyes y reglamentos institucionales. Cabe señalar que, de acuerdo a lo establecido por la Ley #17, las personas que desempeñan el puesto de gerencia son nombradas por 6 años. Estas gerencias poseen distintos ámbitos de acción cada una de ellas, siendo la Gerencia médica, Gerencia financiera, Gerencia administrativa, Gerencia logística, Gerencia infraestructura y tecnologías y Gerencia de pensiones.

Para efectos de la presente investigación, se enfatiza en la Gerencia Médica ya que, de ésta se desprende directamente las demás estructuras organizacionales que determinan el accionar de los hospitales México y San Juan de Dios y por tanto sus servicios de Trabajo Social.

Según lo establecido por la CCSS (2011b), dicha Gerencia conforma el sistema administrativo de la institución, mientras que, posterior a este nivel, se encuentra el sistema decisorio, conformado en el caso de esta gerencia, por la Red de Servicios de Salud y el Consejo de Directores Regionales, así como por las

Direcciones Regionales de Servicios de Salud, entes que mantienen coordinación entre sí.

De estos niveles de la estructura organizacional se desprenden los hospitales, ubicados en el nivel operativo de la institución, entre ellos el HM y el HSJD como hospitales generales⁹. Cada uno de ellos reproduce en su organización interna una estructura jerárquica de acuerdo con la establecida por la CCSS.

Cada hospital es encabezado por una persona que desempeña el puesto de Dirección general. Según el artículo #18 del Reglamento General de Hospitales Nacionales, la Dirección es el cargo con máxima autoridad, cumpliendo funciones técnicas, administrativas, económicas y financieras. Asimismo, el artículo #17, plantea que, en los hospitales clase "A", puede existir el cargo de sub-dirección, ejecutando las funciones que le encomiende el o la directora del establecimiento de acuerdo con las necesidades del mismo. Ambos puestos, deben ser ejercidos específicamente por una persona con formación en el área Médica.

Estos hospitales se sub-dividen en secciones o departamentos que agrupan los diferentes servicios del hospital en un ámbito de acción específico. Cabe destacar que, el Servicio de Trabajo Social se ubica dentro de ambos hospitales como parte de los Servicios de Apoyo, tal como indica una de las profesionales entrevistada:

Nosotras dependemos de la Dirección, baja todo de la dirección y estamos como Servicios de Apoyo, estamos en línea directa con la Dirección, Administración es como independiente, mi jefe es la directora y ahí sigue para arriba con la dirección médica y la junta administrativa de la Caja, entonces viene así, en línea directa (B-1, comunicación personal, 2015).

⁹ Según el Reglamento General de Hospitales Nacionales (1971), los hospitales generales están destinados por lo menos a tres de las especialidades fundamentales (medicina, cirugía, obstetricia y pediatría); pudiendo contar con sub-especialidades. Esto a diferencia de los hospitales especializados, siendo aquellos que cuentan con recursos adecuados para la atención preferente de una especialidad.

Dentro de la estructura organizacional de los Servicios de Trabajo Social, se encuentran el ámbito gerencial, el ámbito operativo y ámbito administrativo. En cuanto al gerencial, se compone por una profesional en el puesto de Jefatura, así como por una Sub-jefatura que colabora con la gestión del servicio. Respecto al ámbito operativo, integra las profesionales encargadas de la atención directa de personas usuarias. Mientras que, el ámbito administrativo está conformado por funcionarios(as) que colaboran con el proceso de atención, entre los cuales se destacan secretarias y mensajero (en el caso del HSJD). Esto se muestra en los organigramas correspondientes (Ver anexos 6 y 7), coherentes con la organización jerárquica de los hospitales en que se ubican.

A pesar de que se posee una organización jerárquica, de acuerdo a la información brindada durante el proceso de entrevistas se encuentra que cada Servicio posee la autonomía requerida para organizarse en respuesta a las necesidades de las secciones en que se ubica, tales como la demanda de personas usuarias, la disponibilidad de recursos, entre otras. Aspecto que se manifiesta por ejemplo, en la distribución de las Trabajadoras Sociales según la demanda en cada sección del hospital; procurando disminuir la sobrecarga laboral que cada una de ellas enfrenta.

Lo anterior, constituye una ventaja en tanto, si bien el Servicio de Trabajo Social se encuentra como un Servicio de Apoyo; esto le brinda la posibilidad de un amplio ámbito de acción dentro de cada hospital, organizándose a nivel interno según consideren pertinente las profesionales a cargo del mismo.

En el caso específico de los servicios de Trabajo Social, se denotó que poseen características de una estructura organizativa informal, como parte de la dinamicidad de la realidad del trabajo profesional; se entiende por organización informal:

(...) la estructura social que regula la forma de trabajar dentro de una organización en la práctica. Es el conjunto de comportamientos, interacciones, normas, relaciones personales y profesionales a través del cual el trabajo se hace y se construyen las relaciones entre las personas que comparten una organización común. (...) La organización informal se desarrolla orgánicamente y de manera espontánea en respuesta a cambios en el entorno de trabajo, el flujo de personas, y la compleja dinámica social de sus miembros (Enciclopedia Financiera, s, f).

Esto se manifiesta en tanto, las profesionales poseen la libertad de organizarse a lo interno del servicio para debatir temáticas y valorar acciones correspondientes a la atención brindada, dentro de un ambiente informal en el que pueden retroalimentarse entre sí; paralelamente a los procesos de supervisión y asesoría brindados por la jefatura y sub-jefatura.

En este sentido, si bien las profesionales se insertan dentro de una institucionalidad que determina las pautas para la atención; se posee una autonomía relativa que permea el trabajo profesional y la cual es posibilitada por la organización de estos servicios.

Esto se vislumbra en las estrategias de comunicación a lo interno de cada servicio, pues ambas jefaturas manifestaron tener una gestión de “puertas abiertas” que fomenta un espacio de horizontalidad pertinente para el desarrollo de la retroalimentación de los procesos de trabajo en los cuales se insertan las profesionales del ámbito operativo. Al respecto, una de las profesionales entrevistadas comentó:

(...) es un servicio que mantiene un contacto como que muy directo, acá las compañeras te llaman vía telefónica en cualquier momento, trabajamos a puertas abiertas, ellas llegan en cualquier momento, además el correo, el correo porque si las tenemos distribuidas en diferentes partes del hospital entonces por medio del correo, igual todo lo que sale aquí, todo los documentos por ejemplo referencias, informes, todo eso, tienen que pasar por la jefatura (...) (B-2, comunicación personal, 2015)

De manera que, se ejemplifica la constante interrelación entre la estructura formal e informal gestada a lo interno; en tanto se mantiene la jerarquía establecida por la institución en el ámbito formal mediada por estrategias que pretenden responder al carácter dinámico de los procesos de trabajo en los cuales se vincula Trabajo Social, ante las limitaciones de la estructura organizacional de la institución en que se desarrolla.

Entre estas limitaciones, se destaca la escasez de equipos interdisciplinarios para la atención integral como parte de la organización de los procesos de trabajo dirigidos a la atención de personas adolescentes con diagnóstico de cáncer. Esto como producto del carácter biologista que impera en la prestación de los servicios, lo cual deviene de una organización direccionada desde la parte médica.

Lo anterior se expresa en lo afirmado por una de las profesionales entrevistadas "(...) aunque hemos logrado ciertas condiciones como el buscar a los médicos no debería ser así, debería ser algo como más ordenado, más organizado y para mí esa es una limitación que se podría reflejar" (A-3, comunicación personal, 2015). Aludiendo también, al hecho de que únicamente los equipos que se llevan a cabo, son aquellos con carácter obligatorio al estar formalmente establecidos; lo cual es parte del re-direccionamiento de la atención de la salud al aspecto inmediato como lo es la atención de la enfermedad, más allá de un proceso bio-psico-social.

Para el desarrollo del trabajo profesional enmarcado dentro de esta estructura, se requieren una serie de elementos que lo faciliten, en este caso, como parte de la atención de personas adolescentes con diagnóstico de cáncer y su grupo familiar; aspectos que se exponen a continuación.

3.2 Medios e instrumentos

En este apartado se explicita la categoría medios e instrumentos, la cual, resulta fundamental para la comprensión de los procesos de trabajo en los que se vincula la profesión dentro de la atención de personas adolescentes con diagnóstico de cáncer y sus familias, en tanto ésta implica un estudio de aquellas condiciones necesarias para la realización del trabajo profesional.

Según Yamamoto (2003a), los medios e instrumentos “(...) son condiciones y vehículos para su realización, indispensables como elementos constitutivos de ese trabajo. Aquellos elementos conforman el “terreno” que posibilita realizar el trabajo” (p.122). Por esta razón, no deben ser comprendidos como elementos externos al proceso de trabajo, sino, como aspectos que le moldean material y socialmente.

Estos serán abordados en distintos sub apartados, el primero de ellos hace referencia a los recursos institucionales: humanos, financieros y materiales; marco jurídico; normativa interna; políticas, planes, programas y lineamientos institucionales; así como los fundamentos técnico operativo, teórico metodológico y ético político.

3.2.1 Recursos institucionales

Tal como se mencionó en líneas precedentes, los procesos de trabajo se encuentran supeditados a ciertas condiciones que permitan su desarrollo, entre ellas los recursos tanto financieros, humanos y materiales.

- **Financieros**

Según el Sistema de Control de Presupuesto de la Caja Costarricense de Seguro Social (2015), para el año 2014 se asignó un presupuesto de ₡90.912.000.000 para el Hospital México; mientras que, para el HSJD se presupuestaron ₡106.255.400.000.

De acuerdo con lo mencionado por las profesionales en puestos de Jefatura y Sub-jefatura de los servicios de Trabajo Social del HM y HSJD, estos servicios poseen presupuesto para lo referido a la compra de materiales varios, tales como los artículos de oficina; encontrándose éste bajo supervisión del Departamento Financiero.

Cabe destacar que, en materia de atención oncológica por parte de esta institución, se otorgó para el año 2015 un presupuesto de ¢22.004.748.000 al Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red de la CCSS, esto según datos brindados por la Gerencia de Logística (2015). De este dinero, las partidas presupuestarias principalmente se dirigen a la compra de artículos varios, publicidad y propaganda, alquiler de locales, entre otras. Se destaca, la partida de contratación de profesionales a la cual se le asignó ¢9.500.000 (no se indican cuáles), actividades de capacitación con un monto de ¢86.135.000 y la compra de equipo médico para diversos centros de atención en salud equivalente a ¢16.955.296.000.

- **Humanos**

Respecto a los recursos humanos, desde la Coordinación de Nacional de Trabajo Social (2014), se indica que, en el tercer nivel de atención de la CCSS, se cuenta con 110 profesionales en Trabajo Social, las cuales concentran su trabajo profesional en consulta externa, emergencias, así como hospitalización; además cada servicio está a cargo de una jefatura y sub jefatura y poseen el recurso humano para el apoyo administrativo.

En este sentido, el servicio de Trabajo Social del HM cuenta con 12 profesionales en Trabajo Social, dos de ellas en los puestos de Jefatura y Sub-jefatura respectivamente, 3 en Consulta externa, 6 en Hospitalización y una de ellas en atención de personas funcionarias del hospital. Además, cuentan con dos secretarías.

En cuanto al HSJD, poseen 21 profesionales en Trabajo Social, dos de ellas en los puestos de Jefatura y Sub-jefatura, mientras que, 7 profesionales en el área de Medicina, 6 en Cirugía, 1 en Hemato-oncología, 4 en el área de Gineco-obstetricia y una en Recursos Humanos. A la vez, cuentan con 4 secretarias y un mensajero.

Por medio de este recurso humano del que dispone cada servicio, se han logrado atender las personas adolescentes con diagnóstico de cáncer, según la sección del hospital en que se encuentran, ya sea en cirugía u hospitalización. Esto debido a que, desde las jefaturas y sub-jefaturas se ha procurado ubicar a Trabajo Social en la mayor cantidad de ámbitos posibles, potenciando un abordaje social de la salud dentro de la institución.

No obstante, se denota que en los últimos años, el crecimiento de los servicios de Trabajo Social no ha ido paralelo al aumento de la demanda y el desarrollo de otros servicios hospitalarios, tal como indica una de las profesionales entrevistadas:

(...) creo que la institución para mejorar la atención, yo recomendaría que destinen recursos para todos por igual, porque para... hay recursos financieros para la atención del cáncer, y o sea eso todo el mundo lo sabe, y que dentro de esos recursos, existan recursos para la contratación de personal, pero a Trabajo Social no nos llega ninguno, porque usted ve que el Departamento de hemato-oncología es prácticamente el único servicio que crece en este hospital (...) (A-6, comunicación personal, 2015)

De ahí que, desde Trabajo Social no se encuentran profesionales destinadas exclusivamente al desarrollo de procesos de atención para la población adolescente con diagnóstico cáncer y su grupo familiar pues; ante la limitación del recurso humano, éste debe maximizarse, distribuyéndose una cantidad considerable de servicios entre las profesionales que se poseen; "(...) bueno ustedes lo vieron, por la cantidad de servicios que tenemos a cargo cada una, no podemos ponernos a tener un tipo de atención diferente verdad" (A-3, comunicación personal, 2015).

Lo anterior, no significa precisamente que el trabajo profesional llevado a cabo por ellas, no particularice las diferentes necesidades de los grupos etarios que se atienden o las singularidades que cada persona usuaria presente; sino que, ante la limitación del recurso humano ha sido poco posible formalizar un proyecto dirigido específicamente a adolescentes con diagnóstico de cáncer, tal como sí se han logrado desarrollar para otros ámbitos de la salud, como lo son madres adolescentes, al ser un eje prioritario para el Sector Salud de este país.

- **Materiales**

Ahora bien, en términos de recursos materiales desde la Sub-área de Gestión Técnica de los Servicios de Trabajo Social (2013), se plantea que estos deben contar con ciertos elementos para su debido funcionamiento, entre los que se detallan: impresora, computadora portátil, infraestructura que se apegue a Ley de Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad N° 7600, escritorio y sillas; equipo audiovisual, sala para trabajo en grupo, línea de teléfono y archivos.

Respecto a los servicios de los hospitales México y San Juan de Dios, estos cuentan con los aspectos mencionados en líneas precedentes ya que, tal como señalaron las profesionales entrevistadas, la institución les brinda los insumos, principalmente de oficina, que requieren para el desarrollo de sus labores cotidianas.

A su vez, como una de las ventajas se encuentra que cada una de las profesionales cuenta con computadora con acceso a internet y cada servicio como tal, posee un sistema de información en línea; lo cual, facilita el proceso de atención en tanto, tareas como la elaboración de referencias e informes sociales se realizan en menor tiempo. Esto debido a que, las profesionales en el ámbito operativo comparten estos productos en línea con su jefatura y sub-jefatura,

espacio desde el cual, éstas pueden proceder a la revisión de documentos para su aval; propiciando de este modo, una atención ágil en un tiempo oportuno.

Sin embargo, estos servicios no poseen aquellos elementos referidos a la infraestructura, tales como los espacios para adecuados para el desarrollo de procesos grupales; así como oficinas apropiadas para la atención social.

(...) lo que a nosotras nos hace falta es como infraestructura más adecuada para atención con calidad y calidez, por ejemplo una sala para terapias grupales, para terapias de familias, para entrevistas, que no haya interferencias de otras personas, que no haya la falta de privacidad, nos falta como ese tipo de recursos para estar mejor digamos, pero no es que estamos..., si trabajamos con, si nos dan los insumos necesarios, nos dan lapiceros, cosas, hojas, pero lo que nosotras queremos, que es lo que al tercer nivel le corresponde, es trabajar a nivel terapéutico entonces necesitaríamos salas para dar terapia, socio-terapia, (...); pero no hay entonces es un poco difícil (B-1, comunicación personal, 2015).

Aunado a lo anterior, se presenta el hecho de que, en algunos casos las profesionales no poseen oficinas dentro de los salones en los cuales trabajan y quienes sí las poseen, no cuentan con la privacidad y el espacio suficiente para atender a las personas usuarias. Siendo así, la falta de infraestructura apropiada una limitación para el trabajo profesional, porque lo restringe a determinados procesos que se ajusten a esas condiciones, tales como la atención individual.

En este sentido, se denota que estas limitaciones son reflejo de una escasa política de fortalecimiento de la atención de la salud pública, específicamente en el nivel curativo y de rehabilitación pues, las prioridades institucionales se dirigen actualmente a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad con una lógica de reducción de los costos por atención.

Esto se muestra a su vez, en la limitación de infraestructura que posee el HM y HSJD, así como los servicios de Trabajo Social pertenecientes a dichos hospitales. En el caso de personas adolescentes en hospitales generales se ha

requerido de la inserción de organismos no gubernamentales para la construcción de espacios físicos diferenciados; permitiendo que:

(...)ONG brinden soporte a los y las adolescentes, y que en este momento puedan contar espacios adecuados, bueno no tan adecuados, pero por lo menos diferenciados verdad y en otras condiciones inclusive...por lo menos el espacio físico es más agradable, tiene cosa más a su edad (A-6, comunicación personal, 2015).

Considerándose como una ventaja la inserción de estas organizaciones, ante la omisión en diversas áreas de la política pública por parte del Estado; al brindar respuestas inmediatas a las necesidades de atención pues, “Tal vez no hay tantos recursos a lo interno, pero a lo externo sí, y se favorecen, no hay resistencia a que se den esas alianzas, a que se dé esa atención, a que se dé esas coordinaciones (...) (B-2, comunicación personal, 2015); demostrándose el interés del Estado por brindar espacios a iniciativas privadas con el objetivo de que asuman lo que antes eran sus responsabilidades.

3.2.2 Marco jurídico

Código de la Niñez y la adolescencia

El Código de la Niñez y la Adolescencia (Ley # 7739) es el marco jurídico mínimo para la protección integral de los derechos de las personas menores de edad, estableciendo “(...) los principios fundamentales tanto de la participación social o comunitaria como de los procesos administrativo y judicial que involucren los derechos y las obligaciones de esta población” (Artículo #1).

Se considera por persona adolescente a toda persona mayor de doce años y menor de dieciocho, rango de edad inferior que el considerado en la presente investigación. Indica que, los derechos y garantías del grupo poblacional menor de edad son de interés público, irrenunciables e intransigibles; entre los cuales se encuentra la atención en salud, para efectos de análisis del objeto de estudio, de personas adolescentes con diagnóstico de cáncer (diagnóstico, tratamiento, curación y rehabilitación).

Destaca en su cuarto artículo, la mantención del interés superior de esta población en cuanto al acceso a los servicios públicos y su prestación; siendo toda acción u omisión contraria un acto discriminatorio que viola los derechos fundamentales de ellos y ellas.

En cuanto al derecho a la salud, se encuentra el cuarto capítulo destinado a normarlo, indicando que las personas menores de edad (adolescentes entre ellas) gozarán de atención médica directa y gratuita por parte del Estado y por tanto, los centros de atención de salud se encuentran obligados a brindar sus servicios sin discriminación alguna.

Agrega que, esta población disfrutará del derecho a la seguridad social. En caso de no encontrarse en un régimen determinado, este derecho será garantizado por cuenta del Estado, para lo cual, la Caja Costarricense de Seguro Social adoptará las medidas respectivas.

En vínculo directo con el objeto de estudio de esta investigación se encuentran los siguientes artículos:

Artículo 45.- Controles médicos

Será obligación de los padres y las madres, representantes legales o las personas encargadas, cumplir con las instrucciones y los controles médicos que se prescriban para velar por la salud de las personas menores de edad bajo su cuidado; además, serán responsables de dar el uso correcto a los alimentos que ellas reciban como suplemento nutritivo de la dieta.

Artículo 46.- Denegación de consentimiento

Si el padre, la madre, los representantes legales o las personas encargadas negaren, por cualquier razón, su consentimiento para la hospitalización, el tratamiento o la intervención quirúrgica urgentes de sus hijos, el profesional en salud queda autorizado para adoptar las acciones inmediatas a fin de proteger la vida o la integridad física y emocional de ellos, en los términos del artículo 144 del Código de Familia.

Artículo 47.- Permanencia en centros de salud

Los hospitales y clínicas, públicos o privados proporcionarán las condiciones necesarias para la permanencia del padre, la madre, el representante legal o el encargado, cuando la persona menor de edad sea internada y esta medida no sea contraria a su interés.

De manera que, el Código de la Niñez y la Adolescencia consiste en una herramienta fundamental para el trabajo profesional realizado por Trabajo Social en la atención integral de la salud, en este caso específico, con personas adolescentes con diagnóstico de cáncer y su grupo familiar; tal como mencionaron profesionales en Trabajo Social entrevistadas:

(...) lo que es el Código ha venido a apoyarnos mucho en esa parte y nos ha venido a apoyar a nosotras las Trabajadoras Sociales en esa parte también porque nos da un respaldo para tomar ciertas decisiones y que se respeten también, que según el Código, que tal artículo, según otro artículo (A-3, comunicación personal, 2015).

Agregan que, el Código de la Niñez y la Adolescencia ha venido a fortalecer también la atención de ellos y ellas, porque el hospital en su obligación por cumplir lo normado por éste, ha tenido que adoptar una serie de reglas entre las que destacan: que la persona adolescente esté acompañado las 24 horas por un familiar y que tenga un seguro social.

No obstante, si bien estas profesionales consideran fundamental esta normativa; se alude a su vez que "(...) con el Código de Niñez y Adolescencia, yo pienso que por estar ahí metido con niños hace más difícil visibilizarlo, justamente lograr ese cambio a nivel político, tienen que haber políticas exclusivamente para adolescentes y no meterlos dentro de la niñez" (A-2, comunicación personal, 2015), enfatizando en la necesidad de singularizar la adolescencia a nivel de políticas públicas.

Esto a razón, que la adolescencia tiende a ser considerada como un período de transición entre la niñez y la adultez, por lo que una estrategia para visibilizar a

esta población, implicaría crear políticas, leyes y reglamentos exclusivas para este grupo etario, al ser un grupo prioritario.

3.2.3. Normativa interna

La CCSS como institución autónoma, posee normas, reglamentos y demás instrumentos de carácter legal que regulan su funcionamiento interno. Entre estos destacan el Reglamento del Seguro de Salud, Reglamento Interior de Trabajo y el Código de Ética del Servidor del Seguro Social.

Reglamento del Seguro de Salud

En cuanto al Reglamento del Seguro de Salud, este fue aprobado por la Junta Directiva de la institución en diciembre del año 1996, el cual establece en su primer artículo el principio de universalidad del Seguro Social, esto conforme a la Constitución Política.

En artículos posteriores, se plantea la igualdad de todas las personas ante el sistema de Seguridad Social; así como que el Estado es responsable subsidiario en la atención integral de la salud. Partiendo de la Atención Integral en Salud como aquella atención que incluye actividades de promoción, prevención, curación y de rehabilitación de la salud, incluidas las prestaciones sociales para su desarrollo y mantenimiento.

De igual forma, se presenta un esbozo sobre la concepción de la Asistencia Social Individual y Familiar, indicando que consiste en el apoyo profesional en el campo social, que se brinda a la persona asegurada para “(...) resolver especiales necesidades, relacionadas con la atención integral en salud” (Artículo #10).

Agregando que, el Seguro de Salud tiende a la integralidad y suficiencia, siendo su propósito que las prestaciones respondan a las necesidades de la población y que además, sean suficientes para superar las circunstancias que las origina.

Reglamento Interior de Trabajo CCSS

Este reglamento, se dirige a regular las relaciones internas entre la Caja Costarricense de Seguro Social y las personas que en ella laboran, con ocasión y por consecuencia del trabajo; esto según el Código de Trabajo del Ministerio de Trabajo y Bienestar Social.

De forma tal que, norma lo correspondiente a los nombramientos y destituciones de personal, así como las modificaciones a los contratos de trabajo que afecten en forma temporal o permanente las condiciones de la prestación de servicios; como funciones específicas del Departamento de Personal con estricta sujeción a la Gerencia. Así también, se plantea que la jornada de trabajo estará regulada por las necesidades de la Institución, presentando los diferentes roles laborales que se encuentran ya establecidos.

A su vez, se indican las prohibiciones para las y los funcionarios(as), en caso de infringir alguna de ellas, se señalan las sanciones correspondientes.

Código de Ética del Servidor del Seguro Social

Este código fue aprobado en el año 1999, con la finalidad de establecer las normas de conducta y las acciones que deben cumplir todas las personas trabajadoras que prestan sus servicios bajo cualquier modalidad de vínculo laboral, en la Caja Costarricense de Seguro Social. Por esta razón, plantea que sus trabajadores(as) deberán guiar su accionar según los valores institucionales, siendo estos la seguridad, justicia, solidaridad, paz, equidad, libertad y democracia. Así como la legalidad, la dignidad, la probidad, la integridad, la eficiencia, la responsabilidad, la veracidad de información, la confidencialidad, la imparcialidad, la respetabilidad, la armonía laboral, la iniciativa, la creatividad y el espíritu de superación. De modo que, se indican también prohibiciones catalogadas bajo un orden ético y moral.

3.2.4. Políticas, planes, programas y lineamientos institucionales

Este sub apartado integra las políticas, planes, programas y lineamientos que son vinculantes al objeto de estudio, los cuales, se estudian desde tres ámbitos: extra-institucional, institucional (CCSS), y a lo interno del servicio de Trabajo Social de cada hospital.

A nivel extra-institucional, se encuentran el Plan Nacional de Desarrollo 2011-2014, Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018, Plan Nacional de Salud, Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer 2011-2017 (PNPCC) y Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes 2010-2018 (PENSPA).

A nivel de la CCSS, se contemplan: el Programa Nacional de Atención Integral a la Adolescencia (PAIA): Lineamientos del Modelo de Atención Integral a la Salud de las y los Adolescentes en la CCSS, Plan Institucional para la Atención del Cáncer (PIAC) 2012-2016, Plan de acción para la implementación del proyecto: Fortalecimiento de la atención integral del cáncer en la Red Oncológica Nacional de la CCSS, Perfil Funcional para la Atención del Cáncer, Programa Nacional de Transición niño(a), adolescente y adulto(a) con enfermedades crónicas a otros niveles de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social y el Protocolo para la Transición Niño (a)- Adolescente- Adulto (a) con Enfermedades Crónicas.

A nivel de los servicios de Trabajo Social se analizan los Planes Presupuesto de cada servicio, la Organización Funcional de los Servicios de Trabajo Social en los tres Niveles de Atención y el Lineamiento Técnico Operativo de Atención Social Oncológica. A su vez, se integra el Protocolo de atención social a la población adolescente, esto en el caso del Servicio de Trabajo Social del Hospital México.

A continuación se desarrollan de acuerdo con el orden mencionado anteriormente.

3.2.4.1. *A Nivel extrainstitucional*

Plan Nacional de Desarrollo 2011-2014

El Plan Nacional de Desarrollo, en este caso para el período 2011-2014, es relevante para esta investigación en el tanto, fue el plan que brindó las bases orientadoras para el desarrollo de políticas y programas gubernamentales, entre ellos el sector salud.

Se propusieron cuatro ejes orientadores siendo ellos: Bienestar social, Seguridad ciudadana y paz social, Ambiente y ordenamiento territorial, así como Competitividad e innovación. En el eje correspondiente a Bienestar social es en el cual se concretan lineamientos específicos para el área de la Salud. Se indica que “(...) el país ha replanteado la estrategia de salud desde un enfoque reactivo a uno preventivo, orientado hacia la promoción de estilos de vida saludables (con énfasis en la nutrición, el ejercicio y el saneamiento básico).” (Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, 2011, p.50).

En concordancia con lo anterior, se prioriza la atención de la salud pública en el primer nivel de atención, dirigida a la promoción de estilos de vida saludables, la garantía del acceso a los servicios de salud con calidad de acuerdo a la estrategia de atención primaria y la garantía del acceso a los servicios de salud de protección, restauración y uso sostenible del hábitat humano a nivel nacional.

Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018

El Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018, representa un marco de referencia para el modelo de desarrollo del país durante el período antes mencionado, por lo cual, es vinculante dentro del accionar de todas las instituciones estatales, como lo es en este caso la CCSS.

Dentro de la estrategia de desarrollo que plantea dicho plan, la salud no figura como un pilar sustantivo, como sí lo son la pobreza, el crecimiento económico y la

reducción de la corrupción. Esto a pesar que dentro del diagnóstico del estado actual de bienestar de la personas, se afirma que:

Durante los últimos años, la articulación entre el Ministerio de Salud Pública y la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) no ha sido la más eficaz, lo que ha impedido avanzar con paso firme hacia un modelo de atención biopsicosocial en donde se enfatice la promoción y prevención de la salud a nivel primario comunitario (CCSS, 2012) (...) (Ministerio de planificación y política económica, 2014, p.33).

En el Plan de Desarrollo, la salud se contempla dentro del sector denominado “Salud, Nutrición y Deportes”, en la cual, el Ministerio de Planificación y política económica (2014) expone que el perfil epidemiológico del país se caracteriza por una alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), entre las que se destaca que el cáncer aporta la tercera parte de las defunciones del país.

En el análisis de la incidencia del cáncer dentro de las defunciones provocadas por ECNT, el único grupo que se detalla son las personas que poseen edades comprendidas entre los 30 y los 69 años de edad, por lo cual, se plantea la “Estrategia Nacional para la Prevención, Control y Vigilancia de Enfermedades Crónicas no Transmisibles (ECNT) y de las enfermedades neurocognitivas en la población”, que tiene por objetivo reducir las muertes prematuras por ECNT, específicamente en este grupo poblacional.

En esta línea, este plan no posee estrategias vinculantes al abordaje de personas adolescentes con diagnóstico de cáncer, aspecto que representa un vacío importante dentro de la atención referida a esta población.

Plan Nacional de Salud.

El Plan Nacional de Salud 2010-2021, tal como mencionaron profesionales en Trabajo Social entrevistadas, constituye el principal instrumento que guía la acción pública en materia del Sector Salud dirigido por el Ministerio de Salud como ente rector; razón por la que se consideró pertinente su incorporación en la

investigación, recuperando los principales aspectos vinculantes con el objeto de estudio.

Es pertinente destacar que, este plan se dirige principalmente a la promoción de la salud, más que a la atención de la enfermedad, por lo cual el Ministerio de Salud (2010a) dispone la realización de nueve ejes de acción centrados en dicha estrategia, siendo ellos: *Cultura de cuidado individual y colectivo*, *Hábitat humano sostenible*, *Servicios de salud de atención integral a personas*, *Capacidades humanas de la población*, *Equidad socioeconómica*, *Infraestructura física segura y con diseño universal*, *Investigaciones científicas y aplicaciones tecnológicas*, *Fuerza de trabajo en salud* y la *Coordinación y articulación entre instituciones y sectores*.

En cuanto al eje referido a los servicios de salud de atención integral, lo propuesto se dirige a garantizar el acceso a dichos servicios, así como ampliar la cobertura en el primer nivel de atención; continuando con el énfasis en promoción de la salud. Aspecto que se demuestra en los objetivos específicos dirigidos tanto a la totalidad de la población del país, así como a determinadas poblaciones.

En el caso de la población menor de edad, sí existen objetivos específicos para ésta; sin embargo, únicamente se dirigen a la niñez, tal como se muestra en este objetivo "(...) estimular el desarrollo integral de los niños y niñas desde la vida intrauterina hasta el inicio de la adolescencia" (Ministerio de Salud, 2010a, p. 51) y en "(...) ampliar la cobertura de los servicios de atención integral y protección especial diaria para niños/niñas de 0 a 13 años, personas con discapacidad y personas adultas mayores, a fin de que contribuya a mejorar la salud y la calidad de vida de las familias" (p.52). Excluyendo así a las personas adolescentes que se encuentran en el período de edad comprendido entre los 13 y 19 años de edad.

Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer 2011-2017

Este plan es la estrategia global que dirige y coordina las acciones prioritarias que se realizan en materia de cáncer en Costa Rica, por lo cual, según el Ministerio de Salud (2012) cada institución relacionada con el tema de cáncer, debe elaborar sus planes y programas específicos con base en el mismo, de ahí su relevancia para la investigación, pues rige también para la C.C.S.S.

Plantea que el modelo de abordaje para la producción social de la salud en cáncer, debe partir de los derechos humanos, equidad de género, cohesión social y diversidad. Su objetivo es fortalecer la atención de los cánceres prioritarios en el país mediante el aumento de la capacidad resolutive de la red oncológica en las áreas de promoción, prevención, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos oncológicos.

De manera que, el PNPCP propicia la atención del cáncer a partir de diagnósticos prioritarios (cáncer de mama, cérvix, próstata, gástrico, pulmón, piel, colón) y no precisamente mediante una estrategia que haga diferenciación por edad en la atención; de ahí que, en los hospitales México y San Juan de Dios la población adolescente con cáncer no reciba atención diferenciada respecto a la brindada por ejemplo a una persona adulta.

Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes 2010-2018

El Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes constituye una herramienta de trabajo dirigida al desarrollo de acciones que contribuyan a la realización de acciones tendientes al desarrollo integral, promoción, prevención y atención de la salud de las personas adolescentes.

En cuanto a los lineamientos que plantea el PENSPA 2010-2018, destacan cinco áreas estratégicas hacia las cuales se dirige, siendo éstas la Información estratégica, entornos favorables para la salud y el desarrollo de las y los adolescentes; sistemas y servicios de salud integrados e integrales; aumento de la

capacidad de los recursos humanos, así como la comunicación y participación social.

Vinculado con el tema de investigación de la presente tesis, cabe resaltar dos de estas áreas planteadas por el Ministerio de Salud (2010b). La primera de ellas, sobre los sistemas y servicios de salud integrados e integrales, dentro de los cuales se ubican los hospitales México y San Juan de Dios; en ésta se plantea la implementación de servicios interinstitucionales integrales con cobertura nacional, que respondan a las necesidades en salud de las personas adolescentes de forma articulada, accesible, diferenciada, amigable, continua y con un abordaje metodológico adecuado a las características de este grupo etario. Dentro de ésta atención, se destaca la prioridad a población adolescente con situaciones de pobreza, vulnerabilidad y exclusión.

La segunda área estratégica, refiere al aumento de la capacidad de los recursos humanos, cuyo objetivo es desarrollar y fortalecer los programas de formación de recursos humanos en salud y atención integral de la adolescencia, especialmente en las carreras de ciencias de la salud y afines, al igual que en los programas institucionales de capacitación para aumentar la competencia técnica de las personas funcionarias que brindan atención directa a la población adolescente (grupo de profesiones en las cuales debería encontrarse Trabajo Social).

Se presenta énfasis en la promoción de la salud más que en la prevención o la atención de la enfermedad, al considerar poco efectivos los esfuerzos que se enfocan únicamente en el “(...) comportamiento problemático en la adolescencia (embarazo temprano, abuso de drogas, delincuencia), ya que se suelen realizar intervenciones cuando ya están presentes los problemas, por lo que no se focaliza en acciones de prevención (...)” (Ministerio de Salud, 2010b, p. 37).

Al respecto, una de las profesionales entrevistada comentaba que, si bien este plan no se dirige específicamente a la atención de personas adolescentes con

diagnóstico de cáncer, debe considerarse de igual manera como un lineamiento general de atención en salud en relación con la población adolescente, pues la programación de la CCSS se realiza de acuerdo a esos planes nacionales.

3.2.4.2. A nivel de la C.C.S.S.

Programa Nacional de Atención Integral a la Adolescencia: Lineamientos del Modelo de Atención Integral a la Salud de las y los Adolescentes en la Caja Costarricense de Seguro Social (PAIA)

De acuerdo con lo planteado por la C.C.S.S. (2006) el PAIA busca construir una modalidad de atención para las personas adolescentes en los tres niveles de atención; mediante una propuesta que recoge la experiencia, conocimientos y opiniones técnicas de funcionarios (as) de todos los niveles de atención, así como de adolescentes líderes de distintos lugares y grupos del país.

Se establecen las siguientes líneas estratégicas: incidencia y articulación intra e intersectorial, soporte a proveedores y proveedoras de salud en la atención integral de la salud de las personas adolescentes, soporte directo a adolescentes, producción y difusión de conocimiento como base para la toma de decisiones y la elaboración de herramientas para el trabajo con adolescentes; así como el fomento de la participación social en la promoción de la salud integral de las personas adolescentes.

Pretende trascender los enfoques biomédicos presentes en la atención de la salud, mediante una atención integral que aborde el trabajo interdisciplinario e intersectorial, como un aspecto clave para lograr dar respuesta a las inquietudes, intereses, necesidades y problemas de la población adolescente.

El PAIA se ubica dentro del Área de Salud integral a las personas, del Centro de Desarrollo Social perteneciente a la Gerencia Médica de la CCSS. De acuerdo con Díaz (2015), este programa ha estado en continua vigencia desde su creación; no obstante, por las reestructuraciones que ha sufrido, actualmente sus funciones se

dirigen principalmente a la regulación y apoyo en el diseño de políticas y protocolos direccionados a la población adolescente, brindando recomendaciones que serán adoptadas según los criterios de cada centro de atención de la salud.

En este sentido, Díaz (2015) agrega que el PAIA tiene menor incidencia en el tercer nivel de atención de la CCSS, esto producto de la autonomía que poseen los hospitales generales para desarrollar sus procesos de trabajo.

Esto se refleja en lo indicado por una de las profesionales en Trabajo Social entrevistada, quien indicó que actualmente éste se encuentra en decadencia, pues la visión de una atención integral y de trabajo en equipo interdisciplinario con personas adolescentes cedió ante la visión biológica que sigue imperando en el sector Salud, de manera que plantea un actual retroceso en cuanto a dicha atención.

Plan Institucional para la Atención del Cáncer 2012-2016 (PIAC)

El PIAC busca contribuir en la reducción de la incidencia de los tumores malignos y la mortalidad, así como para mejorar la calidad de vida de las y los pacientes con cáncer, mediante la aplicación de estrategias orientadas a la prevención, la detección temprana, el diagnóstico, el tratamiento, rehabilitación, el control del dolor y cuidados paliativos, haciendo un mejor uso de los recursos disponibles, esto según la CCSS (2012).

Se plantea el fortalecimiento de recurso humano de la CCSS mediante un plan de formación, capacitación y sensibilización para la atención integral del cáncer; hasta ese momento se habían capacitado más de 66 profesionales en el exterior y 70 dentro del país, principalmente técnicos en diferentes áreas, así como profesionales en radiología y oncología.

Para el año 2012, solamente se hace mención de una profesional en Trabajo Social capacitada en oncología como parte de lo propuesto en este plan, esto en el Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia. Aspecto que coincide con lo señalado

por las profesionales en Trabajo Social entrevistadas, sobre la ausencia de capacitación en el tema de cáncer en adolescencia.

Plan de acción para la implementación del proyecto: Fortalecimiento de la atención integral del cáncer en la Red Oncológica Nacional de la CCSS

El presente plan fue elaborado en el año 2009 por parte de la CCSS, con el objetivo de fortalecer la atención integral de los cánceres prioritarios en el país, esto a través del aumento de la capacidad resolutive de la red oncológica de la CCSS, en promoción, prevención, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

De manera que, este plan fortalece la atención del cáncer por diagnósticos y no por grupos etarios como se abordaba anteriormente, no obstante las profesionales refieren que esta particularidad es recuperada dentro de la atención brindada por Trabajo Social.

Respecto a la conformación de la red oncológica, la misma integra las distintas instancias correspondientes a los tres niveles de atención de la CCSS; instituciones estatales que puedan beneficiarse con el proyecto o aporten mejoras mediante su revisión y análisis, así como organizaciones de la sociedad civil y empresas privadas como posibles partes interesadas.

El proyecto de fortalecimiento de la atención integral del cáncer desarrollado por la CCSS (2009a), se dirige a dos áreas de intervención: mejorar la gestión de la Red Oncológica para la atención integral del cáncer a través de herramientas de coordinación para brindar servicios oportunos y de calidad a los usuarios, además del área de fortalecimiento de la atención integral de los cánceres prioritarios, en aspectos de infraestructura y equipamiento en la red oncológica.

Cabe destacar que este plan se dirige a la población en general, haciendo distinción únicamente en las particularidades entre mujeres y hombres, así como en población rural y urbana.

Perfil Funcional para la Atención del Cáncer

El Perfil Funcional para la Atención del Cáncer, es una estrategia implementada en el año 2009 para la prevención y la atención integral de esta enfermedad; teniendo como propósito, fortalecer la gestión y la atención de los pacientes en los servicios de salud de la Institución.

De acuerdo con la CCSS (2009b), en este perfil se acuerda la formación de un Consejo Oncológico Institucional, como responsable de la ejecución del esquema funcional para la atención del cáncer; además establece la formulación del proyecto “Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red Oncológica de la CCSS”.

Aunado a esto, se plantea el fortalecimiento de la gestión hospitalaria mediante la creación de los Departamentos de Hemato-oncología en los Hospitales Nacionales Generales y de Niños, con el objetivo de propiciar una mayor oportunidad y calidad en la prestación de los servicios.

El esquema funcional para la atención del cáncer desarrollado por la CCSS (2009b), aborda la prestación de servicios mediante diversos componentes que interactúan en los ámbitos estratégico, técnico y operativo de forma articulada.

Cabe destacar, que dentro las funciones sustantivas del perfil funcional se mencionan:

Promover la articulación de acciones y esfuerzos que se requieren para el tratamiento oncológico (radioterapia, oncología médica y quirúrgica, cuidados paliativos y atención psico-social, entre otros), con fundamento en los requerimientos de la población, las estrategias, la regulación y la normativa técnica establecida, con el objetivo de lograr una atención integral de esta patología (CCSS, 2009b, p.15).

En este sentido, el abordaje de Trabajo Social se contempla dentro de la atención integral de corte biopsicosocial, acorde con las necesidades de la población con diagnóstico de cáncer, por lo cual resulta fundamental fortalecer las estrategias

que permitan una mayor articulación entre los servicios, pues como se mencionó durante las entrevistas, los pacientes “(...) son referidos por los médicos tratantes o por algún otro profesional que considere necesaria la intervención, por ejemplo profesionales de psicología, enfermería principalmente o medicina que son los que refieren a Trabajo Social” (A-6, comunicación personal, 2015).

Programa Nacional de Transición niño(a), adolescente y adulto(a) con enfermedades crónicas a otros niveles de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social

De acuerdo con la CCSS (2011a), este programa se creó en el año 2011, con el objetivo de desarrollar una plataforma de servicios que fortaleciera el proceso de transición del HNN a otros niveles de atención de la CCSS; frente a las inconformidades presentadas por las personas en distintas instancias judiciales, a razón del traslado de un hospital pediátrico a una general, puesto que el HNN limita la atención a personas con edades comprendidas entre los 0 y los 12 años de edad, lo cual, excluye a una parte de la población adolescente que debe ser atendida en otros centros de salud.

La CCSS (2011a) expone que este programa debe ser ejecutado por un equipo conformado preferiblemente por un (a) profesional en medicina, enfermería y Trabajo Social, que sea el enlace para una adecuada transición de la persona adolescente con ECNT de un centro de salud a otro, con el fin de mejorar el proceso de transición mediante la continuidad de la atención según sus necesidades específicas.

Durante el las entrevistas realizadas, se mencionó que el proceso de transición se concreta mediante una referencia realizada por el HNN al servicio correspondiente, por lo que no se coordina directamente con Trabajo Social a menos que la situación lo amerite. Al respecto, se agrega que “(...) El Hospital de Niños hace una referencia y el paciente la entrega, se le da una cita, se atiende y

ellos de todos modos le dan una cita para asegurarse que todo haya caminado como tenía que caminar “(C-1, comunicación personal, 2015).

De manera que, el proceso de coordinación planteado dentro del programa nacional de transición, representa una debilidad importante en los procesos de trabajo vinculados a la atención de la población adolescente, con diagnóstico de cáncer, en tanto reproduce un enfoque bio-médico de la salud, en contraposición de la atención integral que dicta la institución.

Protocolo para la Transición Niño (a)- Adolescente- Adulto (a) con Enfermedades Crónicas

Con base en lo expuesto por la CCSS (2001), este protocolo se crea a partir del Programa Nacional de Transición, y lo deben acatar los establecimientos de salud de los tres niveles de atención de la CCSS; así como las personas usuarias y grupos de la sociedad organizados que tengan como propósito mejorar la calidad y la atención de los servicios de salud.

En dicho protocolo se establece que la adolescencia comprende de los 10 a los 17 años y 11 meses; por lo que el período de pre-transición inicia a los 10 años de edad y culmina a los 12 años 11 meses de edad, cuando se traslada a un hospital para adultos. De ahí que durante el proceso de entrevistas se mencione que generalmente la atención de personas adolescentes con diagnóstico de cáncer dentro de los servicios de Trabajo Social inicia a los 13 años. Al respecto se señala:

Aquí recibimos personas adolescentes a partir de los 13 años, usualmente, puede ser que haya uno que otro un poquito más pequeño, pero usualmente no sucede, a menos que tengan que venir a radioterapia, pero se supone que el Hospital de Niños tiene que asumirlos antes de esa edad, pero hay una predominancia que veo yo de los 15 a los 19 años, que es donde está el foco mayor, por lo menos de que los atendemos acá (A-6, comunicación personal, 2015).

Este protocolo establece las pautas básicas para el proceso de transición de personas adolescentes con ECNT, lo cual, es importante de visibilizar cuando se aborda a esta población, para comprender el cambio que están atravesando al ser atendidos de un hospital especializado para niños y niñas a un hospital general.

3.2.4.3. A nivel de Servicios de Trabajo Social

Plan presupuesto del Servicio de Trabajo Social H.M.

De acuerdo con lo expuesto por Quesada (2015), quién desempeña el puesto de jefatura del servicio de Trabajo Social del Hospital México, el plan presupuesto se encuentra integrado dentro del portafolio de gestión, el cual contiene todo lo que oficialmente el servicio requiere para su funcionamiento. Al respecto se afirma que el plan presupuesto:

(...) es una herramienta, bueno a lo largo del desarrollo de la institución se han venido presentando diferentes herramientas vinculadas al tema de la planificación, y de toda la planificación estratégica institucional verdad, dándole prioridad a grupos poblacionales, dándole prioridad a la parte esta de las poblaciones más vulnerables y sobre todo de la parte de las enfermedades, del comportamiento epidemiológico de la población (...) (Quesada, comunicación personal, 2015).

El Servicio de Trabajo Social sigue el objetivo general planteado en la Organización Funcional de los Servicios de Trabajo Social para los Tres Niveles de Atención (2013), el cual consiste en desarrollar procesos de atención social en salud que contribuyan a la atención integral así como al fortalecimiento de las prestaciones sociales en beneficio de la población; esto acorde con la oferta de servicios y los procesos sustantivos definidos para la profesión.

Por consiguiente, la organización interna del servicio y por ende el plan presupuesto se desarrollan a partir del documento mencionado en el párrafo anterior, el cual establece los procesos sustantivos correspondientes para el tercer nivel de atención; por lo que se señala:

(...) todo ha ido cambiando, y todo lo hemos tenido que ir ajustando totalmente a las demandas institucionales verdad, a los formatos y a todo, ahí está toda la parte presupuestaria, los gastos por, tenemos todos los gastos, todas las necesidades del servicio en relación con los insumos que requerimos y necesitamos, mes a mes nos van dando el soporte para el desarrollo de los proyectos y programas o de las modalidades de atención que tenemos (Quesada, comunicación personal, 2015).

Dentro de la atención planteada se encuentra la consulta social individual, la consulta social grupal, la atención social individual, la atención social familiar y la atención social grupal, además de los ámbitos de docencia, investigación y la participación en sesiones de equipo técnico.

Siguiendo a Quesada (2015) el presupuesto del servicio se desarrolla de manera autónoma y los pedidos correspondientes a cada partida presupuestaria se presentan al Departamento de Administración Financiera.

Protocolo de atención social a la población adolescente usuaria de los servicios de Trabajo Social, Hospital México

Este protocolo de atención social a la población adolescente es exclusivo del servicio de Trabajo Social del Hospital México; dentro del mismo la adolescencia se comprende desde los 10 a los 19 años y once meses de edad, lo cual, es congruente con período de adolescencia que se plantea dentro de la investigación.

De acuerdo con Alvarado y González (2007), su creación responde a la necesidad de ofrecer un protocolo de atención que permita, orientar el abordaje integral de la población adolescente de los servicios del área de hospitalización, urgencias y consulta externa; aspectos que incluyen a las personas adolescentes con diagnóstico de cáncer atendidas en dichas áreas.

La intervención planteada para las personas adolescentes parte de una concepción de adolescencia inserta desde una perspectiva género-sensitiva del desarrollo humano integral, incorporando cuatro aspectos trascendentales en el

proceso de desarrollo adolescente: la reconstrucción de la identidad, la integración de un nuevo esquema corporal, la consolidación del desarrollo cognoscitivo y la construcción de su proyecto de vida. Considerando a los y las adolescentes protagonistas en su proceso de salud, al visualizarlos como sujetos con capacidades y potencialidades para comprometerse en su autocuidado.

El protocolo, establece como objetivo general, brindar una atención integral a la población adolescente y sus familias, mediante acciones de prevención, curación y rehabilitación para mejorar su calidad de vida. Al identificar los factores protectores y de riesgo social que presenta la persona adolescente y su grupo familiar para desarrollar un tratamiento y seguimiento acorde con sus necesidades.

Dentro del protocolo se integra la necesidad de abordar tanto a la persona adolescente y a su grupo familiar, como un aspecto medular en la atención social brindada por Trabajo Social, al concebir a la persona menor de edad desde su propio contexto, siendo protagonista de su proceso de salud.

Plan presupuesto del Servicio de Trabajo Social del Hospital San Juan de Dios

Este plan corresponde a un proceso de planificación del Servicio de Trabajo Social, específicamente en el HSJD, en el cual participaron tanto la Jefatura, Subjefatura, así como el resto del personal del Servicio. Se indica que, ha sido realizado en congruencia con los problemas sociales prioritarios para Trabajo Social a nivel nacional y otros lineamientos institucionales en la atención integral de la salud.

El objetivo general de este plan es el desarrollo de procesos de atención social en salud, implementando la consulta social e intervenciones sociales, esto con la finalidad de contribuir a la atención integral y mejoramiento de la salud de los usuarios del servicio de Trabajo Social del HSJD.

Se propone una intervención social que considere las capacidades internas de las personas y los recursos existentes en el entorno. Asimismo, la realización de un

trabajo articulado, mediante una red operativa de Trabajo Social, vinculada interdisciplinaria e intersectorialmente, para facilitar la prestación de servicios sociales, caracterizado por una atención ágil, oportuna y de calidad hacia la población.

Si bien este plan no presenta ninguna estrategia dirigida exclusivamente a la población adolescente con diagnóstico de cáncer, sí brinda líneas de trabajo que impactan en su atención. Al plantear por ejemplo, que a la persona con cáncer y su familia se le debe brindar educación sobre aspectos psicosociales, como el proceso de adaptación ante la crisis emocional, participación de la familia en el proceso de tratamiento, síndrome del cuidador, temas reglamentarios como pensión por invalidez, incapacidades y prórroga.

A su vez, con la intención de fortalecer la atención del servicio, se propone la capacitación del personal, el fortalecimiento de la participación de Trabajo Social en comisiones interdisciplinarias estratégicas, mantener la inserción en espacios profesionales por ejemplo, en la clínica del dolor, el monitoreo del cumplimiento del plan, entre otros aspectos.

Organización funcional de los servicios de Trabajo Social en los tres niveles de atención

De acuerdo con lo expuesto por la Sub área de Gestión Técnica de los Servicios de Trabajo Social (2013), este documento se elaboró a partir del diagnóstico nacional de la organización de los servicios de Trabajo Social, que realizó el Área de Regulación y Sistematización de Diagnóstico y Tratamiento, en el año 2011. Teniendo como intencionalidad, fortalecer el camino estratégico para que los servicios de Trabajo Social cuenten con lineamientos que determinen los procesos sustantivos que deberán implementar para alcanzar la misión y la visión institucional, a partir de una nueva oferta de servicios según los tres niveles de atención de la CCSS.

En cuanto a los procesos sustantivos vinculados al tercer nivel de atención, son clasificados de acuerdo con los componentes del modelo de atención integral de la salud (promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación), por lo cual, para cada uno de ellos se detalla la actividad sustantiva y el producto esperado; siendo la promoción el único componente que no se aborda en este nivel.

Dentro del componente de prevención de la enfermedad, se especifica lo referido a la atención social y consulta social individual, así como la educación social en salud, lo cual abarca el diseño, ejecución y evaluación de proyectos grupales y socio-educativos. Mientras que, en el componente de curación y rehabilitación se detallan los procesos sustantivos por diagnóstico, los cuales abarcan la atención social y consulta social a nivel individual y grupal; con actividades sustantivas de valoración y atención social, terapia de familia y/o pareja, atención socio-educativa y terapéutica, atención grupal terapéutica, además de la participación en los equipos de atención psicosocial.

Respecto a los procesos complementarios, se señalan la docencia y la investigación social, el primero incluye la inducción y supervisión a estudiantes universitarios de grado y posgrado que realizan prácticas académicas; además de las pasantías de profesionales en Trabajo Social y otras disciplinas para el desarrollo de habilidades y destrezas con poblaciones específicas, y el abordaje social de procesos mórbidos.

En el proceso de docencia, se menciona la pasantía que realizaron distintas profesionales en Trabajo Social de la CCSS, en el tema de oncología, "(...) cuando se creó todo el programa de cáncer se creó una comisión y se pidió un representante por hospital nacional y ellos fueron a una capacitación a México, 3 meses, cuando volvieron ellos tenían el compromiso de hacer algún lineamiento (...)" (A-3, comunicación personal, 2015).

En este sentido, el proceso de investigación se vincula a las iniciativas de realizar lineamientos que permitan fortalecer la atención de la población con diagnóstico de cáncer, como lo es el lineamiento Técnico Operativo de Trabajo Social para la Atención Social Oncológica.

Lineamiento Técnico Operativo de Trabajo Social para la Atención Social Oncológica

Este lineamiento técnico es de acatamiento obligatorio para todas las personas profesionales en Trabajo Social del régimen de salud, y tiene por objetivo general:

Definir lineamientos técnico-operativos estandarizados de la Atención Social Oncológica, dirigidos a los Servicios de Trabajo Social del Régimen de Salud, para la atención de las personas en el proceso de salud-enfermedad y su red de apoyo significativa, que permitan contribuir a la atención integral, oportuna y de calidad desde un enfoque de derechos (Coordinación de Nacional de Trabajo Social, 2014, p.9).

De manera que el lineamiento establece los procedimientos definidos para Trabajo Social en el ámbito individual, familiar, grupal y comunitario, pues como se mencionó durante el proceso de entrevistas a la población participante:

Bueno el lineamiento técnico establece todos los lineamientos necesarios para realizar la atención social, desde las diversas dimensiones del Trabajo Social y también desde las modalidades de atención, todo lo que es consulta social individual, familiar, grupal, establece inclusive el marco epistemológico, teórico de la atención, establece las principales, o el principal proceso metodológico por el cual debe realizarse la atención, de acuerdo con la modalidad, entonces pues obviamente que si hay una coherencia de la intervención con respecto al lineamiento (...) (A-6, comunicación personal, 2015).

En este sentido, el lineamiento establece las bases teórico-metodológicas y técnico-operativas, para la atención social del cáncer a nivel general, por lo que se vincula al proceso de atención de la población adolescente con diagnóstico hemato-oncológico, en tanto marca las pautas ineludibles para el abordaje de situaciones donde media dicho diagnóstico.

Asimismo, el lineamiento detalla que el proceso de regulación de la atención social pretende alcanzar una atención integral de los determinantes sociales de la salud, sustentado en tres ejes transversales básicos: enfoque de derechos humanos, enfoque género sensible y enfoque de riesgo. Cabe destacar, que dichos enfoques pueden ser trascendidos por cada una de las profesionales, de acuerdo con la fundamentación teórica-metodológica que posean.

Estos enfoques deben estar presentes dentro de las principales acciones sustantivas que realiza Trabajo Social en los tres niveles de atención de la CCSS; para efectos del presente objeto de investigación se particulariza en el tercer nivel, en el cual, la intervención comprende la atención social y consulta social individual, atención social y consulta social familiar, atención y consulta social grupal, grupos terapéuticos, grupos socio-educativos, educación social para la salud, la organización y movilización comunitaria; además de las acciones sustantivas referidas a docencia e investigación social.

Pese a que el lineamiento es una guía ineludible para la atención social oncológica, la persona profesional puede fortalecer el desarrollo de su trabajo profesional, acorde con su propia fundamentación teórica-metodológica, técnico-operativa y ético-política, pues como se afirmó en el proceso de entrevistas “(...) los protocolos no se tienen que ver como una camisa de fuerza, el protocolo es lo mínimo que una profesional tiene que hacer en determinado proyecto digamos, lo máximo usted puede desarrollar toda su creatividad (...)” (B-2, comunicación personal, 2015).

De manera que dentro del análisis, de los procesos de trabajo en los que se inserta Trabajo Social en la atención de personas adolescentes con diagnóstico de cáncer y sus familias, resulta imprescindible analizar los ámbitos teórico-metodológicos, técnico-operativos y ético-políticos que permean el trabajo profesional, los cuales se exponen seguidamente.

3.2.5. Fundamentación teórico-metodológica, técnico-operativa y ético-política¹⁰

La fundamentación teórico-metodológica del trabajo profesional realizado por las Trabajadoras Sociales entrevistadas, en la atención de personas adolescentes con diagnóstico de cáncer y su grupo familiar; se caracteriza por un eclecticismo¹¹ teórico en el cual se encuentran tanto fundamentos de la teoría crítica marxista, teoría de sistemas, fenomenología y el humanismo.

Dicha situación se expresa en la siguiente información:

(...) es como una mezcla de todo, no se puede, yo creo que cuando estén en la práctica lo van a ver, es automático como se va dando cada uno, hoy puedo trabajar en lo que es de Género, y otro día porque se dio la situación, entonces va como, no se puede como descartar, yo no sé qué piensan ustedes cuando ustedes hablan de una sola teoría, es que no, uno no puede como enclaustrarse, sino que es dinámico, se va dando todo uno con el otro (...) (A-1, comunicación personal, 2015).

El eclecticismo teórico se produce como intento de respuesta a todas las circunstancias sociales que vivencian las personas atendidas, entre ellas aspectos de índole económica, crisis ante el diagnóstico y organización familiar. Concibiéndose que cada situación amerita un proceso de trabajo distinto y por consiguiente, la teoría orientadora de éste también es diferente de la utilizada para otra situación.

¹⁰ A manera de síntesis sobre la fundamentación del trabajo profesional en estudio, se presenta un esquema que constituye el anexo n°8.

¹¹ Siendo el eclecticismo un método que:

(...) consiste en reunir lo mejor de la doctrina de varios sistemas. Desde una perspectiva filosófica, es una mezcla que no obedece a principios determinados de un punto de vista: concepciones filosóficas, premisas teóricas, valoraciones políticas; distintos a menudo o contrapuestos. (Rozas, 2004, p.14).

Añade Rozas (2004) que, en Trabajo Social esto resulta de la carencia de formación sólida en cuanto a la teoría y su actualización constante, lo cual causa que se asuman referentes teóricos de manera indiscriminada.

De este modo, se presenta también un pragmatismo en el tanto los fundamentos teórico-metodológicos son condicionados a la capacidad de responder a las necesidades de la población atendida. Tal situación acontece con la teoría crítica Marxista:

(...) dentro de las teorías la marxista no la utilizamos, la conocemos y específicamente yo pienso que es una teoría muy valiosa para el análisis de situaciones pero para discusiones a nivel de Trabajo Social, cuando se expone un caso en reunión de Trabajo Social tenemos toda la teoría marxista; pero en lo cotidiano no (A-7, comunicación personal, 2015).

Esta teoría se considera relevante para el análisis del modo de producción capitalista y las consecuencias del sistema neoliberal en la atención de la salud, así como en el desarrollo de las personas y su calidad de vida, no obstante, las profesionales omiten que esa comprensión que realizan de la realidad como dinámica e histórica, permea también la operacionalización de sus procesos de trabajo.

A diferencia de lo acontecido con la Teoría Marxista, las profesionales en Trabajo Social afirman fundamentar su trabajo profesional desde la Teoría Sistémica, plantean que les permite comprender la dinámica familiar en su complejidad, así como brinda herramientas para el trabajo con ésta. Al respecto, una de las profesionales al referirse sobre su trabajo profesional, menciona que la teoría de sistemas se aplica en el tanto las situaciones que se atienden trascienden el ámbito económico, al situarse dentro de la dinámica familiar.

Tal como mencionaron las profesionales en Trabajo Social, desde la Teoría de Sistemas, se pretende comprender la sociedad desde una perspectiva holística, brindando énfasis en el todo, más allá de las partes que le conforman.

Esta teoría parte de la concepción de un sistema como un conjunto organizado de elementos que interactúan entre sí y que son interdependientes, conformando un todo complejo identificable y distinto de otros. A su vez, como parte del sistema se

pueden encontrar sub-conjuntos de elementos denominados sub-sistemas, esto cuando mantienen relaciones entre sí que los hace un conjunto identificable y distinto.

Según Paredes (2008) el estado de los elementos que conforman el sistema se encuentra determinado por el estado de cada uno de los demás. De manera que, "(...) cualquier cambio en un miembro del sistema afectará a los demás, de esta manera se piensa en la "totalidad", y no en "sumatividad", porque las pautas de funcionamiento del sistema no son reducibles a la suma de sus elementos (...)" (p.10). De ahí la importancia que brindan las profesionales en Trabajo Social a la incidencia del diagnóstico de cáncer de la persona adolescente en la dinámica del grupo familiar, principalmente en las situaciones que desencadena. Siendo necesaria en muchos casos, la reorganización del grupo con el objetivo de volver a un equilibrio.

Una de las profesionales entrevistadas en Trabajo Social, hizo alusión a la Fenomenología como fundamento teórico-metodológico de su ejercicio profesional, mencionando "(...) hay desde la fenomenología mucho de conocer los hechos, la experiencia y de cómo la persona pues va construyendo su realidad verdad, a partir de lo que vive. (A-6, Comunicación personal, 2015).

En efecto, la fenomenología "(...) consiste en la asignación de sentido, ya que ella reside en la subjetividad que está oculta dentro de sí, que se revela y se convierte en sentido intencional y teleológico que guía el progresivo descubrimiento de lo verdadero." (Paiva y Ponce, 1995, p.181). Por tanto, si bien solo esta profesional planteó directamente la Fenomenología, durante el desarrollo de esta investigación se encontraron elementos de esta teoría en el discurso de las demás profesionales, cuando refieren por ejemplo, la necesidad de trabajar la vivencia y comprensión del cáncer tanto en la persona adolescente como en su grupo familiar y la significación e impacto emocional que el diagnóstico les genera.

Aunado a esto, se menciona el Humanismo, el cual según Duque (2013) una de las bases de esta teoría es la explicación fenomenológica del plano emocional como parte de la interacción social. Esta autora agrega que, desde una perspectiva Humanista:

Se busca el desarrollo personal y el activar las capacidades individuales para hacer uso de recursos con el fin de cambiar las situaciones que perturban la dinámica cotidiana mediante el reconocimiento de la autonomía responsable, a partir del comprenderse a sí mismos y la forma como se sitúan en el mundo (p. 98-99).

Una de las profesionales entrevistada manifestó que la Teoría Humanista brinda el sustento para el trabajo de temas como el crecimiento personal y el desarrollo de las potencialidades de las personas; aspectos abordados en relación con el diagnóstico de cáncer y la posibilidad de continuar con la construcción de determinado proyecto de vida.

Otra de las teorías en las cuales se fundamenta el trabajo profesional, refiere a la Logoterapia. De acuerdo con Molla (2002), ésta responde a una fundamentación de corte humanista-existencial, que utiliza los recursos del espíritu humano y está orientada hacia el futuro, considerando la búsqueda del significado como aspecto primario de nuestro ser.

Es considerada la tercera escuela vienesa de Psicoterapia, fundada por Víctor Frankl, quien designó esta palabra en el tanto, “logos” en griego quiere decir entre otros significados, sentido y espíritu; estudiando la logoterapia el sentido de la existencia humana y la búsqueda de ese sentido por parte de cada persona, esto según Morandi (2008). Esta autora agrega que,

La antropología de Frankl se basa en una persona integrada por 3 dimensiones: biológica, psicosocial y espiritual. Mientras que las dimensiones biológica y psicosocial se enferman, la dimensión espiritual no, se bloquea, pero no se enferma. La logoterapia colabora para desbloquear la dimensión espiritual y sanar la dimensión biológica y psicosocial (p.3).

De ahí que, profesionales en Trabajo Social entrevistadas afirmen: “La logoterapia es el análisis de situaciones, por ejemplo trabajo con la ley de la atracción y el manejo de pensamientos, cómo administrar los pensamientos, emociones que le genera toda la crisis de la pérdida (...)” (A-1, comunicación personal, 2015); enfatizando en la dimensión espiritual, vinculada siempre con las dimensiones biológicas y psico-social de las personas usuarias.

Ahora bien, dentro de la investigación se evidenció que cada profesional como parte de su fundamentación teórico-metodológica, se posiciona desde distintos enfoques teóricos según las necesidades de la persona usuaria y la pertinencia de estos referentes para la realización de los procesos de trabajo vinculados a la atención de personas adolescentes con diagnóstico de cáncer y su grupo familiar.

Si bien para fines expositivos los enfoques teóricos en los que se posicionan las profesionales se presentan de forma separada uno del otro, en el trabajo profesional no se desarrollan de esta manera, debido a que responden al eclecticismo teórico que impera en su fundamentación.

Enfoque de Derechos

El enfoque de derechos se fundamenta en el reconocimiento de la ciudadanía a todas las personas, a la vez que “(...) reivindica el papel del Estado para garantizar el desarrollo humano y establece la política social como un derecho social, contempla el impulso de políticas institucionales tendientes a que las personas se apropien de sus derechos (...)” (Solís, s.f., p.4).

De acuerdo a lo indicado por las profesionales entrevistadas, Trabajo Social se constituye como una profesión garante de los derechos, en este caso, en la atención de personas adolescentes con diagnóstico cáncer. Esto se debe a que, a nivel de derechos de niñez y adolescencia se plantean principios como el Interés Superior, estableciendo que toda medida tomada respecto a esta población debe

procurar el fortalecimiento de sus derechos, lo cual es un principio orientador de su trabajo profesional.

Enfoque de riesgo

De acuerdo a lo planteado en el Lineamiento Técnico Operativo de Trabajo Social para la Atención Social Oncológica (2014), el enfoque de riesgo analiza la vulnerabilidad de la persona o comunidad, de verse afectada ya sea a nivel físico, económico, político y/o social ante la presencia de un determinado fenómeno. En este sentido, se analiza:

1-Vulnerabilidad física: aparición de un diagnóstico oncológico y sus secuelas.

2-Vulnerabilidad funcional: se afecta el grado de funcionalidad de forma temporal o permanente.

3-Vulnerabilidad social: depende de los determinantes sociales de la salud y las redes de apoyo significativas con las cuales cuente la persona. (p. 13-14)

No obstante, no sólo se trabaja en relación con factores de riesgo, sino con factores protectores, a nivel personal y social que constituyen oportunidades de mejoramiento de la calidad de vida. Este enfoque se expresa por ejemplo, en las notas de expediente que realizan las profesionales, pues la valoración de la persona usuaria implica la identificación de estos factores para la elaboración de determinado plan de tratamiento.

Enfoque de género sensitivo

Este enfoque “está orientado a fortalecer la comprensión de las personas usuarias de los Servicios como sujetas de derechos, fortaleciendo el ejercicio de su ciudadanía y disminuyendo asimetrías en las relaciones de poder sobre la salud” (Coordinación Nacional de Trabajo Social, 2014, p.13).

A su vez, se posiciona la condición de género como un determinante social de la salud, el cual incide en la configuración del proceso salud-enfermedad tanto de la persona que posee la enfermedad, así como de su grupo familiar. Esto se visualiza en la valoración que realizan las profesionales en torno a la persona cuidadora, señalando que son las madres quienes usualmente asumen el cuidado y no así los padres, como producto de la designación de roles de género en las familias.

Enfoque de Diversidad

Las profesionales en Trabajo Social entrevistadas indicaron que su proceso de trabajo se encuentra mediado por la diversidad de la población atendida, mencionando como lo es la población indígena del país. Por tanto, se plantea un Enfoque de Diversidad en sus procesos de trabajo, el cual, según Guzmán (s, f.) se encuentra vinculado a la diversidad “(...) contenida en creencias y valores, formas de vivir la sexualidad y de manifestar afectos, formas desde las que regiones y etnias afirman su presencia en el mundo, o las personas con discapacidades aportan al desarrollo y la cultura” (p.7). Agregando que, se procura la integración sin subordinación, por lo que el trabajo profesional, parte del análisis de las particularidades de la población atendida para realizar el abordaje de acuerdo con éstas.

Enfoque de fortalezas

De acuerdo con lo señalado por las profesionales entrevistadas, el abordaje de Trabajo Social, en la atención de la población adolescente con diagnóstico de cáncer y su grupo familiar se caracteriza también por el trabajo con las fortalezas que posee cada persona y la familia como sistema, con el objetivo de que, a pesar de las situaciones adversas que vivencian, logren una calidad de vida y la realización de sus proyectos. Por esto, se presenta un Enfoque de Fortalezas en el cual:

Estas fortalezas, a las que en el Trabajo Social se suele denominar como recursos internos al individuo, son la base, el medio y el fin de muchas de las intervenciones profesionales que buscan alcanzar la promoción de las capacidades que suponen la realización y bienestar del individuo y la potenciación de su autonomía en todos los campos (Juárez y Lázaro, s.f., p.3).

De este modo, se trabaja también la resiliencia; según Juárez y Lázaro (s.f.) ésta radica en la superación de las adversidades –en este caso, el cáncer y sus consecuencias- pero como un proceso de transformación y crecimiento que las personas pueden desarrollar tras sucesos adversos, brindándole un nuevo sentido a la vida.

Como parte de la fundamentación teórica metodológica de las profesionales, también se evidenció que el trabajo profesional se sustenta en lo referido a las terapias alternativas, las cuales constituyen un espacio de oportunidades para que la persona profesional pueda desarrollar acciones vinculadas con la medicina no-ortodoxa. Según Bordes (2013) diversifican la oferta y demanda terapéutica, agregando:

En un primer acercamiento, no resulta fácil proponer una definición unívoca y concisa capaz de agotar la heterogeneidad que encierran las *medicinas alternativas* en tanto objeto de estudio de las ciencias sociales. En términos generales, esta expresión retoma una denominación nativa para dar cuenta del conjunto de terapias, disciplinas y sistemas médicos globales en su mayoría de raigambre oriental, tales como la acupuntura, el yoga, el reiki, la medicina ayurveda, entre muchos otros (párr. 1).

Bordes (2013), hace alusión al desarrollo del mercado espiritual, vinculado al pluralismo de ofertas gestado en el intercambio de bienes y servicios, en torno al cuidado del cuerpo y de la persona como ser integral, dentro de la competitividad presente en el esquema liberal del sistema capitalista. Lo cual, interrelaciona el espacio social de las medicinas alternativas o no convencionales, con el campo de las ofertas bio-médicas.

Por lo tanto, las terapias alternativas confluyen con el paradigma bio-médico, al brindar una amplia gama de estrategias para la atención de la salud desde una visión integral. En el caso de las profesionales en Trabajo Social, su implementación responde a la autonomía relativa que poseen para nutrir su trabajo profesional en beneficio de la población con quien trabajan, por lo cual, su uso responde a la fundamentación teórica-metodológica, técnico-operativa y ético-política que posean.

Entre la gama de terapias alternativas que se visualizaron en el trabajo profesional se destacan las dirigidas a la sanación espiritual basada en la Ley de la Atracción, Ho-oponopono¹² y Reiki¹³; al igual que la Programación Neurolingüística¹⁴. Cabe mencionar que, si bien estas forman parte de las terapias alternativas, las profesionales no las identifican como tal, puesto que algunas de ellas las visualizan como técnicas.

Otro de los referentes teóricos sobresalientes en este proceso, se refiere a la intervención en crisis como un elemento fundamental dentro de la atención social oncológica, tanto a nivel de la persona adolescente como de su grupo familiar, frente a la crisis que genera el diagnóstico a lo largo del proceso de salud-enfermedad, como se afirma "(...) la intervención en crisis no se da una sola vez, sino en varios momentos, casi siempre el paciente es el más tranquilo, la familia es la que está más angustiada verdad, pero ellos vienen automáticamente y si no,

¹² Ho-oponopono: De acuerdo a Katz (s.f.) significa corregir un error y es un método antiguo de sanación que enseña a dejar partir los bloqueos y problemas que causan desequilibrio en cada persona.

¹³ Reiki: Se refiere a un método que pretende restablecer el equilibrio para una mejoría, así como que el sistema pueda cambiar para dirigirse a una profunda auto-sanación, esto según Miles (2015).

¹⁴ Programación neurolingüística consiste en "(...) que al modificar nuestros valores, emociones y formas de expresarnos también podemos cambiar "la percepción de la realidad" y la "autoimagen de las personas"" (Gessen y Gessen, 2002, p.341).

unos les da seguimiento en la consulta social (...)” (A-1, comunicación personal, 2015).

De manera que la crisis¹⁵ es abordada como un momento crucial donde surge un desequilibrio dentro de la dinámica familiar, producto del diagnóstico de salud de la persona adolescente, a la vez, que genera un impacto importante a nivel físico y emocional por parte del o la adolescente, eso se expresa en la siguiente cita:

Hay procesos que tal vez están bien emocional y sociales, pero tiene procesos de crisis, aunque nosotros en esa parte no la trabajamos mucho con el adolescente porque está el psicólogo de la clínica de oncología, que se encarga más de trabajar con adolescentes nosotros trabajamos mucho con la familia (A-3, comunicación personal, 2015).

Aunado a la intervención en crisis, el abordaje realizado por las profesionales entrevistadas contempla la terapia breve centrada en soluciones, la cual, de acuerdo con Schade et al (2009) es una integración de métodos desarrollados desde 1966 por el Mental Research Institute de Palo Alto, California, denominada Terapia familiar breve centrada en problemas y desde 1982 hasta la actualidad por el Brief Family Therapy Center de Milwaukee, conocida como Terapia breve centrada en soluciones. El modelo se fundamenta en la Teoría General de Sistemas, el Constructivismo, la Teoría de la Comunicación Humana y la Cibernética.

Los autores recuperan los postulados de O'Hanlon y Weiner-Davis (1989) al afirmar que una de las principales premisas de la terapia familiar breve centrada en soluciones es que las personas disponen de los recursos necesarios para superar sus problemas, aunque no sean conscientes de ellos. Además, plantean

¹⁵ Se define como un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por una incapacidad del individuo para manejar situaciones particulares, utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas, y por el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo (Slaikeu, citado en Rojas s, f., p.6).

que para encontrar la solución no hace falta conocer el origen o causas del problema, debido a que éste se da en la interacción humana, de ahí que la persona terapeuta deba estimular el cambio en dirección de la solución del problema, identificando y ampliando aquello que ya esté funcionando.

Schade et al (2009) agrega que esta terapia apunta principalmente a la reducción del número de sesiones y/o a un menor tiempo en la duración de ellas, sin un detrimento en los resultados. Afirmando que el acortar la terapia no significa una disminución de su eficacia, sino por el contrario aumentar la eficacia de la misma, pretendiendo alcanzar los mismos resultados terapéuticos pero en menor tiempo.

En el caso de la atención de personas adolescentes con diagnóstico de cáncer y su grupo familiar en los HM y HSJD, la Terapia breve centrada en soluciones, responde a la alta demanda de los servicios y el tiempo de hospitalización que presente la persona, por lo que las profesionales deben brindar una atención acorde con los recursos disponibles, puesto que:

A veces aquí uno tiene que aplicar mucho terapia breve centrada en soluciones porque es muy poco el tiempo que uno tiene verdad, entonces uno tiene que enfocarse en el aquí y ahora y no en el pasado, dejar el pasado, enfocarse en cuál es el problema que tenemos, cuál es la situación que debemos resolver, cuáles son los recursos que tenemos, cuáles son los recursos que tiene la familia, que recursos que alternativas podemos nosotros también buscar para esa familia y lo más rápido posible (...) (A-3, comunicación personal, 2015).

En esta línea, la fundamentación técnico-operativa se encuentra enmarcada dentro de la institucionalidad presente en la CCSS, por lo que su abordaje debe responder a las particularidades tanto de la institución como de las personas adolescentes, lo cual, no reduce la atención a un plano meramente funcionalista, dado que la profesional puede hacer uso de otros recursos institucionales para fortalecer su trabajo profesional, como lo es el seguimiento y la activación de las redes intra y extra institucionales, mediante la elaboración de referencias.

Por lo tanto, la atención social oncológica contempla otras herramientas técnico-operativas como lo son la entrevista individual y/o familiar, en el caso que se requiera recolectar más información sobre la situación que presenta la persona adolescente, lo que puede fortalecerse con la observación del lenguaje no verbal y las interrelaciones presentes en la dinámica familiar.

En el caso del abordaje del grupo familiar de las personas adolescentes, las profesionales hacen uso de “acuerdos”, a nivel del grupo familiar, de la persona adolescente e inclusive de la profesional en Trabajo Social.

De forma tal que, se denota un acercamiento al modelo de Mediación familiar, la cual “(...) puede ser definida como una intervención en un conflicto o una negociación por parte de una tercera persona aceptable a las partes, imparcial y neutra, sin ningún poder de decisión y que pretende ayudarlas a que ellas mismas desarrollen un acuerdo (...)” (Ripol-Millet, 2000, p.44).

Respecto a la mediación, se encuentran elementos vinculados específicamente con un modelo transformador, desde el cual, según Ripol-Millet (2000) la mediación consiste en un instrumento que pueda cambiar a las personas, siendo ellas mismas quienes definen las circunstancias que les aquejan, promoviendo el proceso de crecimiento personal. Se propone también que, los conflictos no deben considerarse problemas, sino oportunidades para crecer; destacando las capacidades de cada persona.

Utilizar los conflictos de forma creativa nos da la ocasión, opinan, de ejercitar nuestra capacidad de tolerancia y empatía, de ponernos en el lugar del otro y de desarrollar un auténtico interés por el ser humano al que nos oponemos en algún tema concreto. La función de la mediación se convierte, de esta forma, en un instrumento de desarrollo humano. (Ripol-Millet, 2000, p. 47)

Este autor agrega que los objetivos principales de una Mediación transformadora son el reconocimiento del otro(a), así como el fortalecimiento propio (denominado empowerment). Ante lo cual, se presentan características específicas de este

proceso, en el caso de Trabajo Social en la atención de personas adolescentes con cáncer y sus familias; se destaca el rol de la profesional para posibilitar la construcción de alternativas por parte de las personas involucradas quienes valoran cada una de ellas. A su vez, se brindan retroalimentaciones a partir de la reinterpretación de las declaraciones realizadas por cada persona con el objetivo de propiciar una toma de decisiones informada y acorde con sus necesidades.

En este sentido, las técnicas no deben visualizarse en forma segmentada, cada una de ellas puede desarrollarse junto con otras, dependiendo de las particularidades de la situación que se aborde, por lo que una entrevista puede implicar una valoración social domiciliar para desarrollar sesiones familiares y/o socio-educativas, así como para verificar las condiciones habitacionales del o la adolescente.

Lo anterior se reafirma dentro de los informes sociales, dado que los mismos pueden contener una amplia gama de técnicas para recolectar la información necesaria que se desea obtener respecto a la situación social de la persona adolescente.

De manera que, la fundamentación técnico-operativa se desarrolla acorde con el contexto que presenta cada persona, así como la fundamentación teórico-metodológica que guía el accionar de la persona profesional, contemplando otros insumos adicionales a los ya mencionados en párrafos precedentes; entre estos la biblioterapia, la expresión de sentimientos mediante la escritura y la revisión documental.

En el caso de la biblioterapia, Deberti (s, f.) señala que es una técnica derivada de la bibliotecología y la psicología conductual, la cual ha sufrido una serie de cambios a lo largo del siglo XX.

Morandi (2008) señala que la Biblioterapia es la lectura de todo material bibliográfico con fines terapéuticos. No obstante, alude que es imprescindible

diferenciarla de la Psicoterapia “La biblioterapia no es psicoterapia. En la psicoterapia se produce un encuentro entre el paciente y el terapeuta y en la biblioterapia el encuentro es entre el lector y la lectura” (p. 4).

La autora antes mencionada, plantea dos tipos de biblioterapia. Uno de ellos es la Biblioterapia de Prevención, aplicada a personas que no padecen alguna enfermedad. Mientras que, el segundo tipo es la Biblioterapia Clínica, utilizada como herramienta de trabajo en procesos con personas que padecen enfermedades graves, brindando lecturas vinculadas con las circunstancias que les afectan.

A través de la investigación, se denota que desde Trabajo Social en la atención de personas adolescentes con cáncer y su grupo familiar, se enfatiza en la Biblioterapia de tipo Clínica; se considera una herramienta basada en el uso de resúmenes de libros, frases o fragmentos de una lectura, relacionadas con “(...) por ejemplo lo que son derechos, lecturillas de crecimiento, y las analizamos y las revisamos (...)” (A-5, comunicación personal, 2015), dependiendo el contenido de las lecturas según el enfoque teórico que desarrolle cada Trabajadora Social.

En cuanto a la expresión de sentimientos mediante la escritura, fue otra técnica visualizada dentro del abordaje de las personas adolescentes, mencionándose que “(...) por lo general los adolescentes están emocionalmente muy cargados, entonces el escribir una carta por ejemplo, para sacar todo su enojo, liberarse un poquito, esa es la que más les cuesta (...)”(A-5, comunicación personal, 2015).

La revisión bibliografía por su parte, es una técnica que incluye tanto la revisión de expedientes, así como material de apoyo para el desarrollo del trabajo profesional, entre los que se encuentran políticas, planes institucionales, lineamientos entre otros documentos oficiales; por lo que el desarrollo de cada una de las técnicas mencionadas anteriormente puede incluir la revisión documental como un aspecto clave dentro de su ejecución.

No obstante, es necesario tener claridad de que el accionar técnico-operativo se encuentra estrechamente ligado a la fundamentación teórica-metodológica, puesto que:

Paralelamente, la teoría se afirma también como *teoría de las posibilidades de la acción*. Así, si ella es condición para desvelar las posibilidades de acción en el proceso social. Con esa comprensión se diluye la reivindicación de una doble metodología: una que daría cuenta de la esfera del conocimiento, y otra de la acción (Iamamoto, 2003b, p.101).

En este sentido, la teoría no puede visualizarse desligada de la acción, por lo que una mediación fundamental dentro del trabajo profesional que desarrolla cada Trabajadora Social, es la fundamentación teórica que sustenta su accionar, en vinculación con los parámetros que marca la institución.

En concordancia con lo anterior, es necesario recuperar la fundamentación ético-política que desarrollan las profesionales dentro de los procesos de trabajo vinculados a la atención de personas adolescentes con diagnóstico de cáncer y sus familias, como parte del análisis de la teleología implícita en el trabajo profesional, puesto que:

La esencia del trabajo consiste precisamente en ir más allá de esa fijación de los seres vivos en la competencia biológica con su mundo ambiente. El momento esencial separador es constituido no por la fabricación de productos, si no por el papel de la conciencia (...) (p.134).

Siendo así, el trabajo posee una finalidad determinada antes de su concreción, lo cual, se ve reflejado dentro de las entrevistas realizadas a las profesionales en Trabajo Social, en la medida que se vislumbra un proyecto societal direccionado a validar los derechos de las poblaciones más vulnerables, como lo son en este caso las personas adolescentes.

Esta intencionalidad se concreta a partir del trabajo profesional que se brinda de acuerdo con las particularidades y necesidades que permean el proceso de salud-

enfermedad de las personas adolescentes con cáncer y su grupo familiar. Dichos elementos se explicitan en el siguiente sub apartado.

3.3 Materia Prima

Este apartado corresponde a la categoría de materia prima que plantea lamamoto (2003a), dentro de su propuesta de análisis para los procesos de trabajo de Trabajo Social; siguiendo a la autora esta se encuentra en el ámbito de la Cuestión social en sus múltiples manifestaciones, siendo la razón u objeto que da sustento a dicho proceso de trabajo. Por lo tanto:

Para que exista trabajo son necesarios los medios de trabajo y materia prima u objeto sobre el cual incide la acción transformadora del trabajo. Tales elementos constitutivos de cualquier proceso de trabajo –en cualquier sociedad- existen en determinadas condiciones y relaciones sociales que le atribuyen a los procesos de trabajo significados sociohistóricos particulares (p.117).

La materia prima engloba los elementos hacia los cuales se direcciona el trabajo profesional que realiza Trabajo Social, dentro de la atención de las personas adolescentes con diagnóstico de cáncer y su grupo familiar. Por lo tanto, se desarrollaron dos sub apartados correspondientes a los principales diagnósticos hemato-oncológicos presentes en la población adolescente, así como las necesidades que presenta este grupo con mayor frecuencia en el ámbito social.

Dichos elementos permiten obtener un panorama general, de la materia prima presente dentro del carácter dinámico de la atención de la población adolescente con diagnóstico de cáncer y sus familias.

La información utilizada fue recopilada a través del proceso de entrevistas a la población participante, así como por las estadísticas brindadas por el Área de Estadísticas en Salud de la C.C.S.S. (2015).

3.3.1 Principales diagnósticos hemato-oncológicos presentes en adolescentes

De acuerdo con los datos arrojados en las entrevistas realizadas tanto a las profesionales en Trabajo Social, así como a otros profesionales que trabajan conjuntamente en la atención de personas adolescentes con diagnóstico de cáncer, los principales diagnósticos hemato-oncológicos que se presentan en dicha población son Linfomas de Hodgking, Leucemia, Osteosarcoma, Cáncer de testículo y Tumores Cerebrales; los cuales se exponen a continuación.

Linfomas Hodgkin:

De acuerdo al Instituto Nacional contra el Cáncer de Estados Unidos (2014a) el linfoma o enfermedad de Hodgkin, se ubica inicialmente en el sistema linfático, específicamente en uno de sus ganglios, algunas de las formas por las cuales se encuentra esta enfermedad es por un ganglio linfático inflamado en el cuello, en el pecho u otra zona del cuerpo.

Esta instancia agrega que la enfermedad empieza cuando un linfocito se hace anormal, dicha célula se divide para hacer copias de sí misma y sus copias continúan dividiéndose, provocando la acumulación de células anormales. Estas células pueden dispersarse por los vasos linfáticos o por los vasos sanguíneos a otras partes del cuerpo.

En cuanto a su incidencia en la población adolescente en Costa Rica, para el año 2014 se presentaron 21 casos asociados a dicha situación de salud, esto según datos del Área de Estadísticas en Salud de la C.C.S.S. (2015), siendo la cuarta causa de egresos hospitalarios debidos a cáncer en personas adolescentes según sitio anatómico para el año 2014, ubicándose después de la leucemia linfoide, tumores benignos y tumores de comportamiento incierto o desconocido.

Leucemia

La leucemia es un cáncer que se encuentra en la sangre y en la médula ósea. Según el Instituto Nacional contra el Cáncer de Estados Unidos (2014b), las leucemias se pueden clasificar de la siguiente manera:

- Leucemias agudas y crónicas

Esta clasificación responde a la rapidez con la que ocurre la enfermedad y el desarrollo de la misma. En cuanto a la leucemia aguda, ésta se forma con rapidez, aumentando aceleradamente las células de la leucemia. Mientras que, la leucemia crónica se produce lentamente, las personas que la padecen no suelen tener síntomas inicialmente.

- Leucemias mieloides y linfoides

Esta clasificación se realiza según el tipo de glóbulos blancos que afecte, ya sea Leucemia mieloide (aquella que inicia en las células mieloides) o Leucemia Linfoide (inicia en los ganglios linfáticos) también conocida como linfoblástica o linfocítica.

Durante el año 2014 en Costa Rica, de los egresos hospitalarios de personas adolescentes registrados por el Área de Estadísticas en Salud de la C.C.S.S (2015), 56 de estos correspondieron a leucemia linfoide, 16 a leucemia mieloide y 5 por otras leucemias.

Osteosarcomas

De acuerdo con el Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos (2014c), el osteosarcoma generalmente comienza en los osteoblastos, que son un tipo de célula ósea que se convierte en tejido óseo nuevo y se presenta con mayor frecuencia en los adolescentes.

Álvarez et al (2010), expone que el osteosarcoma es el segundo tumor primario de hueso maligno más frecuente después del Mieloma Múltiple, y se presenta con

mayor frecuencia en la segunda década de la vida, existiendo una ligera incidencia en el sexo masculino en relación al femenino de 1.3 a 1.

Siguiendo a Álvarez et al (2010), este tipo de tumor se presenta en cualquier estructura ósea, siendo más frecuentes en el esqueleto apendicular y en el 50% de los pacientes se localiza en las zonas metafisiarias cercanas a la rodilla.

Con base en los datos registrados por el Área de Estadísticas en Salud de la C.C.S.S (2015), durante el año 2014 se registraron 21 egresos hospitalarios por cáncer en hueso y cartílagos articulares de miembros, así como 7 egresos correspondientes a cáncer de hueso y cartílagos articulares de otros sitios.

Cáncer de testículos

Benedito et al (2012), exponen que los tumores de células germinales testiculares son poco frecuentes, por lo que representan el 1% de todos los tumores malignos en varones, sin embargo, es la neoplasia más frecuente en varones de edades comprendidas entre los 15 y 35 años, lo cual incluye a la población adolescente.

Siguiendo a los autores antes mencionados, este tipo de tumores se caracteriza por afectar a varones en mayor grado a personas de tez blanca, en edades jóvenes, y por su alta posibilidad de curación, pues alrededor de 95% de los pacientes recién diagnosticados pueden curarse.

De acuerdo con los datos del Área de Estadísticas en Salud de la C.C.S.S (2015), durante el 2014 se registraron 11 egresos hospitalarios correspondientes a este tipo de cáncer.

Tumor cerebral

Rodríguez et al (2010) afirman que los tumores cerebrales se definen como la proliferación anormal del tejido cerebral y/o sus cubiertas, representando del 85% a 90% de todos los tumores primarios del sistema nervioso central.

Los autores señalados anteriormente, expresan que cerca del 50-60% de los tumores cerebrales surge en el encéfalo, y el 40% representa lesiones metastásicas; además la incidencia de los tumores cerebrales primarios es más alta en los individuos de tez blanca y la mortalidad es mayor entre los varones.

De acuerdo con Rodríguez et al (2010), en el año 2000 se diagnosticaron a nivel mundial, aproximadamente 176 000 nuevos casos de tumores cerebrales y de otros tumores del sistema nervioso central, con una mortalidad estimada de 128,000 fallecidos.

En el caso de Costa Rica, los egresos hospitalarios de personas adolescentes registrados por el Área de Estadísticas en Salud de la C.C.S.S (2015), durante el año 2014, corresponden a 7 casos de cáncer situado en el encéfalo.

Cáncer en tejidos mesoteliales y de los tejidos blandos

Estos tipos de cáncer contemplan dos localizaciones específicas como lo son el tejido mesotelial y los tejidos blandos. Los sarcomas de tejidos blandos, los cuales se pueden originar en tejidos adiposos, musculosos, nerviosos y fibrosos, así como en los vasos sanguíneos y los tejidos profundos de la piel; esto según American Cancer Society (2014). La mayoría de ellos se desarrolla en los brazos y piernas, además se pueden encontrar en el tronco, la cabeza y el área del cuello, los órganos internos y el área trasera de la cavidad abdominal (retroperitoneo); de ahí que se conozcan alrededor de 50 tipos de sarcomas de tejidos blandos.

En cuanto al cáncer en tejidos mesoteliales, el Instituto Nacional del Cáncer (2015b) destaca que es una enfermedad en la cual se encuentran células malignas (cancerosas) en la pleura, siendo ésta la capa delgada de tejido que reviste la cavidad del pecho y cubre los pulmones; o el peritoneo, el cual constituye la capa delgada de tejido que reviste el abdomen y cubre la mayoría de los órganos del abdomen.

En el caso de Costa Rica, los egresos hospitalarios de personas adolescentes registrados por el Área de Estadísticas en Salud de la C.C.S.S (2015), durante el año 2014, se presentaron 14 egresos correspondientes a estos tipos de cáncer.

Cáncer en las glándulas de tiroides y otras endocrinas

El Instituto Nacional del Cáncer (2015c) señala que este cáncer es una enfermedad por la que se forman células malignas en los tejidos de la glándula tiroidea. Los principales tipos de cáncer de tiroides son cáncer de tiroides papilar, folicular, medular y anaplásico.

La mayoría de pacientes con carcinoma tiroideo son de bajo riesgo de muerte, siendo factores de mal pronóstico la edad al diagnóstico (entre 16 y 45 años; período que comprende una parte del proceso de adolescencia), el sexo masculino y los antecedentes de este tipo de cáncer en la historia familiar; esto según lo mencionado por González et al, 2006.

El Área de Estadísticas en Salud de la C.C.S.S (2015), plantea que durante el año 2014 en Costa Rica, se presentaron 15 egresos de personas adolescentes vinculados a este tipo de cáncer.

De acuerdo con la información anteriormente descrita, la situación de salud-enfermedad que presenta la población adolescente con diagnóstico de cáncer es de muy amplia, y depende de las diversas particularidades que engloba su diagnóstico; el cual, es un elemento a considerar dentro de la atención brindada.

Dentro de los datos registrados por el Área de Estadísticas en Salud de la CCSS (2015), se exponen otros tipos de cáncer que afectaron a la población adolescente durante el año 2014 como los tipos de cáncer situados en la cavidad bucal, labio y faringe (6 egresos), en el colón (3 egresos), en páncreas (1 egreso), cáncer de mama (1 egreso), melanoma de la piel (2 egresos), otros tumores de la piel (3 egresos), cuello de útero (1 egreso), ovario (4 egresos), así como de riñón y vías urinarias (2 egresos).

Además el Área de Estadísticas en Salud de la CCSS (2015), reporta 16 egresos por cáncer en sitios mal definidos y no especificados, 2 egresos de por tumores in situ, 394 egresos por tumores benignos y 116 egresos por tumores de comportamiento incierto o desconocido.

3.3.2 Necesidades de la población adolescente con diagnóstico de cáncer y sus familias en el ámbito social

Dentro de este sub apartado se mencionan las principales necesidades en el ámbito social que presenta la población adolescente con diagnóstico de cáncer y su grupo familiar, con base en la información obtenida de las entrevistas realizadas a las personas profesionales en Trabajo Social, lo cual, es parte de los motivos por los que dicha población es referida o acude al servicio de Trabajo Social. Entre estas necesidades se destacan tanto los factores de riesgo, así como los factores protectores que requieran ser fortalecidos dentro del proceso de atención de la salud.

En este sentido, las necesidades deben comprenderse dentro de una totalidad concreta, que se encuentran en constante cambio y poseen una relación dinámica entre cada una de ellas, dependiendo de las particularidades que presente la persona adolescente.

A continuación se exponen diferentes sub categorías que dan un panorama general, puesto que esto se retoma más ampliamente en el apartado de “Trabajo Vivo”, asimismo, se catalogaron de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), al ser ésta la utilizada a nivel institucional para designación del diagnóstico de cada persona usuaria.

El no aseguramiento de las personas adolescentes

De acuerdo a la información brindada por las profesionales en Trabajo Social que formaron parte del estudio, una de las situaciones por las cuales refieren a las personas adolescentes con diagnóstico de cáncer al Servicio de Trabajo Social es

por la ausencia de aseguramiento en determinado régimen. Esto se realiza en el tanto, la población adolescente puede acceder al aseguramiento por medio del Estado cuando no pueda integrarse a otro modo de aseguramiento, al ser la salud un derecho que el mismo debe salvaguardar. Estas situaciones se encuentran clasificadas en el CIE 10 por el código: Z75: Problemas relacionados con facilidades de atención médica u otros servicios de salud.

Situación socioeconómica

Otra de las situaciones objeto de atención por parte de las profesionales en Trabajo Social entrevistadas, se encuentra la situación socioeconómica de las personas adolescentes y de su grupo familiar.

De acuerdo a la información brindada por ellas, un nivel socioeconómico bajo o medio es la característica común de la población que ellas atienden, principalmente familias en pobreza extrema. Como parte de la situación socioeconómica se abordan también circunstancias relacionadas con el empleo y desempleo específicamente de las fuentes primarias del grupo familiar. Al respecto, una de las profesionales indica:

(...) porque es una persona que está ocupando mucho el apoyo económico y generalmente si el grupo familiar es jefado por una mujer y la madre es la que lo está cuidando y dejó de trabajar, entonces vieras que nos enfrentamos mucho a esa situación, a mucha pobreza, porque si la madre se viene a cuidarla tuvo que dejar su trabajo muchas veces tienen que renunciar sus trabajos para cuidar a sus hijos enfermos (...)
(A-2, comunicación personal, 2015).

Tal como se muestra en la cita anterior, las situaciones socioeconómicas de las familias pueden ser mayormente vulnerabilizadas a raíz del diagnóstico de la persona adolescente y el proceso de tratamiento que este conlleva. Estas situaciones se encuentran clasificadas en el CIE 10 por los códigos Z56: Problemas relacionados con el empleo y el desempleo y Z59: Problemas relacionados con la vivienda y las circunstancias económicas.

Condiciones habitacionales

Las profesionales entrevistadas señalaron que, como parte del proceso de tratamiento del cáncer pueden requerirse ciertas condiciones habitacionales que faciliten la recuperación del adolescente mientras se encuentra en la vivienda que habita, algunas de las situaciones que demandan determinadas situaciones habitacionales son los procesos de trasplantes de órganos, así como las amputaciones de miembros corporales. Suelen clasificarse como Z58: Problemas relacionados con el ambiente físico o Z59: Problemas relacionados con la vivienda y las circunstancias económicas.

Dinámica Familiar

La dinámica familiar constituye un objeto de trabajo de las profesionales vinculadas a la atención de las personas adolescentes con diagnóstico hemato-oncológico y su familia, dicha situación de salud y las condiciones que su tratamiento requiere, suele ser desencadenante de circunstancias relacionadas con la organización y reorganización del grupo familiar; en vinculación con las expresiones de la Cuestión Social, tales como la situación socio-económica, el no aseguramiento, entre otros elementos que inciden en las condiciones materiales de vida de esta población.

En este sentido, una de las profesionales en Trabajo Social refiere que:

(...) a veces no es una cuestión económica sino cómo volver a organizar nuevamente a la familia en un proceso que va a durar seis meses o un año, porque son traslados cada mes, eso va a depender del diagnóstico, si el paciente va a tener que estar internado o hospitalizado un mes, cómo se organiza una familia que viene de Pérez Zeledón, entonces ellos aquí pasan reorganizándose. (A-3, comunicación personal, 2015).

Tal como se muestra en la cita anterior, la dinámica familiar está estrechamente asociada al diagnóstico de cáncer y su tratamiento, principalmente en torno a las personas cuidadoras de la persona adolescente durante el proceso. No obstante,

las profesionales en Trabajo Social destacaron que, a nivel de dinámica familiar se abordan también los límites, la autoridad y responsabilidad del padre y la madre, respecto al adolescente. Atendiendo situaciones vinculadas con la violencia intrafamiliar y el abandono familiar.

En la Clasificación Internacional de Enfermedades, estas situaciones son clasificadas por el código Z63: Otros problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares.

Red de apoyo

En cuanto a las redes de apoyo, éstas se ubican a nivel familiar, comunal, interinstitucional o con organizaciones no gubernamentales.

A nivel familiar se aborda principalmente el apoyo de las personas cuidadoras del o de la adolescente, al existir la posibilidad de presentarse el Síndrome del Cuidador Cansado, cuando “(...) tiene pocas redes de apoyo, casi nadie lo reemplaza entonces uno tiene que tratar de potenciar esa red de apoyo, tratar de hacer algo llamar un familiar llamar a otro, el Síndrome del Cuidador Cansado verdad.” (A-2, comunicación personal, 2015) y en determinados casos, la ausencia total de una persona que asuma el cuidado.

Mientras que, cuando se trabajan las redes de apoyo a nivel comunal, institucional y/o con organizaciones no gubernamentales, se propicia la activación de ellas para la consecución de recursos de carácter asistencial, como el albergue para el adolescente y familiares, subsidios económicos, víveres, entre otros. Su clasificación dentro del CIE-10 se encuentra supeditada al motivo por el cual se requiere la activación de las redes indicadas anteriormente.

Crisis ante el diagnóstico

El diagnóstico de cáncer puede ocasionar una crisis situacional tanto para el adolescente como para su grupo familiar, como se afirma durante una entrevista, “Usualmente, cuando ya refieren a Trabajo Social, ya ha habido algún

enfrentamiento de la situación verdad, ya digamos que llegan en el proceso en el que ya empiezan a elaborar la crisis, y están tratando a ajustarse al proceso de su salud (...)" (A-6, comunicación personal, 2015).

El abordaje de Trabajo Social en estas situaciones, incluye trabajar aspectos particulares según las necesidades de la persona adolescente y su grupo familiar, entre los que se encuentra el miedo a la muerte asociado a los mitos del cáncer, la asimilación y/o aceptación de la condición de salud que enfrentan, entre otros aspectos.

Con base en la Clasificación Internacional de Enfermedades, estas situaciones pueden ser clasificadas con el código Z 64: problemas relacionados con ciertas circunstancias psico-sociales, y Z 63: otros problemas relacionados con el grupo primario de apoyo, inclusive circunstancias familiares, puesto que se trabaja tanto con la persona adolescente, como con su red de apoyo primaria o grupo familiar.

El duelo

El duelo es un objeto de trabajo de la profesión, en tanto el diagnóstico de cáncer, puede ocasionar cambios en el proyecto de vida, la pérdida de miembros corporales, la muerte, entre otros aspectos que requieren un abordaje a nivel individual como familiar.

Si bien el proceso de duelo se encuentra en las diversas etapas del diagnóstico, este suele enfatizarse en la etapa terminal del cáncer, dirigiendo el abordaje a que la persona adolescente posea calidad de vida, por lo cual, dentro de las entrevistas se señala que en esta etapa se valora cuando la persona se encuentra en la fase terminal, brindando acompañamiento y una atención dirigida a la calidad de vida, así como la reducción del sufrimiento.

De acuerdo con el CIE 10, estas situaciones pueden clasificarse como Z 64: problemas relacionados con ciertas circunstancias psico-sociales, además de la Z54: convalecencia.

Espiritualidad

La espiritualidad es un elemento que se aborda en relación con otras situaciones que afectan a la persona adolescente y su grupo familiar, ya sea a nivel económico y social; lo cual, incluye trabajar la capacidad de resiliencia, la importancia de potencializar las capacidades internas de las personas, además de brindar apoyo durante el proceso de desarrollo y /o evolución de la enfermedad.

Siendo necesario desarrollar un proceso de acompañamiento en las diferentes etapas de la enfermedad, las situaciones mencionadas anteriormente, se contemplan dentro del CIE 10, con el código Z 64: problemas relacionados con ciertas circunstancias psico-sociales.

Adherencia al tratamiento

Este elemento adquiere una relevancia predominante cuando el o la adolescente no poseen una adecuada adherencia al tratamiento, tanto en el ámbito médico como psicosocial, lo que dificulta la atención de su proceso de salud-enfermedad, al ser un factor determinante para la evolución satisfactoria de la situación de salud de la persona adolescente.

De manera que, la atención brindada por Trabajo Social, requiere indagar los motivos y/o situaciones que generan que la persona adolescente no cumpla con las indicaciones contempladas, dentro de su plan de tratamiento; por lo cual, la clasificación que se le asigne con base en el CIE 10, va a depender de la situación particular que posea él o la adolescente.

Consumo de drogas

Cuando se presenta el consumo de drogas tanto ilícitas como lícitas, se requiere que el o la profesional aborde dicha situación como parte de una atención integral de la salud, dado que en el caso específico de personas adolescentes con diagnóstico de cáncer, esta situación puede traer complicaciones en su tratamiento médico, como se afirmó durante una entrevista:

(...) nos hemos topado en casos en que las chicas o los chicos tienen cáncer y tal vez consumen marihuana, que eso puede ser contra productivo para su salud verdad, pudiera ser contra productivo con su salud, y ya ahí hay cuestiones que si van más allá, y que la chica o el chico dice “diay no, pues yo no quiero dejar de consumir”, y ya es una cuestión que nadie puede hacer que vaya a dejar de consumir, diay porque ya es una decisión personal, pero las implicaciones que eso puede tener, llevan decisiones mucho más allá de lo que el propio o la propia adolescente pueda hacer verdad (...) (A-6, comunicación personal, 2015).

Por lo tanto, la atención que realiza la profesión depende de las particularidades que presente la población adolescente, en este caso deben comprenderse los diversos problemas relacionados con el estilo de vida que posea, los cuales suelen clasificarse en el CIE 10 con la Z 72: problemas relacionados con el estilo de vida.

Proyecto de vida

De acuerdo con las particularidades que presente la población adolescente, se debe abordar ampliamente el proyecto de vida, lo cual implica el análisis de las metas y proyectos que se deseen alcanzar, siendo la educación un elemento de vital importancia en la adolescencia, por lo que se trabaja la integración o permanencia en el sistema educativo. Al respecto, se afirma que:

(...) ahí hay todo un reto al respecto, porque el sistema educativo no ha logrado comprender del todo, lo que significa que un chico, una chica tenga una enfermedad de este tipo verdad, y tienden mucho a la exclusión, entonces eso limita el que puedan continuar a veces estudiando. (A-6, comunicación personal, 2015).

Dentro de la atención de personas adolescentes con diagnósticos hemato-oncológicos, se pueden abordar problemáticas relacionadas con la educación y alfabetización, como parte de su proyecto de vida, las cuales se clasifican dentro del CIE 10, con el código Z55: problemas relacionados con la educación y la alfabetización.

Las necesidades mencionadas anteriormente, se abordan dentro de los planes de tratamiento que cada profesional desarrolle de acuerdo con las particularidades de la persona adolescente y su grupo familiar, materializándose en acciones correspondientes al Trabajo Vivo como parte de un proceso de atención social de la salud.

3.4 Trabajo Vivo

Iamamoto (2003a) plantea que lo referido al trabajo vivo, contempla la cotidianeidad de los y las profesionales, en la que inciden los demás elementos constitutivos de dichos procesos, como lo es la materia prima, la estructura y los medios e instrumentos, constituyendo una acción teleológica que produce entonces un resultado.

Para su análisis, es necesario comprender que el trabajo profesional que realiza Trabajo Social tanto desde el ámbito operativo como gerencial, se encuentra inserto dentro de un proceso de trabajo que incluye a otros(as) profesionales, razón por la cual, es necesario visualizar las particularidades que se gestan dentro de la dinámica de este proceso; pues como afirma Iamamoto (2003a):

Uno de los mayores desafíos para descifrar el ejercicio profesional consiste en aprehender *las particularidades de los procesos de trabajo que, en diversas circunstancias, van atribuyendo características, límites y posibilidades al ejercicio de la profesión, aunque ésta pierda su identidad* (p.130).

De esta forma, el ejercicio profesional se ve permeado por el contexto donde se encuentra inmersa la persona profesional, por lo tanto el proceso de trabajo y el

trabajo vivo, se encuentran en constante transformación frente a la totalidad social que los determina.

Para efectos de exposición la categoría de trabajo vivo, se desarrollan dos sub apartados referentes al ámbito gerencial y operativo, los cuales se exponen a continuación.

3.4.1. Ámbito Gerencial

Respecto al ámbito gerencial, Trabajo Social desarrolla abordajes específicos por parte de aquellas profesionales que se encuentran en los puestos de Jefatura y Sub-jefatura del servicio al cual pertenecen, siendo éstos principalmente la gestión de los mismos.

En cuanto al proceso de gestión de los servicios de Trabajo Social, se dirige a la organización y distribución de los recursos que poseen, tanto a nivel humano como material. A su vez, la obtención de nuevas plazas para profesionales en Trabajo Social forma parte de sus funciones; al respecto, una de las profesionales entrevistadas comentó que:

(...) nosotras solicitamos, justificamos las plazas, se justifica con un machote específico que hay de la Caja, se justifica digamos por qué se necesitaban y cuántas se necesitaban y en cuáles proyectos, entonces fuimos directamente con el jefe de Recursos Humanos de la Caja (...)
(B-1, comunicación personal, 2015).

Tal como se muestra en la cita anterior, la solicitud de recursos, en este caso el humano; se ha realizado de acuerdo al aumento de la demanda que el Servicio de Trabajo Social ha experimentado, esto a raíz del crecimiento de la población proveniente de su área de atracción. La distribución de las profesionales en los distintos servicios y programas de atención de cada hospital responde también a la demanda existente en cada uno de ellos, según indicaron las jefaturas de cada servicio, Trabajo Social debe estar presente en todas las áreas del hospital.

En el caso de la población adolescente con diagnóstico de cáncer, si bien su atención no se ubica exclusivamente en un servicio determinado, desde la jefatura y sub-jefatura de cada servicio se ha procurado que ellos y ellas sean siempre atendidos cuando la situación lo amerita, de manera que “(...) donde está el adolescente ahí está la Trabajadora Social para trabajar con el equipo hemato-oncológico” (B-3, comunicación personal, 2015).

A su vez, desde el ámbito gerencial se han establecido alianzas estratégicas desde los Servicios de Trabajo Social a nivel intra institucional, en aras de cumplir con una integralidad de la atención brindada por el servicio, la cual se dirige tanto a instancias específicas de la C.C.S.S. como lo son Validación de derechos y la Gerencia de Pensiones, para facilitar la asignación de un servicio específico a la persona usuaria; así como con otros hospitales o áreas de salud cuando se requiere el traslado de una persona usuaria a alguno de dichos centros, estableciéndose una coordinación a través del instrumento de la referencia social.

Entre las estrategias de coordinación a nivel interno de la institución, se contemplan también las realizadas con el objetivo de establecer alianzas estratégicas con áreas y programas de los mismos hospitales, en el caso de la atención a personas adolescentes con diagnóstico de cáncer, una de las jefaturas mencionó que:

Hemos hecho también charlas con los oncólogos para decirles cuáles son las funciones de Trabajo Social, qué referir y qué no referir, toda esa parte, que ellos conozcan quién es Trabajo Social, quién es la Trabajadora Social, quien es la coordinadora de área, quien es la Trabajadora Social de oncología, qué hace, todo eso; dónde está ubicada (...) (B-1, comunicación personal, 2015).

Estas alianzas intra institucionales establecidas por la jefatura y sub-jefatura de Trabajo Social, corresponden a iniciativas particulares que han llevado a cabo con el objetivo de fortalecer el trabajo profesional desarrollado por las Trabajadoras Sociales a su cargo, en cuanto a la atención del cáncer; favoreciendo así también,

una atención integral en la cual se involucren las profesiones y especialidades correspondientes.

Cabe señalar que, los procesos de coordinación realizados desde el ámbito gerencial se implementan también a nivel extra institucional, es decir, con la intención de mejorar la calidad de vida de las personas usuarias se poseen alianzas con instituciones gubernamentales (Ministerio de Educación Pública, Instituto Nacional de Aprendizaje, Banco Hipotecario de la Vivienda, entre otras) así como con organizaciones no gubernamentales (Proyecto Daniel, Casa Giámala, Casa Beatriz etc.), las cuales brindan servicios principalmente de carácter asistencial, así como de tipo lúdico y recreativo, esto según lo comentado por las profesionales entrevistadas.

Dichas coordinaciones son establecidas en un primer momento por la jefatura y sub-jefatura de cada servicio de Trabajo Social, tal como señaló una de ellas: “(...) he ido a establecer reuniones de coordinación con las diferentes regiones o sedes del IMAS, para ver de qué forma podemos coordinar de manera más expedita, de manera más oportuna (...)” (B-2, comunicación personal, 2015) para que, posteriormente cada Trabajadora Social en el ámbito operativo pueda establecer coordinaciones con estas instituciones según lo ameriten las situaciones que vivencian las personas usuarias.

Ahora bien, como parte de la gestión de los Servicios de Trabajo Social se deben realizar tareas correspondientes a la evaluación de cada uno de ellos, según lo mencionado por las profesionales en puestos de Jefatura y Sub-jefatura entrevistadas, la evaluación se concentra en procesos de supervisión y asesoría de las profesionales a su cargo:

(...) evalúo sobre todo con la discusión de caso, evalúo a través de la supervisión, de la supervisión técnica de informes, supervisiones, análisis de casos, análisis de las notas del expediente. Tengo folder de supervisión de cada una de las colegas, donde decidimos analizar desde la forma como hacen los informes, hasta la parte de fondo de los

informes, cómo ponen las notas en los expedientes, cómo le dan seguimiento al caso, si el vocabulario es técnico o no es técnico, si un informe no dijo nada o si verdad, de la parte legal también, cómo el informe se sustenta en la parte legal (B-1, comunicación personal, 2015).

Estos procesos mencionados con anterioridad suelen realizarse; según comentaron dichas profesionales, de manera espontánea conforme las Trabajadoras Sociales en el ámbito operativo lo soliciten “(...) si hay algún proceso en el que nosotras sentimos que estamos un poco confusas, entonces buscamos una supervisión individual o grupal para analizar el tema” (A-1, comunicación personal, 2015), espacio en el cual se asesora a la profesional sobre el procedimiento a seguir en determinadas circunstancias.

A su vez, las profesionales deben presentar mensualmente estadísticas referidas a las situaciones atendidas, indicando aspectos vinculados con la caracterización de la persona usuaria (edad y género por ejemplo), el diagnóstico social y el proceso llevado a cabo en relación con esa persona; obteniendo resultados principalmente cuantitativos.

Se mencionó también, la evaluación del desempeño realizada anualmente por la jefatura de cada servicio con el objetivo de valorar a cada profesional a su cargo, según indicó una de las profesionales entrevistada, ésta se vincula con lo que son las aptitudes y actitudes de la profesional, en su desempeño laboral, la interacción con las demás personas, la creatividad, el cumplimiento de tareas, la puntualidad y asistencia. Agregó otra profesional que, de los resultados obtenidos de esta evaluación se proponen medidas correctivas que deberán asumirse en el transcurso de un año, valorando posteriormente su cumplimiento.

Asimismo, se desarrolla una evaluación anual de los proyectos que cada una de las profesionales desarrolla, “(...) yo llego y expongo cuál es mi labor en determinado proyecto o en determinado servicio, se habla de número de

intervenciones, se habla de número de interconsultas, se habla de número de consultas sociales (...)" (B-2, comunicación personal, 2015).

De manera que, en los procesos de evaluación desarrollados prima un enfoque cuantitativo sobre uno cualitativo de la atención brindada; resultando que:

(...) una investigación cualitativa que nos diga la calidad de la atención que estamos brindando específicamente a la población adolescente con diagnóstico hemato-oncológico no se realizan, las evaluaciones las podemos estar realizando en el día a día, en la particularidad, en la casuística, cuando yo superviso un caso determinado ahí sí (...) (B-2, comunicación personal, 2015).

Aspecto que se vincula con la necesidad de demostrar en términos cuantitativos ante las instancias administrativas de la C.C.S.S. la cantidad de personas usuarias atendidas, los tiempos de esa atención, entre otros elementos que permiten justificar la asignación y distribución de los recursos que los servicios de Trabajo Social poseen; así como demostrar la maximización del uso de dichos recursos, tanto humanos como materiales.

3.4.2. **Ámbito operativo**

El trabajo profesional que se ejecuta desde el ámbito operativo se encuentra mediado por las particularidades que le confieren las personas adolescentes y su grupo familiar, esto le dota de un carácter dinámico, la atención social que desarrolla la profesión no se implementa de igual manera en todas las situaciones.

En este sentido, el lineamiento técnico-operativo de Trabajo Social para la atención social oncológica dicta los parámetros básicos de la atención, pero es el contexto el que va a determinar la manera como se ejecutarán dichas acciones profesionales, pues como lo expresa una informante clave (...) con estos pacientes uno se tiene que adaptar a ellos y no ellos a nosotros, a sus necesidades porque ellos no siempre pueden hacer las cosas y uno no puede programar así como que tal y tal (A-7, comunicación personal 2015).

Estas particularidades se gestan desde el primer momento en que la persona acude al servicio de Trabajo Social, este contacto puede ser de tres maneras: vía referencia o interconsulta, por consulta espontánea¹⁶, o por la detección que realice la profesional durante la visita de los salones donde se encuentren hospitalizados las personas adolescentes.

Una vez que la persona acude a dicho servicio, la profesional realiza una valoración para determinar el diagnóstico social y elaborar un plan de tratamiento que será ejecutado con la persona adolescente y su grupo familiar; al respecto se especifica que:

El plan de tratamiento es lo que nos define ahí qué es lo que vamos a hacer, si vamos a desarrollar por ejemplo con un paciente con pobreza entonces son todas las acciones que vamos a desarrollar con IMAS por ejemplo, entonces las sesiones van a estar orientadas a la obtención de ese subsidio; si fuese una situación de adherencia posiblemente si vaya a aplicar la sesión familiar y los acuerdos que se van a tomar en esa acta en el documento este y el seguimiento lo que va a demostrar es el cumplimiento al proceso, si está viniendo a las citas o si no (A-3, comunicación personal, 2015).

En esta línea, el plan de tratamiento incluye tanto acciones de coordinación como el abordaje terapéutico de las situaciones que lo ameriten, entre ellas el manejo del duelo de la persona adolescente y su grupo familiar, frente al proceso de salud-enfermedad que posee; a la vez, se abordan los diversos factores de riesgo y factores protectores que posee la persona, por lo cual, su grado de complejidad depende de las particularidades vinculadas al diagnóstico social.

¹⁶ Respecto a la consulta espontánea:

(...) nosotros atendemos al paciente que le llamamos espontáneo, el paciente espontáneo es aquel que por sus propios medios o ya sea que es adolescentes que viene la mamá la que busque el servicio y nosotros le damos la atención, aunque no haya una interconsulta que medie por lo menos en eso (...) (A-3, comunicación personal, 2015).

La detección tanto de los factores de riesgo como de los factores protectores puede ser realizada mediante la entrevista individual y/o familiar, se requiere de una serie de herramientas técnico-operativas que permitan desarrollar la parte operativa del trabajo profesional. Esto en contraposición del ámbito gerencial, en la cual el trabajo profesional se direcciona propiamente a la gestión administrativa de los servicios.

El proceso de valoración, diagnóstico y tratamiento social, también implica delimitar los campos de acción de Trabajo Social frente a las otras profesiones, con el fin de determinar si la persona requiere ser referida a otro servicio para continuar el tratamiento de su salud, pues como lo expone una de las profesionales “(...) cuando hacemos la entrevista eso es lo que vamos a ir detectando, si hay factores de vulnerabilidad, si generan algún riesgo para los adolescentes, si son para el desarrollo de Trabajo Social o de quién según las competencias” (A-3, comunicación personal, 2015).

Lo anterior es parte del proceso de trabajo en el que se inserta Trabajo Social, en conjunto con otras profesiones vinculadas a la atención de personas adolescentes con diagnóstico de cáncer, por ende la cotidianeidad del ejercicio profesional implica la coordinación con otras profesiones que refieren al o la adolescente al servicio de Trabajo Social, así como su referencia a otros servicios como psiquiatría, salud mental, y psicología, de acuerdo con las necesidades que presente la persona. De ahí que el trabajo vivo se encuentra mediado por la capacidad de crear alianzas estratégicas a lo interno de los diversos servicios hospitalarios, dado que:

(...) dependiendo de las afinidades las cosas salen antes o salen después y nosotros lo que necesitamos es oportunidad en la atención, entonces yo creo más en esas alianzas que se hacen a nivel estratégico, por lo menos eso es lo que me ha demostrado la experiencia (B-2, comunicación personal, 2015).

En la cotidianeidad que enfrentan las profesionales, la capacidad de crear alianzas estratégicas es un elemento determinante dentro del trabajo profesional, por lo que la dinámica laboral se ve permeada por la subjetividad de las relaciones interpersonales que se propicien como parte del clima organizacional.

A su vez, se plantean las sesiones o la discusión de casos de forma multidisciplinaria o interdisciplinaria; la multidisciplinariedad implica que cada profesional desarrolle su trabajo individualmente y brinde su criterio experto sin que medie un trabajo en conjunto, a diferencia de la interdisciplinariedad, en la cual:

El equipo interdisciplinario, está constituido por un grupo de profesionales, en donde el trabajo es compartido, la responsabilidad es de todos y cada quien tiene un campo de acción definido o bien es la acción simultánea y metódica de los profesionales de un mismo servicio, aportando bajo la autoridad de un responsable, una contribución bien definida al estudio y al tratamiento de una situación dada (Pizarro, s.f., p.11)

Como parte de la investigación, se evidenció que dentro del trabajo que ejecutan las profesionales, se dan ambas metodologías de trabajo; sin embargo, existe una predominancia hacia lo multidisciplinario; al respecto una de las Trabajadoras Sociales señaló que “(...) se trabaja más por interconsulta y los profesionales casi que no se reúnen para discutir los casos, ahora cada quien hace su trabajo y ya no hay tanto ese trabajo de análisis en conjunto verdad, para tomar decisiones respecto a los adolescentes” (A-2, comunicación personal, 2015).

Se denota así, que las sesiones se ven mediadas por la dinámica presente en cada sección, departamento o servicio donde se inserte Trabajo Social y la perspectiva de la salud integral que posean las otras profesiones, con quien se coordine.

Asimismo, se develó que, de acuerdo con el criterio profesional de la parte médica o el programa institucional en el cual se inserta el o la adolescente, la valoración

social se debe hacer sin distinción; como lo son los programas de trasplantes de ambos hospitales, al requerir una valoración socio-ambiental y un trabajo socio-educativo que fortalezca dicho proceso, tal como se demuestra en la siguiente cita:

(...) donde sí hay una atención de rutina por Trabajo Social es en los pacientes de trasplantes y el paciente siempre necesita el reforzar lo que uno le ha dicho o como lo ven los demás y ver si coinciden las versiones del médico con la de otras personas que tal vez el paciente tiene un poco más de confianza y de cercanía. Entonces complementa muy bien, incluso con Trabajo Social en trasplante ha tenido más apoyo para desarrollar el sistema de visitas a la familia y ver la casa, ver las situaciones ver si hay que hacer ajustes, cosa que no pudimos mantener con enfermería, entonces la final con esfuerzo y con ganas las cosas se logran (C-1, comunicación personal 2015).

Dentro de los programas que implican una valoración social de rutina también se destaca la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del HSJD, en cual, se señaló que "(...) el 98% que no pasa por Trabajo Social fue porque fallecieron antes de que tuvieran su cita (...)" (C-2, comunicación personal, 2015).

Al respecto, se menciona que dentro de las referencias o interconsultas que se realizan a Trabajo Social, sobresale la activación de redes tanto a lo interno de la institución como a nivel externo, además de la valoración de la red de apoyo familiar de acuerdo con las necesidades de la población.

Las redes intra institucionales hacen referencia a instancias internas de la CCSS, mientras que las redes extra institucionales aluden a las instancias gubernamentales y no gubernamentales que se mencionaron en el sub apartado anterior, para realizar distintas coordinaciones dentro de cada plan de tratamiento.

Dentro de las coordinaciones a nivel interno de la CCSS, en el caso específico de personas adolescentes, con diagnóstico de cáncer que han sido trasladadas del Hospital Nacional de Niños a hospitales generales, las profesionales en el ámbito operativo mencionaron que la coordinación propiamente con el servicio de Trabajo Social no forma parte de ese proceso de transición. Al respecto, se mencionó que

únicamente el HM cuenta con un equipo de transición local, en el que participa una Trabajadora Social, sin embargo, este solamente interviene si se presenta una inconformidad en la Contraloría de Servicios, respecto a la atención brindada.

Cabe destacar que, en ambos Servicios de Trabajo Social, se especificó que es la persona especialista en medicina, quien determina la necesidad o no de referir la situación de la persona adolescente que ha sido trasladada a estos servicios, con base en la revisión del expediente de salud.

En cuanto a las redes extra institucionales sobresale el papel de organismos no gubernamentales, que representan un aporte de vital importancia ante la omisión del Estado frente a las necesidades de la población adolescente con diagnóstico de cáncer, como lo son Proyecto Daniel, Fundación Giámala, Casa Gary, Casa Beatriz, entre otras ONGs con las que Trabajo Social, coordina aspectos como hospedaje (albergues), alimentación, actividades recreativas; esto acorde con la situación que se derive de cada adolescente. Asimismo, las redes extra institucionales comprenden organismos privados que brinden algún servicio o beneficio como proyectos de vivienda y proyectos de responsabilidad social, además de las coordinaciones a nivel de la comunidad como centros religiosos.

Estas coordinaciones no deben verse de forma segmentada, puesto que implica abordar la salud desde la totalidad social en la que se encuentra inmersa la persona para determinar cuáles son los factores de vulnerabilidad que median en su proceso de salud-enfermedad.

Si bien la activación de las redes es un aspecto determinante dentro del trabajo profesional, el abordaje que se realiza no se reduce simplemente a dicha acción, eso dependerá de la complejidad de la dinámica que presente la persona adolescente a nivel individual y familiar. Al respecto, dentro de las entrevistas realizadas a las jefaturas y sub jefaturas se indicó que:

(...) ellas abordan un caso no solo ven el cáncer, si están con un chico de 14 años no solo están viendo el proceso de cáncer y todo lo que implica a nivel personal, sino a nivel de su proyecto de vida, a nivel de salud, a nivel de educación, a nivel de interacción familiar, a nivel de temores, a nivel de todo (...) (B-2, comunicación personal, 2015).

Por lo tanto, el trabajo operativo conlleva la valoración social necesaria para emitir un diagnóstico con base en el criterio experto de la profesional, así como el plan de tratamiento que se considere pertinente de acuerdo con los requerimientos de la persona adolescente y su familia; aspectos que pueden ser abordados desde una atención ambulatoria¹⁷, hasta una atención más prolongada.

El seguimiento de las situaciones abordadas también depende del criterio de la profesional así como de las necesidades de las personas usuarias; dicho seguimiento puede ser mediante consulta social cuando la persona ya egresó, o en hospitalización, si todavía se encuentra dentro del centro médico, asimismo, las y los adolescentes que recibieron una atención social oncológica poseen la posibilidad de solicitar una cita en caso de considerarlo pertinente.

En este sentido, el ejercicio profesional desarrollado desde el ámbito operativo y gerencial adquiere un carácter dinámico frente a las particularidades presentes en la totalidad social, por lo cual, la persona profesional debe realizar un constantemente un ejercicio dialéctico que le permita superar las singularidades con las que trabaja en el plano de la inmediatez, para comprender la esencia de la materia prima que se aborda. Este ejercicio dialéctico debe reflejarse dentro de

¹⁷Se entiende por atención ambulatoria:

Le llamamos ambulatoria cuando requiere la coordinación con IMAS, con algunas fundaciones y que tenemos que mantener alguna coordinación con la familia aun cuando no esté viniendo a citas porque el plan de tratamiento puede estar orientado a la activación de las redes (...) (A-3, comunicación personal, 2015).

los resultados derivados del trabajo profesional, los cuales, se detallan seguidamente.

3.5. Resultados del trabajo vivo

De acuerdo con lamamoto (2003a) los productos de trabajo y/o resultados del trabajo efectuado, en este caso derivados de los procesos de trabajo realizados por Trabajo Social en la atención de personas adolescentes con diagnóstico de cáncer y su grupo familiar, en los hospitales México y San Juan de Dios; materializan las finalidades de dichos procesos, tanto desde el ámbito operativo como gerencial.

Los resultados del trabajo profesional se encuentran determinados por la singularidad de las circunstancias que vivencian las personas adolescentes y su grupo familiar, el trabajo realizado por cada profesional se dirige al logro de objetivos específicos ante demandas inmediatas en el marco institucional en que se desarrolla.

No obstante, la consecución de esos objetivos responde a la intencionalidad del trabajo profesional de aportar a la calidad de vida de las personas atendidas a través de la reducción de las situaciones que afectan su proceso de salud; tal como indicó una de las profesionales “(...) cada uno focaliza la atención para un fin que es llevar a un paciente a un proceso de tratamiento y de calidad de vida (...)” (A-3, comunicación personal, 2015).

De manera tal que, como uno de los resultados del trabajo profesional realizado por Trabajo Social en el proceso de atención de la población adolescente con diagnóstico de cáncer y su grupo familiar, se encuentran adolescentes y grupos familiares informados sobre los derechos que poseen, así como la garantía de estos mismos derechos. Al respecto, una de las Trabajadoras Sociales indicó:

(...) con los adolescentes es eso, el derecho que ellos tienen y cómo a veces a los padres se les olvida que ellos tienen derechos verdad, hay padres que uno ve como respetan la autonomía y la individualidad que ellos como jóvenes tienen, pero algunas veces no encontramos eso los padres hacen uso de su autoridad son impositivos, ellos se quejan de que, es que no me escuchan, no me ponen atención, no respetan lo que yo quiero, cuáles son mis deseos, y entonces hay que trabajar mucho en eso en el enfoque de derechos (A-2, comunicación personal, 2015).

Como producto de ese proceso de orientación sobre derechos que desarrollan las profesionales tanto con la persona adolescente como con su grupo familiar, se propicia la constitución del o la adolescente como sujeto de derechos, procurando "(...) disminuir la conspiración del silencio de manera que el adolescente también se empodere de su enfermedad y de su proceso, no es que me están manejando mi enfermedad por detrás, con la familia se maneja eso (...)" (C-2, comunicación personal, 2015). Manteniéndose como sujeto activo no sólo en su proceso de tratamiento, curación o rehabilitación; sino también, en otros ámbitos como el educativo, a través de procesos que garantizan su acceso a la educación formal.

Sin embargo, para lograr lo mencionado con anterioridad, las profesionales en Trabajo Social deben, en ocasiones; promover la potencialización de habilidades sociales que resulten en un afrontamiento eficaz del proceso que atraviesa el o la adolescente y su familia, coadyuvando a que encuentren "(...) que tienen potencialidades para vivir el hoy, este ratito (...)" (A-1, comunicación personal, 2015). Razón por la cual, su trabajo profesional se dirige también a fortalecer la inteligencia emocional, a través de la administración de pensamientos y emociones que genera el proceso:

(...) es muy enriquecedor porque empiezan a buscar y a pensar que no tengo por qué estar preocupado por las cosas que vienen, sino que en ese fortalecer de potencialidades internas voy a lograr administrar cada momento, la quimio de hoy, la radioterapia de hoy y no voy a pensar en el mañana o la preocupación de situaciones socioeconómicas o de relaciones interpersonales o de cómo me voy deteriorando (...)" (A-1, comunicación personal, 2015).

Pese a que, si bien el trabajo relacionado con la potencialización de habilidades e inteligencia emocional se ubica principalmente en el plano individual; las profesionales en Trabajo Social abordan dichos aspectos también en el ámbito grupal, específicamente en cuanto a lo familiar. Esto se refleja en lo mencionado por una de ellas al comentar sobre su abordaje con el grupo familiar “(...) tienen la posibilidad de organizarse, de cambiar esa situación de modificar, inclusive a nivel familiar de reorganizar la dinámica de la familia, mejorar las relaciones de la familia, los problemas que hay para apoyarse, para fortalecerse (...)” (A-2, comunicación personal, 2015).

Por tanto, otro de los resultados de su proceso de trabajo, consiste en la resolución de la crisis que vivencia la persona adolescente y su familia ante el diagnóstico de cáncer, esto a través de la potenciación de habilidades para su afrontamiento, planteando la crisis como una oportunidad de mejora a nivel familiar.

Misma situación se presenta con el trabajo del manejo de duelo pues, al coadyuvar en el proceso de descubrimiento de potencialidades que el grupo familiar posee y en el fortalecimiento de las mismas, se potencia la elaboración de dicho proceso. Al respecto, una de las profesionales comentó que “(...) uno lo ve cuando la familia regresa por ejemplo y han tenido un duelo muy feo pero, regresan y dicen ya estamos en paz (...)” (A-5, comunicación personal, 2015).

Vinculado con lo anterior, para facilitar la elaboración del duelo; las profesionales en Trabajo Social deben trabajar lo concerniente a la concepción de la muerte y las pérdidas, en el tanto, refieren que las personas atendidas usualmente poseen miedo de enfrentar la muerte de un ser querido, esto debido a las creencias que poseen. Siendo un resultado de su trabajo profesional la educación en salud tanto de la persona usuaria como de su grupo familiar, enfatizando en la desmitificación, en este caso del diagnóstico de cáncer, su tratamiento y rehabilitación, así como de situaciones que suelen asociarse a este padecimiento:

(...) para la familia es difícil porque es una persona joven y ellos cuando hablan de cáncer inmediatamente es: se me va a morir y entonces es ese acompañamiento para tratar de disminuir toda esa ansiedad, toda esa angustia y desesperanza que, muchas veces también tienen de que lo voy a perder, se me va a morir, entonces es hablarle de las opciones de tratamiento que hay y que hay que pensar que va a haber una esperanza, es quitar esos mitos verdad, es: cáncer igual muerte, es darles esperanzas verdad, de que tienen que ser fuertes porque lo que viene es duro y tienen que apoyar al joven, no pueden debilitarse (...)
(A-2, comunicación personal, 2015).

Ahora bien, el logro de los resultados planteados con anterioridad se encuentra intrínsecamente ligado a la capacidad del grupo familiar de consolidarse como una red de apoyo para la persona adolescente con diagnóstico hemato-oncológico, conllevando el trabajo profesional el fortalecimiento de la red primaria de apoyo, principalmente a nivel familiar; como un factor social protector de la persona adolescente, esto debido a que:

(...) tiene que ser una red de apoyo muy consolidada, realmente consolidada y que le digo, la otra parte es también que, con mucha disposición, con mucha disposición a ayudarlo a los familiares para que pueda pasar el proceso al cual él se va a someter y a veces es un proceso largo, a veces es corto y a veces los resultados de ese proceso no son positivos en el sentido de que el paciente puede fallecer en el camino, o se vuelven a veces crónicos (...) (A-2, comunicación personal, 2015).

El fortalecimiento de la red de apoyo familiar se realiza también en el tanto, ésta puede propiciar o no, la adherencia al tratamiento por parte de la persona adolescente, a través del acompañamiento y apoyo que puedan brindarle, así como por el establecimiento de las condiciones materiales óptimas para su proceso; siendo necesario en algunos casos, la reorganización familiar para garantizar inclusive personas cuidadoras.

Como parte del fortalecimiento de los factores protectores y la disminución de los factores de vulnerabilidad, se puede proceder a la activación de la red extra-institucional e intra-institucional, por lo que los productos obtenidos de la

coordinación entre los niveles de atención y la derivación de situaciones sociales van a depender de la complejidad y competencias institucionales.

Estos productos poseen una relación directa en las condiciones materiales y sociales de la población a la que se dirigen, los cuales se derivan desde la obtención de un espacio físico adecuado para hospedarse durante el tratamiento del o la adolescente, hasta el otorgamiento de un subsidio socioeconómico para cubrir necesidades básicas de alimentación, vivienda, así como para la compra de ayudas técnicas que faciliten su proceso de salud-enfermedad. De ahí que los resultados obtenidos están direccionados a facilitar las condiciones de supervivencia social que le permitan a la persona adolescente integrarse a la sociedad de acuerdo con las particularidades que derivan de su diagnóstico.

En esta línea, la atención desarrollada por las profesionales así como los resultados obtenidos de la misma, se encuentran mediados por los determinantes de la salud, en tanto ésta se aborda desde la interrelación de los aspectos biológicos, ambientales, económicos y culturales que presenta la persona como parte de su realidad. Esto implica que los productos del trabajo vivo se enmarcan dentro del proceso de atención de la salud conformado por diversas profesiones, por lo que dichos resultados son una forma de validar y posicionar la necesidad de la atención social.

En este proceso de validación y posicionamiento de la atención social llevada a cabo por Trabajo Social en el HM y HSJD, se visualizan una serie de aportes y desafíos, los cuales se presentan a continuación.

3.6. Aportes y desafíos de Trabajo Social en la atención de personas adolescentes con diagnóstico de cáncer y sus familias

La profesión de Trabajo Social posee una trascendencia histórica en la CCSS, específicamente en los hospitales México y San Juan de Dios; marcada por una autonomía relativa que le ha permitido crear estrategias para posicionar la atención social como un componente determinante dentro de la salud, lo cual requiere de un trabajo constante ante las necesidades de la población y las transformaciones del enfoque bio-médico.

Al respecto, Iamamoto y De Carvalho (1984) señalan:

Si el [la] Asistente Social, en la condición de trabajador[a] asalariado[a], debe responder a las exigencias básicas de la entidad que contrata sus servicios, él [ella] dispone de autonomía relativa para el ejercicio de sus funciones institucionales, siendo co-responsable por el rumbo impreso a sus actividades y por la forma de conducirlos (p.117, 118).

La cita anterior, permite visualizar que los aportes y desafíos presentes en los servicios de Trabajo Social se enmarcan dentro de las particularidades que se gestan en la institucionalidad en que se desarrolla su trabajo profesional.

De ahí que, en la atención de personas adolescentes con diagnóstico de cáncer y sus familias, sobresalen los aportes de la profesión en pro de una calidad de vida y validación de derechos de las personas usuarias, a través de la reorganización familiar, la activación de las redes intra e interinstitucionales, el acompañamiento durante el proceso de salud-enfermedad, así como el abordaje terapéutico. Aportes que son reconocidos y reafirmados por las otras profesiones que se vinculan con Trabajo Social para dicha atención.

Lo anterior, es parte de la atención diferenciada que contempla las necesidades específicas de las personas adolescentes, siendo una estrategia para superar los vacíos presentes en los diversos planes, programas y proyectos dirigidos a la atención del cáncer, pues como se denotó durante la investigación, la CCSS dirige

la atención de la salud por patologías y no por grupos etarios. Al respecto se mencionó:

(...) la atención aquí en el hospital se hace por patología no por edad, entonces si es un paciente de 50 años que tiene un sarcoma en humero, y un paciente que tiene 17 años tiene el mismo sarcoma en humero, el manejo va a seguir siendo médico y es el mismo, la intervención en psicología, la intervención en Trabajo Social depende de las necesidades que el paciente tenga pero no hay un protocolo que diga cuál es el lineamiento que se debe de hacer cuando el paciente ingresa aquí con este diagnóstico (...) (C-2, comunicación personal, 2015).

El Ministerio de Salud (2012) agrega que la CCSS debe brindar un abordaje prioritario del cáncer desde una visión integral, sin embargo, la concepción de integralidad recae en la oferta de servicios y no en la calidad de la atención, por lo que el objetivo principal que se ha planteado esta institución “(...) es el fortalecimiento de la atención de los cánceres prioritarios en el país mediante el aumento de la capacidad resolutive de la red en las áreas de promoción, prevención, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos oncológicos” (p.38-39).

Si bien, este objetivo resulta fundamental para la atención del cáncer desde la parte biológica, se requiere visualizar a la persona como un ser bio-psico-social en concordancia con los determinantes de la salud, por lo que la integralidad debe trascender la atención de la patología, para comprender la totalidad del proceso de salud-enfermedad.

Aspectos que pretende recuperar Trabajo Social desde la fundamentación que guía su accionar, llevando a cabo un abordaje acorde con las particularidades de las personas usuarias, en este caso de las personas adolescentes con diagnóstico de cáncer y sus familias, al diferenciar la atención por grupo etario así como por sus particularidades en el desarrollo de la consulta social.

Esto es un aporte en tanto, se contemplan los múltiples determinantes de la salud en los diversos planes de tratamiento que se realizan, lo cual implica que estos no sean rígidos; ajustando la atención a las particularidades y posibilidades de cada persona usuaria al rescatar aspectos tales como la conformación del grupo familiar, zona de procedencia, nivel socioeconómico, nivel académico, entre otros. Tal como se muestra en la siguiente cita:

(...) yo no puedo hacer venir a un muchacho que es de Pérez Zeledón sabiendo que está en proceso de quimioterapia a una cita de Trabajo Social, entonces bueno, ahí hemos usado otro tipo de alternativas y es un poco lo que yo les decía de los espontáneo que el paciente espontáneo es que nosotras atendemos sin cita o le decimos, por ejemplo yo en quimio acostumbro mucho eso (...) (A-3, comunicación personal, 2015).

En este sentido, la atención que desarrolla la profesión es una construcción entre la Trabajadora Social y la persona usuaria; las pautas a seguir son determinadas por las singularidades que atraviesa la persona adolescente con diagnóstico de cáncer y su familia. Posibilitando que él o la adolescente se constituya como sujeta de derechos, frente a un sistema adultocéntrico que permea los sistemas de atención de la salud.

En concordancia con la validación de derechos, la atención que se realiza desde Trabajo Social pretende "(...) mantener al usuario como un sujeto activo, al adolescente, que él pueda integrarse a grupos de pares, o algunos cursos, tratar de que no se desvincule del colegio, más que trabajarle así la parte terapéutica verdad (...)" (A-3, comunicación personal, 2015).

De manera que, el trabajo profesional pretende acercarse al modelo de atención integral propuesto por la CCSS, explicitado en el apartado correspondiente al fundamento teórico de esta investigación; en la medida que la profesión busca trascender la inmediatez de la atención que impera dicha institución, al comprender a la persona adolescente como parte de un todo, mediado por las

manifestaciones de la Cuestión Social expresadas en su proceso de salud-enfermedad.

Para esto, Trabajo Social procura realizar un trabajo articulado con otras profesiones y actores sociales (estatales, no gubernamentales y comunitarios) involucrados en el proceso de atención de la salud; mediante el establecimiento de alianzas estratégicas a nivel extra e interinstitucional que aporten al beneficio de esta población. Esto se relaciona con lo expuesto por Lamamoto (2003), al afirmar que:

(...) el Asistente Social es solicitado para desempeñar su profesión en un *proceso de trabajo colectivo*, organizado dentro de condiciones sociales determinadas, *cuyo producto, en sus dimensiones materiales y sociales, es fruto del trabajo combinado o cooperativo, que se forja con la contribución específica de las diversas especializaciones del trabajo* (p.131).

Al respecto, se identificó que las Trabajadoras Sociales son conscientes de que por sí misma la profesión no realiza el proceso de trabajo direccionado a la atención de la salud de personas adolescentes con diagnóstico de cáncer y su grupo familiar; lo que implica reconocer las posibilidades y los límites de la especificidad profesional.

Como parte de las posibilidades de acción, Trabajo Social ha implementado estrategias que le permitan mayor acercamiento con la población adolescente con cáncer en los escenarios de atención en hospitalización y consulta externa. En el caso de hospitalización, la profesional puede verificar si hay algún adolescente que no ha sido referido(a) y requiere una atención social. Además, de la consulta espontánea tanto en el ámbito de hospitalización y consulta externa (social), al señalarse dentro de las entrevistas "(...) nosotros le damos la atención, aunque no haya una interconsulta que medie por lo menos en eso, la institución y la jefatura nos han apoyado (...)" (A-3, comunicación personal, 2015).

En este sentido, se destaca la legitimidad que posee la profesión dentro de la institucionalidad de la CCSS, para implementar y proponer alternativas de acción que trasciendan el plano de la inmediatez y aprehendan el movimiento de la realidad en cada una de las personas usuarias. De ahí que:

Uno de los mayores desafíos que vive el Asistente Social en el presente es desarrollar su capacidad de *descifrar la realidad y construir propuestas de trabajo creativas y capaces de preservar y tornar efectivos los derechos a partir de las demandas emergentes en lo cotidiano*. En fin ser un profesional *propositivo y no solo ejecutor* (Iamamoto, 2003a, p.33).

Esto es un desafío continuo dentro de la cotidianeidad del trabajo profesional, no obstante, el aporte radica en la capacidad propositiva que poseen las profesionales para superar la institucionalidad de corte bio-médico, reflejada por ejemplo, en que la atención social en algunos casos esté supeditada a la elaboración de una interconsulta por parte del profesional en medicina.

Por lo tanto, en la especificidad del Trabajo Social se presenta una serie de desafíos que deben abordarse con el fin de fortalecer el trabajo profesional que se desarrolla dentro de los procesos de trabajo direccionados a la atención de personas adolescentes con diagnóstico de cáncer y sus familias.

Como un desafío se destaca la necesidad de una mayor presencia de Trabajo Social a lo interno de los equipos de atención hemato-oncológica al manifestar que “la ausencia es derrota” (B-1, comunicación personal, 2015). Al respecto, se identificó una contradicción en la percepción que posee el servicio de Trabajo Social y los otros profesionales, sobre los motivos que generan este desafío.

En el caso de las trabajadoras sociales entrevistadas, indicaron que son los otros profesionales, específicamente la parte médica, quienes han presentado resistencia a su inserción, en las sesiones técnicas. Contrario a esto, algunas de las personas profesionales de las áreas de hemato-oncología responsabilizan a Trabajo Social por escasa participación en dichas sesiones.

A través del proceso de investigación, se manifestó que la dinámica de estos espacios de discusión profesional (sesiones técnicas), se encuentra permeada por la creciente demanda de trabajo que poseen las y los profesionales, en tanto:

(...) a veces nos ponemos a valorar qué tan efectivo será o no, porque la forma en que es la dinámica de esos equipos es muy bio-médica (...). Ahí es donde una empieza en esa contradicción de que me quedo aquí o me voy, porque las situaciones siguen viniendo y viniendo, y entonces no hay esa apertura para permear esos espacios que si cambian un poco esta connotación bio-médica yo creo que si serían riquísimos para poder fortalecer la atención integral (A-6, comunicación personal, 2015).

Si bien la profesión busca constantemente estrategias que le permitan hacer una ruptura frente al enfoque bio-médico; aspectos como la sobre carga laboral y la insuficiente cantidad del recurso humano para atender la demanda del servicio, representan desafíos constantes del trabajo profesional que limitan las posibilidades para concretar dichas estrategias.

Aunado a esto, las limitaciones a nivel de infraestructura, afectan la atención brindada, en tanto no se poseen espacios físicos adecuados para la atención social a nivel individual, familiar y grupal.

Lo anterior, incide en el vacío existente en la atención grupal al no poseer un espacio designado para tales procesos, lo cual, es un aspecto por mejorar dentro de los resultados obtenidos de la estandarización de la atención de Trabajo Social, dado que el Lineamiento Técnico-Operativo para la Atención Social Oncológica señala la necesidad de desarrollar procesos grupales terapéuticos y/o socio-educativos para esta población.

Otro desafío se vincula con la necesidad expresada por algunas de las profesionales, en cuanto a la obtención de capacitaciones direccionadas a la atención de personas adolescentes con diagnóstico de cáncer, pues como se afirmó dentro de las entrevistas las capacitaciones brindadas por la institución se

dirigen a temáticas ya conocidas que no responden a las necesidades de las profesionales:

(...) ya va uno a un curso y es lo mismo, muy elemental y uno necesita otras cosas más profundas y entonces aquí vienen y nos dicen: tales y tales, los procesos de duelo, las etapas de duelo; que ya uno se las sabe de memoria entonces no la llevamos y pedimos la capacitación que queremos pero no se encuentran (...) (A-7, comunicación personal, 2015).

Esto responde a la visión bio-médica en la que el énfasis se encuentra en la patología, por lo que las capacitaciones se centran en las generalidades del proceso de salud-enfermedad y no en las particularidades. Desafío que se concatena con la posibilidad de realizar investigaciones a lo interno de los servicios de Trabajo Social que generen nuevos conocimientos; por ejemplo en torno a la atención social de personas adolescentes específicamente con diagnóstico de cáncer.

Se encuentra un desafío en cuanto, el fortalecimiento de la interdisciplinariedad frente a la atención multidisciplinaria que impera en los procesos de trabajo, por lo que sus resultados en ocasiones se ven mediados por una atención segmentada entre cada profesión:

El trabajo interdisciplinario es una de las debilidades más grandes que tiene el hospital porque es muy biólogo y a veces cuando hacen una interconsulta ni siquiera se ponen a pensar cuál fue el resultado para Trabajo Social entonces es un poco complejo, en este hospital el trabajo interdisciplinario ha venido como siendo uno de los más débiles, nosotras como Trabajadores Sociales siempre hemos tenido una visión de trabajo en equipo (...) (A-3, comunicación personal, 2015).

De este modo, los resultados del trabajo profesional deben comprenderse desde su dinámica de formulación, por lo que si bien la profesión busca abordar a la persona de forma integral, el proceso de atención de la salud en general no posee una integralidad consolidada desde un enfoque bio-psico-social.

En esta línea, la integralidad se ve desdibujada en los procesos de trabajo, puesto que el modelo bio-médico representa una particularidad determinante dentro de la institución; al respecto se expresa que:

(...) la dificultad está en que no hemos logrado totalmente comprender lo que significa la atención integral, si estamos hablando de atención integral implicaría que tenemos que hacer trabajo en equipo, no hay otra, es muy difícil hacer atención integral si no nos ponemos de acuerdo, entonces hay obviamente una predominancia del modelo bio-médico en la atención (...) (A-6, comunicación personal, 2015).

En esta línea el Plan Nacional de Salud 2010-2021, especifica que la atención integral contempla la interdisciplinariedad en miras de una transdisciplinariedad. Aspecto que contrasta con la información obtenida durante el proceso de entrevistas, al afirmar que el trabajo en equipo interdisciplinario se desarrolla de acuerdo con la complejidad de las singularidades que presente la persona adolescente. De manera que, esta modalidad de atención no se lleva a cabo de forma general en todos los procesos de trabajo que conforman dicha atención.

En el caso de la población adolescente con diagnóstico de cáncer, la atención de su salud no solamente se ve permeada por el modelo bio-médico, sino también, por el adultocentrismo que impera en la sociedad costarricense, lo cual se evidencia en el vacío presente en las políticas de salud dirigidas a la curación y rehabilitación para este grupo etario; además de la percepción que poseen algunos (as) profesionales entrevistados (as) en torno a los hospitales generales al clasificarlos como hospitales para personas adultas a pesar de que se atienden desde neonatos(as) hasta la población adulta mayor.

Esto ha conllevado a la invisibilización de la población adolescente con diagnóstico de cáncer dentro de los HM y HSJD, siendo un aspecto determinante a lo interno de los servicios presentes en cada hospital, limitando la creación y/o desarrollo de programas direccionados hacia esta población. Tal como se afirma en la siguiente cita:

(...) la enfermedad hemato-oncológica si es una prioridad para la institución, pero para particularizar en adolescentes, eso no es una prioridad, sino que lo ve como la gran sombrilla que cobija a cualquiera, y por ende no hay diferenciación en la atención, que debería existir como un tipo de atención de adolescentes, como en algún momento existió verdad, con las clínicas del adolescente, que ahora en el país se mantienen muy poquitas por ejemplo (A-6, comunicación personal, 2015).

Este vacío ha ocasionado la inserción de organismos no gubernamentales que procuran subsanar las limitaciones de la CCSS para responder a las necesidades y demandas de la población adolescente con diagnóstico de cáncer; como es el caso de la Fundación Proyecto Daniel, organización que ha logrado cambios en la infraestructura del HM y HSJD al crear espacios exclusivos para estas personas, además de la Fundación Giámala, Casa Beatriz y Casa Gary, las cuales brindan hospedaje, entre otros servicios.

Bajo esta misma lógica, la creación de programas y proyectos específicos para personas adolescentes con diagnóstico de cáncer no ha sido una prioridad para la institución en tanto, la demanda de estos no ha sido significativa en términos cuantitativos, a diferencia de la atención de adolescentes madres por ejemplo:

(...) cómo se hacen los procesos de Trabajo Social, bueno a partir de una demanda, cuando vemos que ya es demasiado y que ya por ejemplo si ustedes ven la atención de adolescentes embarazadas aquí se tuvo que instaurar la consulta grupal (...) desgraciadamente es una forma de utilizar los recursos, verdad, de acuerdo a la demanda, sería muy interesante poder tener otra atención más específica pero muy difícil (B-2, comunicación personal, 2015)

Esta prevalencia por la cuantificación de la atención, incide también en los procesos de evaluación a nivel institucional, los cuales no permiten determinar la calidad de esta atención y su impacto en las condiciones de vida de la población. Siendo un desafío, una mayor presencia de los aspectos cualitativos en las evaluaciones que desarrollan los servicios de Trabajo Social por parte de las

jefaturas y sub jefaturas, así como en los espacios donde las profesionales exponen los resultados de sus programas o proyectos.

Dicho énfasis por la cuantificación por encima de la calidad, es parte de la lógica de mercado que ha permeado la CCSS, en la medida que potencia una práctica pragmática por parte de las personas que laboran a lo interno de la misma, en tanto su trabajo profesional es valorado según la cantidad de personas atendidas en determinados tiempos de atención, es así que:

Las políticas neoliberales que se le imponen a las sociedades globalizadas afectan las dinámicas del mercado laboral estableciendo replanteamientos e innovaciones en los ámbitos público y privado, en la prestación de los servicios sociales y en la gestión social, definiéndole al desempeño profesional contemporáneo estándares de eficacia, eficiencia y competitividad (...) (Vélez, 2003, p.7).

La reproducción de estos estándares en los servicios de Trabajo Social, aunado a la creciente demanda de la atención social; permean el uso de referentes teóricos que les sean funcionales en el plano operativo, es decir, su posicionamiento responde a la necesidad de abordar las expresiones de la Cuestión Social en tiempos limitados por la insuficiente cantidad del recurso humano.

En este marco, se denota un eclecticismo estructural derivado del uso de elementos provenientes de diferentes referentes teóricos, para responder a las particularidades de la situación que se aborda con la persona adolescente y su familia, por lo cual:

(...) el eclecticismo se traduce en el trabajo social, también en la idea del relativismo individual en el que la diferenciación de necesidades individuales y satisfactores hacen que el concepto de necesidades sociales, diluya en indicadores que diferencian los grados de necesidades según su cultura y sus preferencias individuales (Rozas, 2004, p.15).

Dicho eclecticismo contempla la prevalencia de los fundamentos teóricos de índole sistémica y humanista los cuales, según las profesionales entrevistadas, son

considerados como las teorías más funcionales para su trabajo profesional. Entre los referentes teóricos y técnicas mencionados se encuentran, por ejemplo en el caso del fundamento sistémico: la terapia breve centrada en soluciones; mientras que en el fundamento humanista, se pueden mencionar las teorías alternativas (Reiki, Ho-opocono), la logoterapia y el enfoque de fortalezas.

Ante este panorama, las profesionales mencionan que dentro de la cotidianidad de su trabajo profesional no se fundamentan en la teoría marxista, a pesar de los aportes que les brinda para realizar una lectura crítica de la realidad que presentan las personas usuarias, puesto que no les otorga herramientas técnico operativas para desarrollar el abordaje de personas adolescentes con diagnóstico de cáncer y su grupo familiar.

Esto refleja un pragmatismo, en tanto Vélez (2003) expone que el vincular la identidad profesional con la práctica es ratificar una postura pragmática que privilegia la supremacía del conocimiento de la misma, situando a la profesión sólo en el terreno de la acción.

Lo anterior, se evidencia en la desestimación de la teoría marxista para analizar la totalidad de las determinaciones históricas, sociales, políticas y económicas que confluyen en el proceso de salud-enfermedad de la persona adolescente; comprendiendo al individuo como un sujeto histórico, político y social, constructor y transformador de la realidad.

Esto a pesar de que esta teoría puede nutrir la atención social, en tanto sustenta las bases para trascender las apariencias de los fenómenos sociales que se presentan dentro del trabajo profesional y así develar sus mediaciones constitutivas; como un medio para subsanar la inmediatez que predomina dentro de la institucionalidad.

Parra (s, f.) agrega que "(...) el análisis histórico nos permite apropiarnos críticamente del proceso de institucionalización y expansión de la profesión en sus

orígenes, en el marco de los procesos sociales y económicos más amplios en los cuales tiene lugar (...)" (Citado en Fernández, 2005, p.82). De manera que, la teoría marxista posibilita la visualización de la historicidad del Trabajo Social, a través del análisis del carácter dinámico de la realidad y los cambios que han confluído en su conformación.

La comprensión del desarrollo histórico de la profesión y de la realidad social, potencia la creación de un proyecto ético-político a nivel del colectivo profesional a favor de las poblaciones vulnerabilizadas, en la medida que vislumbra la dimensión política del Trabajo Social en la lucha de clases inherente al sistema capitalista, por lo cual "Este rumbo ético-político requiere un profesional informado, culto, crítico y competente. Exige romper tanto con el retoricismo estéril como con el pragmatismo que deja prisionero al profesional, en el hacer por hacer, pensando en metas e intereses inmediatos" (Iamamoto, 2003a, p.100).

En congruencia con los elementos de la teoría marxista expuestos con anterioridad, se vislumbran una serie de conclusiones y recomendaciones derivadas del proceso de investigación.

Conclusiones

A continuación se presentan las conclusiones derivadas del proceso de investigación, en torno al trabajo profesional realizado por Trabajo Social en los procesos de trabajo dirigidos a la atención de personas adolescentes con diagnóstico de cáncer y sus familias, desarrollados en los Hospitales San Juan de Dios y México, durante el período 2014-2015.

Es necesario aclarar que, si bien la reconstrucción de los procesos de trabajo se presentó en este documento por categorías (materia prima, estructura, medios e instrumentos, trabajo vivo y resultados) las conclusiones responden a la totalidad del análisis del objeto de investigación, de ahí que su presentación no se divide por categorías.

Una primera conclusión se vincula al contexto político e institucional presente en la CCSS, el cual responde a la lógica neoliberal que impera dentro del modelo de desarrollo de la sociedad costarricense. Esta dinámica social, política y económica ha conllevado serias transformaciones y/o cambios a nivel de política pública, las cuales según Güendell (1995) han implicado una racionalización del gasto social redefiniendo los contenidos de las políticas sociales, dirigidas a nuevas poblaciones prioritarias.

De este modo, se encuentra una focalización y reestructuración de políticas como la social y de salud, siendo funcionales al mercado en la medida que permitan la reproducción de la fuerza de trabajo requerida para el funcionamiento y expansión del capitalismo, debilitando la universalización que les caracterizó en determinado período histórico.

En el caso de la CCSS, esto se denota en la Reforma del Sector Salud implementada desde la década de los años 90, que entre otros aspectos, implicó transformaciones en lo referido a la prestación de sus servicios, por medio de los

compromisos de gestión implementados a partir de ésta, concibiendo los hospitales, clínicas y/o áreas de salud como unidades proveedoras, las cuales fijan el volumen de las actividades por realizar para un período determinado así como el financiamiento requerido para ser llevadas a cabo.

El Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (s, f) agrega que dichos compromisos son instrumentos legales que establecen convenios entre comprador y proveedor, definiendo los objetivos y metas de salud a lograr concretándose mediante el financiamiento basado en la producción. De ahí que, uno de sus objetivos sea la vinculación de la asignación de recursos financieros en salud con calidad en la producción.

De modo que cada institución financia sus proyectos según los montos establecidos para una determinada producción, con la finalidad de conseguir la eficiencia y eficacia de los servicios. Aspecto que se mencionó durante las entrevistas, al referir que los compromisos de gestión son las metas que se plantea el hospital, para la obtención de recursos financieros; destacando que en el año 2014 se estableció un compromiso propiamente para adolescentes, específicamente en el proceso de transición del HNN y hospitales generales, que a pesar de enfocarse en términos cuantitativos, representa un primer intento de diferenciar la atención de personas adolescentes.

Es así que la estructura organizacional, en específico los programas y proyectos institucionales responden a la demanda que posea un servicio específico, por lo cual, su creación se encuentra determinada por el grado de vulnerabilidad de la población y la cantidad de personas que lo requieran.

En el caso de las y los adolescentes que presentan un diagnóstico de cáncer, la CCSS no posee políticas y/o programas específicos direccionados a sus necesidades particulares debido a que, cuantitativamente la demanda no es suficiente para justificar la creación de una estrategia específica para esta

población. A diferencia de lo acontecido con las adolescentes madres, para quienes sí se poseen estrategias institucionales de atención diferenciadas, al presentar una mayor incidencia en términos cuantitativos.

Cabe destacar que, el PAIA a pesar de ser un programa institucional dirigido a la población adolescente, no brinda lineamientos en cuanto a la atención de personas adolescentes con diagnóstico de cáncer, a lo cual, se suma el hecho que según Díaz (2015) este programa posee una menor incidencia en el tercer nivel de atención, debido a que los hospitales generales desarrollan sus procesos de trabajo de forma autónoma, de acuerdo con sus prioridades.

La profesión, al insertarse desde un servicio determinado por una política institucional específica, sus procesos de trabajo son permeados por los lineamientos y lógica planteada por la misma; de ahí que a nivel de los servicios de Trabajo Social, tampoco existen programas y/o proyectos dirigidos exclusivamente a la población adolescente con diagnóstico de cáncer y sus familias.

Lo anterior se vincula con la invisibilización de la población adolescente dentro de la CCSS, como parte del sistema adultocéntrico que rige en la sociedad costarricense; manifestado en la carencia de espacios institucionales que aseguren la sensibilización del recurso humano en torno a la atención de grupo etario en los hospitales generales; lo cual, requiere una estrategia que posicione a dicha población como un sujeto activo en su proceso de salud-enfermedad, acorde con el Código de la Niñez y Adolescencia y una atención respetuosa de sus derechos.

A nivel institucional, el adultocentrismo se materializa en el tanto la organización de los HM y HSJD, se dirige primordialmente a la atención de la salud de adultos (as). Además, de la ausencia de capacitación por parte de la institución, en la atención de la población adolescente con diagnóstico de cáncer, siendo parte de

la carencia de estrategias que permitan materializar la atención integral de sus necesidades en los centros de salud, mediante políticas, programas y/o proyectos a nivel institucional, que particularicen las demandas de las personas adolescentes en el ámbito de la salud al interior de los hospitales generales.

No obstante, si bien este fenómeno social impera en los HM y HSJD, durante el proceso de entrevistas se denotó que a nivel de cada profesional, la reproducción del mismo, dependerá de la fundamentación que direcciona su accionar.

Ahora bien, en cuanto a los procesos de trabajo en los que se vincula Trabajo Social en la atención de personas adolescentes con diagnóstico de cáncer, dicha profesión ha realizado avances en la atención social del cáncer, como lo es la creación del Lineamiento Técnico-Operativo para la Atención Social Oncológica.

Si bien el lineamiento no particulariza una atención por grupo etario, en la investigación se evidenció que sí se ejecuta una atención social diferenciada que posiciona a la persona adolescente como un protagonista clave en su proceso de salud-enfermedad, enfatizando la atención en las necesidades particulares de dicha población.

Por lo tanto, el lineamiento representa una guía básica para abordar dicha enfermedad, posibilitando la apertura de las profesionales para implementar diversas herramientas en sus procesos de trabajo, a partir del posicionamiento teórico-metodológico, técnico-operativo y ético político de cada una de ellas, como parte de la autonomía relativa que poseen.

A partir de la investigación se concluye que, existe una prevalencia del eclecticismo por parte de las profesionales en Trabajo Social, en la atención social brindada a las personas adolescentes con diagnóstico de cáncer, en la medida que las profesionales consideran que la apropiación de los referentes teóricos se da principalmente en función de su aplicación en la cotidianeidad del trabajo profesional; en contraposición de la comprensión de la totalidad social.

Lo anterior incide en el fundamento técnico-operativo, en tanto la atención de personas adolescentes con cáncer y sus familias, es llevada a cabo con herramientas atinentes a distintos referentes teóricos, lo cual se ve mediado por la sobre carga laboral que poseen las profesionales, al limitar el tiempo de la atención social, así como la periodicidad del plan de tratamiento. Esto deriva una supremacía por el ámbito operativo, para dar respuesta a una determinada demanda, espacio en el que se construye la legitimidad de la profesión.

En el caso de Trabajo Social, la legitimidad ha permeado la constitución y desarrollo histórico de la profesión en los Hospital México y el Hospital San Juan de Dios, atravesando una lucha constante para posicionarse dentro de los procesos de trabajo desarrollados en estos, situación que persiste en la actualidad frente a los rezagos del modelo bio-médico.

Las profesionales entrevistadas manifestaron que estos rezagos se concretan en el predominio de una atención multidisciplinaria, por lo que la integralidad se encuentra supeditada a la complejidad del proceso de trabajo en respuesta a las situaciones que presente la persona adolescente y su grupo familiar. Esto es producto de la ausencia de consenso, en torno al desarrollo de la atención integral a nivel institucional; a pesar que en los diversos documentos institucionales se alude a dicha atención, no se explicita cuáles deben ser sus elementos constitutivos o estrategias para su consecución.

En esta línea, los resultados del trabajo vivo representan un instrumento para legitimar y posicionar la profesión dentro de la multidisciplinariedad que caracteriza dicha atención; mediante acciones que den respuesta a las demandas de la población con quien se trabaja al contemplar los determinantes de la salud, como un elemento definitorio en su abordaje.

En el caso específico de la población adolescente con diagnóstico de cáncer y su grupo familiar, los servicios de Trabajo Social se han destacado por priorizar la

atención de la persona adolescente de acuerdo con las particularidades que se derivan de su contexto, con el fin de desarrollar una atención acorde con sus necesidades.

Esto ha permitido visibilizar a la profesión dentro del proceso de atención de la salud de este grupo etario, mediante estrategias que trasciendan la apariencia de la materia prima, para develar las singularidades gestadas en la totalidad social; por lo que si bien, el ámbito asistencial resulta ser un factor determinante dentro de las condiciones materiales de vida de las personas adolescentes con cáncer y sus familias, el trabajo profesional no se reduce a acciones asistencialistas. De ahí que se pretenda abordar a la persona como un todo, propiciando la disminución de los factores de riesgo que median su contexto y potencializando los factores protectores que pueden contribuir con su bienestar bio-psico-social.

La legitimidad adquirida por Trabajo Social se refleja también en la especificidad que posee ante las otras profesiones, denominada comúnmente como el campo de lo "social", siendo un elemento imprescindible para el desarrollo de procesos de trabajo que superen la lógica bio-médica; propiciando un abordaje integral de la persona en su totalidad y no sólo el padecimiento, al aprehender la realidad en su singularidad y particularidad; lo cual constituye un logro a nivel profesional.

Cabe destacar que, esta legitimidad se encuentra mediada por la lógica neoliberal que han adoptado las instituciones estatales como la CCSS, debido a que el ámbito social no es prioritario dentro de un esquema regido por la maximización de ganancias.

La actual vigencia del proyecto neoliberal en Costa Rica impacta no sólo en las condiciones de vida de las personas usuarias, sino también los programas y servicios institucionales, incidiendo en los servicios de Trabajo Social y los procesos de trabajo en los que se vincula. Presentando limitaciones

primordialmente a nivel de recursos, que son necesarias trabajar con el objetivo de no causar impactos negativos o fragilizar los alcances hasta ahora conseguidos.

De ahí que, los procesos de trabajo dirigidos a la población adolescente que posee un diagnóstico de cáncer y sus familias, se nutren del aporte realizado por los organismos no gubernamentales que han intervenido ante la omisión de acciones institucionales que respondan a las necesidades de esta población. Así como de otros actores tanto privados como públicos que forman parte de la atención social, mediante la activación de las redes extra e interinstitucionales. Siendo actores claves dentro del trabajo profesional realizado por Trabajo Social, en la medida que a nivel de la CCSS no se cuenta con recursos propios que faciliten elementos como albergues temporales, actividades recreativas, y aportes socio-económicos para este grupo poblacional.

Se rescata la autonomía relativa profesional como estrategia para trascender las determinaciones institucionales que devienen de la lógica capitalista imperante, siendo ésta un logro del trabajo profesional. Sin embargo, el uso que se dé a la misma depende del proyecto ético-político profesional, en tanto la finalidad buscada se encuentra concatenada a la construcción de un determinado proyecto de sociedad. Siendo dicha autonomía una posibilidad de ampliación de los procesos de trabajo, así como un reto por trabajar.

En este contexto, al ser las profesionales en Trabajo Social asalariadas, es imprescindible tomar parte del proceso de lucha para impedir la privatización y eliminación de las conquistas sociales, específicamente en la CCSS. De ser así, se perderán (y se pierden actualmente) espacios laborales y las condiciones materiales del gremio ineludiblemente se verán impactadas. Situación que consta de un desafío ético político para la profesión, en tanto la afecta directamente, al igual que a la población usuaria de dichos servicios.

Es imprescindible aludir los aportes que generó la investigación en la formación profesional de las investigadoras, siendo estos un mayor conocimiento de la realidad que enfrenta Trabajo Social dentro de la institucionalidad de la CCSS, destacando la autonomía relativa como una estrategia para subsanar las limitaciones. A la vez, generaron una mayor sensibilidad respecto al proceso de salud-enfermedad que vivencian las personas adolescentes y sus familias, específicamente aquellas que poseen un diagnóstico de cáncer.

Finalmente, tras el análisis de los diversos desafíos y aportes del trabajo profesional, ya explicitados en el apartado precedente así como en estas conclusiones; es preciso plantear recomendaciones dirigidas a su fortalecimiento, las cuales se presentan seguidamente.

Recomendaciones

A partir de las conclusiones anteriores y considerando la autonomía relativa del Trabajo Social como estrategia para trascender las determinantes institucionales imperantes en este contexto, se pueden señalar las siguientes recomendaciones.

- Fortalecer la atención social del cáncer en el ámbito grupal, con el fin de desarrollar procesos terapéuticos y socio-educativos que complementen el abordaje de la población adolescente con diagnóstico hemato-oncológico y sus familias; en concordancia con lo establecido dentro del Lineamiento Técnico Operativo para la Atención Social Oncológica, además de la Organización Funcional de los Servicios de Trabajo Social en los Tres Niveles de Atención de la CCSS.

Para esto se propone, la realización de procesos de atención grupal con la población adolescente en torno a temáticas como la desmitificación del cáncer y el proyecto de vida; en la medida que se logre brindar un espacio de socialización con su grupo de pares, de acuerdo con las particularidades de se desprenden de su proceso de salud-enfermedad.

En cuanto a los procesos grupales con los grupos familiares, estos se dirigen principalmente a las personas cuidadoras; abordando temas concernientes a la educación social en salud, prevención del síndrome del cuidador cansado, entre otros.

Los temas señalados se vislumbraron a través del proceso de investigación; sin embargo, sería pertinente llevar a cabo una exploración con las personas usuarias acerca de aquellos aspectos que consideren necesarios abordar desde el ámbito grupal, con la intención de que estos sean acordes con las particularidades que vivencian.

- Se sugiere una mayor apertura por parte de cada Servicio de Oncología y Hematología, que propicie la participación de Trabajo Social dentro de las

sesiones de equipos técnicos establecidas a lo interno de estos; al ser espacios determinantes para legitimar las competencias y atribuciones desarrolladas por la profesión. A la vez que, fomenta una atención integral de la persona adolescente desde un posicionamiento respetuoso con sus derechos.

- Fomentar espacios para la discusión interdisciplinaria en los respectivos programas en que se encuentran las trabajadoras sociales; como un proceso enriquecedor para las partes involucradas en el abordaje de personas adolescentes con diagnóstico de cáncer; permitiendo la retroalimentación entre el equipo de profesionales que conforman dicha atención.
- Incentivar el proceso de evaluación constante por parte de cada profesional, así como a nivel de los Servicios de Trabajo Social, que permita reposicionar la relevancia de la atención social del cáncer dentro de los procesos de trabajo de la institución, mediante un trabajo profesional propositivo que valide los derechos de la población adolescente en el HM y el HSJD.
- Fortalecer los espacios de actualización y discusión teórica institucionales, siendo un medio para revalorar los fundamentos que orientan el trabajo profesional e identificar las contradicciones que se generan entre los referentes utilizados, con el fin de superar el eclecticismo imperante. A la vez que, se construyan interrogantes que incentiven la investigación; para trascender la inmediatez presente en la cotidianeidad institucional.
- Se visualizó la necesidad de que el Servicio de Trabajo Social pueda designar a una profesional de manera exclusiva dentro del Servicio de Medicina Paliativa del HM. En el caso de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del HSJD, se recomienda la contratación de una persona

profesional en Trabajo Social, con el objetivo de satisfacer la demanda de la población.

- Incentivar la autonomía relativa a través de la creación de estrategias que permitan enfrentar las limitaciones existentes en la atención de personas adolescentes con diagnóstico de cáncer y su grupo familiar. Esto requiere que se continúe brindando la apertura y el respaldo existente por parte de las jefaturas de cada servicio de Trabajo Social, en torno a la capacidad propositiva que poseen las profesionales para el fortalecimiento de su trabajo profesional.
- Fortalecer las alianzas estratégicas con determinados actores sociales, como lo son entes gubernamentales y no gubernamentales involucrados en la atención de personas adolescentes con diagnóstico de cáncer y sus familias; con el objetivo de que los servicios requeridos sean brindados de manera oportuna.
- Se requiere continuar una lucha constante para ampliar la cantidad del recurso humano presente en cada Servicio de Trabajo Social, frente a la sobre carga laboral que poseen las profesionales, como parte del aumento de la demanda de la atención social del cáncer. Vinculado con la defensa de los incentivos laborales ya existentes, como son el pago de horas extras, dedicación exclusiva, entre otros.
- La CCSS debe propiciar la realización de investigaciones en materia de salud, brindando una apertura principalmente aquellas dirigidas al estudio de los procesos de trabajo que se gestan en su interior, en la medida que pueden brindar insumos para fortalecer la atención brindada hasta el momento. Esto requiere una mayor sensibilidad y conocimiento por parte de las personas que conforman el CECI, ante la diversidad de propuestas que se presentan, evitando limitarse a aquellas que responden a un modelo bio-médico.

- La escuela de Trabajo Social, dentro del curso de “Diseño de trabajo final de graduación” debería brindar una mayor orientación de los procesos a seguir cuando se realiza una investigación dentro de instituciones como la CCSS, al representar un trámite que puede alargar el tiempo de la investigación. Aspectos que deben ser claves de considerar, antes de plantear una propuesta de diseño final de graduación dentro de dicha institución.
- Se recomienda para futuras investigaciones, abordar temas referentes al papel de la persona adolescente dentro de la política en salud, la perspectiva de la población adolescente respecto a la atención social del cáncer, además del proceso de transición que vivencia la población adolescente con ECNT del Hospital Nacional de Niños a otros centros de atención de la salud en los tres niveles de atención de la CCSS.

Bibliografía

Documentos impresos

Libros

Cabezas, E. y González, C. (2005). **160 Aniversario del Hospital San Juan de Dios, una institución benemérita y de beneméritos**. Caja Costarricense de Seguro Social. San José, Costa Rica.

Canales, F. et al. (1994). **Metodología de la Investigación. Organización Panamericana de la Salud**. 2da edición, Organización Mundial de la Salud.

Baptista, L., et al. (2006). **Metodología de la investigación**. México: Mc Graw Hill.

Donas, S. (2001). **Adolescencia y juventud en América Latina. Compilador Solum D**. Costa Rica: Consejo Editorial del LUR (Libro Universitario Regional)

Fernández, S. (2005). **El Trabajo Social y la cuestión social: crisis, movimientos sociales y ciudadanía**. Argentina: Editorial Espacio.

Flores, L. y Pacheco, A. (1997). **La investigación: una forma de aprender**. Costa Rica: Editorial de la Universidad Nacional.

Güendell, L. (1995). **La Política Social en Centroamérica en los años 80: Crisis y Reestructuración**. Revista Acción Crítica. N°29. ALAEST-CELATS. Perú.

Iamamoto, M. (2003a). **El Servicio Social en la contemporaneidad**. Brasil: Cortes Editora.

Iamamoto, M. (2003b). **La metodología en el servicio social: lineamientos para el debate**. En: Metodología y Servicio Social: Hoy en debate (Compiladores Borgianni y Montañó). Brasil: Cortez Editora.

Iamamoto, M. (2000). **Fenómeno Social de la exclusión**. En Severini, S. (2002) Trabajo Social y Mundialización. Argentina: Editorial Espacio.

Iamamoto, M y De Carvalho, R. (1984). **Relaciones Sociales y Trabajo Social**. Traducción de Castro, M. 3ra ed. Editorial CELATS. Perú.

Karremans, J. (1994). **Sociología para el desarrollo: Métodos de investigación y técnicas de la entrevista**. Costa Rica: CATIE.

Kosik, K. (1967). **Dialéctica de lo concreto. Estudio sobre los problemas del hombre y el mundo**. México: Editorial Grijalbo.

Lukács G. (2003). **Las bases ontológicas de la actividad humana**. Brasil: Cortez Editora.

Morera, N. (2001). **La gerencia de las organizaciones productoras de servicios sociales**. Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica.

Organización Mundial de la Salud. (2007). **Aplicación de los conocimientos Control del cáncer: Guía de la OMS para desarrollar programas eficaces**. España: Ediciones de la OMS.

Pastorini, A. (1994). **Las políticas sociales y el Servicio Social. Instrumento de reversión o manutención de las desigualdades**. En Montaña, C. (2000). La naturaleza del Servicio Social: Un ensayo sobre su génesis, su especificidad y su reproducción. 2 ed. Brasil: Editorial Cortez.

Pastorini, A. (2000). **¿Quién mueve los hilos de las políticas sociales? Avances y límites en la categoría "concesión-conquista"**. En Borgianni, E.; Montaña, C. Brasil: Editorial Cortez.

Pontes, R. (2003). **Mediación: categoría fundamental para el trabajo del asistente social**. Brasil: Cortes Editora

Potyara, P. (2002). **Necesidades Humanas**. Brasil: Cortez Editora.

Ripol-Millet, A. (2000). **Familias, Trabajo Social y Mediación**. Argentina: Paidós.

UNICEF. Oficina Regional para América Latina y el Caribe (2001). **Adolescencia en América Latina y el Caribe: orientaciones para la formulación de políticas**. Colombia: UNICEF.

Valles, M. (1999). **Técnicas Cualitativas de investigación social: Reflexión metodológica y práctica profesional**. España: Síntesis S.A.

Vélez, O. (2003). **Reconfigurando al Trabajo Social: Perspectivas y tendencias contemporáneas**. Argentina: Espacio Editorial.

Documentos Institucionales

Alvarado M. y González A. (2007) **Protocolo de atención social a la población adolescente usuaria de los servicios de Trabajo Social, Hospital México**. Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social.

Área de Estadísticas en Salud (2015). **Egresos hospitalarios debidos a cáncer en personas de 10 a 19 años, durante el período 2013-2014, según sitio anatómico en la CCSS**. Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social.

Caja Costarricense de Seguro Social (2001). **Informe Institucional sobre el Cáncer en Costa Rica**. Costa Rica: Costarricense de Seguro Social.

Caja Costarricense de Seguro Social (1994). **Boletín conmemorativo 40 aniversario, octubre 1954-1994**. Hospital San Juan de Dios, Servicio de Trabajo Social. Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social.

Coordinación Nacional de Trabajo Social (2014). **Lineamiento Técnico Operativo de Trabajo Social para la Atención Social Oncológica**. Código L.G.M.DDSS.ARDT.TS002-2012. Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social.

Servicio de Trabajo Social. Hospital San Juan de Dios (2013). **Plan presupuesto 2014-2015 del Servicio de Trabajo Social**. Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social.

Soto, L. et al (s, f.) **Historia de la oficina de Trabajo Social 1969-1979, Hospital México**. Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social.

Subárea de Gestión Técnica de los Servicios de Trabajo Social (2013). **Organización funcional de los servicios de Trabajo Social en los tres niveles de atención**. Costa Rica: Caja Costarricense de Seguro Social.

Trabajos Finales de Graduación

Anchía S., et al. (2012). **Adolescentes Embarazadas: Un análisis de la prestación de los servicios de Trabajo Social desde los Hospitales: México, San Juan de Dios, Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y Hospital de las Mujeres Dr. Adolfo Carit Eva, a la luz de la Política**. Seminario para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Escuela de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Costa Rica.

Arguedas, A. y Méndez, A. (2005). **Proceso de afrontamiento en niños(as) ante el padecimiento oncológico del hermano(a) y cambios familiares asociados**. Tesis para optar por el título de Licenciatura en Psicología. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Costa Rica.

Arias, G. (2006). **Un análisis de las políticas de Educación Integral de la Expresión de Sexualidad Humana y su relación con la prevención del**

embarazo en adolescentes. Tesis para optar por el grado de licenciatura en Trabajo Social. Escuela de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Costa Rica.

Avila, J. (2010). **Programa de prevención secundaria de trastornos alimentarios en adolescentes en el Hospital San Vicente de Paul.** Posgrado en Psicología. Universidad de Costa Rica.

Barboza, A., et al. (2006). **Factores socio familiares que propician las ideas de autoeliminación en las y los adolescentes atendidos en el área de salud de San Ramón: bases para una propuesta de intervención desde el Trabajo Social.** Seminario de graduación para optar por el grado de licenciatura en Trabajo Social. Escuela de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Costa Rica.

Barquero, M. (2004). **Un grito en silencio: algunas características presentes en las familias con adolescentes que manifiestan anorexia y bulimia.** Tesis para optar por el grado de licenciatura en Trabajo Social. Escuela de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Costa Rica.

Carvajal, E., et al. (1998). **Caracterización Física y Psicológica de los Adolescentes en el Servicio de Onco-hematología y la Influencia de su Enfermedad a Nivel Familiar.** Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. Escuela de Psicología. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Costa Rica.

Carvajal, H., et al. (2005). **Factores protectores asociados a la prevención del intento de suicidio en adolescentes de colegios públicos atendidos en la Fundación Rescatando Vidas durante el periodo 2003-2004.** Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Escuela de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Costa Rica.

Chávez, M. y Paniagua, I. (1996). ***Modelo de Atención Integral al menor con cáncer y su familia***. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Escuela de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Costa Rica.

Chinchilla, N. (2013). ***Práctica Profesionalizante en Psicología Clínica y de la Salud realizada en un grupo terapéutico de adolescentes tempranos del Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia para promover el bienestar psicológico y el desarrollo de conductas preventivas en salud integral***. Posgrado en Psicología. Universidad de Costa Rica.

Elizondo, S., et al. (2008). ***Reconstrucción histórica de la intervención del Trabajo Social en el ámbito de la psiquiatría y la salud mental***. Seminario de graduación para optar por el grado de licenciatura en Trabajo Social. Escuela de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Costa Rica.

Fallas, Y. (2010) ***Fundamentos teóricos-metodológicos en el Trabajo Social costarricense, 1942-1970: un análisis a partir de sus mediaciones constitutivas***. Tesis de para optar por el grado de Maestría. Escuela de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Costa Rica.

González, W. y Rojas, R. (2003). ***La violencia en la familia desde la perspectiva de los adolescentes varones de la comunidad Cocorí de Curridabat***. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Escuela de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Costa Rica.

González, S., et al. (2011). ***Políticas de Prevención del Delito en Costa Rica***. Memoria de Seminario de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Escuela de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Costa Rica.

Gutiérrez, A. (2009). **Manejo de duelo en las madres y padres que pierden a su hijo en forma inesperada**. Tesis para optar por el grado de licenciatura en Trabajo Social. Escuela de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Costa Rica.

Jiménez, M. (2013). **Trabajo Social y Medidas de Seguridad Curativas: Un abordaje a partir de los procesos de trabajo de la profesión en el período 2000-2011**. Trabajo Final de Graduación para optar al grado de Licenciatura en Trabajo Social. Escuela de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Costa Rica.

Lizano, K. (2009). **Prácticas y roles de paternidad de un grupo de padres que tienen un hijo o hija con cáncer**. Tesis para optar por el grado de licenciatura en Trabajo Social. Escuela de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Costa Rica.

López, F. y Monge, S. (2005). **Intervención del Trabajo Social con mujeres embarazadas y/o con hijos/as menores de dieciocho meses que viven con el VIH/ SIDA**. Trabajo Final de Graduación para optar al grado de Licenciatura en Trabajo Social. Escuela de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Costa Rica.

López, K. (2007). **Representaciones sociales acerca de la adolescencia: Un estudio con población adolescente, madrea, padres, docentes y funcionarios y funcionarias de salud en el cantón de Siquirres**. Programa de Posgrado en Salud Pública. Universidad de Costa Rica.

Naranjo H. y Porras I. (2008). **La intervención de Trabajo Social en la atención de personas adultas en condición de abandono en el Hospital San Juan de Dios**. Trabajo Final de Graduación para optar al grado de Licenciatura en Trabajo

Social. Escuela de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Costa Rica.

Ortega, K y Valenciano, K. (2007). ***Necesidades en Educación y Prevención de ITS/VIH/SIDA en Adolescentes: Propuesta de Atención para el Primer Nivel del Área de Salud de Guácimo.*** Programa de Posgrado en Salud Pública. Universidad de Costa Rica.

Pacheco, A. y Rodríguez, A. (2011). ***Estrategias de intervención desde el trabajo social en familias con una persona menor de edad diagnosticada Asperger.*** Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Escuela de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Costa Rica.

Peralta R. (2003). ***Construcción de indicadores que señalan inequidad en la salud adolescente. Costa Rica 2003.*** Informe final de proyecto para optar por el grado de magíster en Salud Pública con énfasis en Adolescencia y Juventud. Universidad de Costa Rica.

Solano, A. y Vargas, A. (2008). ***Análisis de los determinantes sociales de la salud y su relación con la deserción de los y las adolescentes de sétimo y octavo año del Colegio Técnico Profesional de la Suiza, Turrialba, en el primer período del año 2008.*** Trabajo final de graduación para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería. Escuela de Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad de Costa Rica.

Umaña, K. (2004). ***La Educación para la Salud, como Mediadora en el Proceso de Tratamiento de los niños, niñas y adolescentes atendidos en el Hospital Nacional de Niños.*** Tesis para optar por el grado de Maestría en Ciencias de la Educación con énfasis en la Educación de Adultos. Facultad de Educación. Universidad de Costa Rica.

Zelada, N. (2005). ***Pensar, sentir, ¿asumir? La paternidad temprana desde la vivencia de los padres adolescentes.*** Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social. Escuela de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Costa Rica.

Documentos en línea

Álvarez A. et al (2010). ***Osteosarcoma: Enfoque actual.*** En Revista Archivo Médico de Camaguey, 14(5). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552010000500016&script=sci_arttext

American Cancer Society (2014). ***Sarcoma: Cáncer de Tejidos Blandos en Adultos.*** Disponible en: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002320-pdf.pdf>

Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica. (1998). ***Ley # 7739: Código de la Niñez y la Adolescencia.*** Disponible en: <http://cpj.go.cr/docs/derechos/codigo-ninez.pdf>

Benedito T. et al (2012). ***Tumor Testicular.*** En Revista Clínica de Medicina de Familia, 5(3), 198-201. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-695X2012000300008&script=sci_arttext

Blanco, C. (2012). ***San Juan y México con menos productividad que el Calderón.*** Disponible en: <http://www.prensalibre.cr/pl/nacional/62381-san-juan-y-mexico-con-menos-productividad-que-el-calderon.html>

Bordes, M. (2013). ***Las “terapias alternativas” como espacio social de oportunidades: trayectorias entre el mundo laboral y el cuidado.*** En Trabajo y Sociedad, (20). Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1514-68712013000100025&script=sci_arttext

Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (s, f). **Indicadores de Desempeño Integrales del Sector Público: Costa Rica-Compromisos de Gestión en el Sector Salud.** Disponible en: <http://siare.clad.org/siare/innotend/evaluacion/desempeno071.html>

Corredera et al. (2010). **Grupos de Discusión: Métodos de Investigación en Educación Especial.** Disponible en: http://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/InvestigacionEE/Presentaciones/Curso_10/GrupDiscusion_trabajo.pdf

Deberti, C. (s, f.). **Biblioterapia: propuesta de un encuadre.** Disponible en: <http://www.itinerario.psico.edu.uy/revista%20anterior/Biblioterapiapropuestadeunencuadre.htm>

Díaz E. (s, f.). **Marxismo y salud en América Latina.** Disponible en: http://www.flacso.uh.cu/sitio_revista/num1/articulos/art_ED%EDaz9.pdf

Duque, A. (2013). **Metodologías de intervención social. Palimpsestos de los modelos en Trabajo Social.** Disponible en: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/libros/libros-000036.pdf>

Enciclopedia Financiera (s, f.). **Organización Informal.** Disponible en <http://www.encyclopediainanciera.com/organizaciondeempresas/estructura-organizacion/organizaciones-informales.htm>

Escuela de Trabajo Social (2006). **Autoevaluación y Acreditación de la carrera de Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica.** Disponible en: <http://www.ts.ucr.ac.cr/index.php/reactuacion>

Gessen, V. y Gessen, M. (2002). **Programación neurolingüística.** En Educere, 6 (19), 341-343. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35601914>

González C. et al (2006). **Cáncer de Tiroides. Estudio descriptivo retrospectivo.** En Revista Medicina, 66(6), 526-532. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802006000600005

Guzmán, L. (s, f.). **Valores y enfoques en el curriculum de Trabajo Social. Una primera aproximación a la aplicación del enfoque de género en el currículo de Trabajo Social.** Disponible en: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-018-009.pdf>

Instituto Nacional del Cáncer. Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU (2015a). **¿Qué es el Cáncer?** Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/que-es>

Instituto Nacional del Cáncer. Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU (2015b). **Mesotelioma Maligno: Tratamiento.** Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/mesotelioma/paciente/tratamiento-mesotelioma-pdq>

Instituto Nacional del Cáncer. Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU (2015c). **Cáncer de Tiroides: Tratamiento.** Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/tipos/tiroides/paciente/tratamiento-tiroides-pdq#section/1>

Instituto Nacional del Cáncer. Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (2014a) **Lo que usted necesita saber sobre el Linfoma de Hodgkin.** Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/educacion-para-pacientes/necesita-saber-hodgkin-pdf>

Instituto Nacional del Cáncer. Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (2014b) **Lo que usted debe saber sobre la Leucemia.** Disponible en:

<http://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/educacion-para-pacientes/necesita-saber-leucemia-PDF>

Instituto Nacional del Cáncer de los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos (2014c). **Osteosarcoma e histiocitoma fibroso maligno óseo: Tratamiento.** Disponible en:

<http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/osteosarcoma/Patient/page1>

Juárez, A. y Lázaro, S. (s, f.). **Trabajo Social y Resiliencia: Intervenir desde las fortalezas.** Universidad Pontificia Comillas de Madrid. Disponible en: <http://www10.ujaen.es/sites/default/files/users/factra/Congreso/1.pdf>

Katz, M. (s, f.). **Ho'oponopono.** Disponible en: <http://www.hooponopono.es/>

Marx, K. (1867). **El Capital.** Disponible en: <http://aristobulo.psu.org.ve/wp-content/uploads/2008/10/marx-karl-el-capital-tomo-i1.pdf>

Miles, P. (2015). **¿Qué es el Reiki? ¿Puede Reiki ayudarme?** Disponible en: <http://reikiinmedicine.org/healing-sessions/>

Ministerio de Planificación y Política Económica (2014). **Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018 “Alberto Cañas Escalante”.** Disponible en: <http://documentos.mideplan.go.cr/alfresco/d/d/workspace/SpacesStore/cd1da1b4-868b-4f6f-bdf8-b2dee0525b76/PND%202015-2018%20Alberto%20Ca%C3%B1as%20Escalante%20WEB.pdf>

Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica (2011). **Plan Nacional de Desarrollo 2011-2014 “María Teresa Obregón Zamora”.** Disponible en: <http://documentos.mideplan.go.cr/alfresco/d/d/workspace/SpacesStore/122fcd1c-53a7-47a7-a0ad-84cac6f1d7b9/PND-2011-2014-Maria-Teresa-Obregon-Zamora.pdf>

Ministerio de Salud (2010a). **Plan Nacional de Salud 2010-2021**. Costa Rica. Disponible en: http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/sobre-ministerio-marco-orientador-sevri-ms/doc_details/964-plan-nacional-de-salud-2010-2021.

Ministerio de Salud (2010b). **Plan Estratégico Nacional de Salud de las Personas Adolescentes 2010-2018**. Costa Rica. Disponible en: http://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/sobre-el-ministerio/estrategias--politicas--planes/doc_view/1040-plan-estrategico-nacional-de-salud-de-las-personas-adolescentes-2010-2018

Ministerio de Salud (2012). **Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer 2011-2017**. Costa Rica. Disponible en: <http://www.ccss.sa.cr/cancer>

Ministerio de Salud de Argentina. Unidad Coordinadora Ejecutora de Programas Materno Juveniles y Nutricionales (s, f.). **Salud en la Adolescencia: avances hacia un enfoque integral**. Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Salud%20en%20la%20Adolescencia%20Avances%20hacia%20un%20Enfoque%20Integral.pdf>

Molina M. y Ruiz R. (2004). **Recuperación de la perspectiva histórico crítica en la enseñanza del Trabajo Social en la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Costa Rica. Revista Virtual Textos & Contextos. N° 3, ano III, dez**. Disponible en: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-018-065.pdf>

Molla, M. (2002). **La Logoterapia, descubriendo el sentido de la vida: Una visión existencial**. Extracto de ponencia presentada en Seminario: Aportes de la Logoterapia, Espiritualidad y Proyecto de Vida en la Comunidad Terapéutica. Lima- Perú. Disponible en: http://egocreanetperu.com/paper_logo.pdf

Morandi, V. (2008). **La logoterapia y la biblioterapia: descubriendo el sentido de la vida a través de la lectura. Instituto de Logoterapia del Uruguay “Viktor E. Frankl”**. Universidad de Montevideo. Disponible en: http://eprints.rclis.org/12916/1/La_logoterapia_y_la_biblioterapia.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2008). **Clasificación Internacional de Enfermedades**, decima edición 10°. Disponible en: http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=263:clasificacion-internacional-de-enfermedades-cie-10&Itemid=361

Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS) (2011). **Conocimientos y actitudes en la atención integral y diferenciada a los y las Adolescentes de parte de profesionales de Medicina, Trabajo Social, Enfermería y Psicología de Hospitales Nacionales y Clínicas Mayores de la CCSS**. Disponible en: <http://www.saludpublica.ucr.ac.cr/Investigaciones%202012/diferenciada.pdf>

Paiva, D. y Ponce, M. (1995). **Matriz Fenomenológica**. Fragmento tomado de: Perspectivas Metodológicas en Trabajo Social. Compilado por ALAETS-CELATS. Disponible en: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000380.pdf>

Paredes, I. (2008). **Influencia del Enfoque Sistémico en el Trabajo Social**. Facultad de Trabajo Social. Universidad Nacional del Altiplano. Perú. Disponible en: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000309.pdf>

Parra, G. (1998). **En el camino de la investigación cualitativa: Reflexiones sobre reconstrucción histórica, historia oral y trabajo social**. Ponencia presentada en el XVI Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social. Santiago de Chile. Disponible en: http://www.ts.ucr.ac.cr/biblioteca_v.php

Patronato Nacional de la Infancia (PANI)-UNICEF (2009). **Política Nacional para la Niñez y la Adolescencia. Costa Rica 2009-2021.** Disponible en: <http://www.pani.go.cr/libreria/PoliticaNNA-2009.pdf>

Pescatore C. (s, f.). **Adolescencia e Identidad.** Disponible en: <http://www.insumisos.com/lecturasinsumisas/ADOLESCENCIA%20E%20IDENTIDAD.pdf>

Pizarro (s, f.). **Los equipos interdisciplinarios.** Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v8n17/art3.pdf>

Rodríguez M. et al (2010). **Caracterización tomográfica e histológica de las neoplasias intracraneales.** En Revista Científica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos, 8(2), 9-14. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1727897X2010000200003&script=sci_arttext

Rojas C. (s, f.). **La intervención en crisis con familias que atraviesan procesos de separación o divorcio.** Disponible en: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000162.pdf>

Rozas, M. (2004). **Tendencias teórico - epistemológicas y metodológicas en la formación profesional.** Ponencia presentada en el XVIII Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social. Costa Rica. Disponible en: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-018-006.pdf>

Rozas M. (2000) **Intervención, Cuestión Social.** Boletín Electrónico Sura, número 42. Disponible en: <http://www.ts.ucr.ac.cr/suradoc.htm>

Salamanca, A. y Martín-Crespo, C. (2007). **El muestreo en la investigación cualitativa.** En Nure Investigación, nº 27. Disponible en: http://www.nureinvestigacion.es/ficheros_administrador/f_metodologica/fmetodologica_27.pdf

Schade, N. et al (2009). **Terapia Familiar Breve y Atención Primaria: Un Caso de Trastorno Somatomorfo**. En *Terapia Psicológica*, 27(2), 239-246. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082009000200009

Solís, S. (s. f.). **El Enfoque de Derechos: Aspectos Teóricos y Conceptuales**. Disponible en: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/docente/pd-000133.pdf>

UNICEF (2002). **Adolescencia una etapa fundamental**. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/publications/files/pub_adolescence_sp.pdf

Valerio D. (2010). **Crecimiento de Infraestructura en el Hospital México 2010-2020**. Colegio de Ingenieros Civiles de Costa Rica, Congreso CIC-2010. Disponible en: http://www.civiles.org/cic2010/memoria/Diego_Valerio.pdf

Velázquez, F. (2001). **La familia motor del desarrollo. XVII Seminario Latinoamericano de Trabajo Social**. Disponible en: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-017-078.pdf>

Documentos Institucionales en línea

Caja Costarricense de Seguro Social (2013). **San Juan de Dios cumple 168 años**. Disponible en: <http://www.ccss.sa.cr/noticias/index/14-hospitales/973-san-juan-de-dios-cumple-168-anos>

Caja Costarricense de Seguro Social (2012). **Plan Institucional para la Atención del Cáncer 2012-2016: Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer en la Red de la CCSS**. Costa Rica. Disponible en: <http://www.ccss.sa.cr/cancer>

Caja Costarricense de Seguro Social (2011a). **Programa Nacional de Transición niño(a) adolescente adulto(a) con enfermedades crónicas a otros niveles de**

atención de la Caja Costarricense de Seguro Social. Hospital Nacional de Niños, Dr. Carlos Sáenz Herrera. Costa Rica. Disponible en: <http://documentos.mideplan.go.cr/alfresco/d/d/workspace/SpacesStore/ed5e9133-4e46-46f2-b39b-7662f8d9d349/CCSS.pdf>

Caja Costarricense de Seguro Social (2011b). **Organigrama Oficial a diciembre 2011.** Costa Rica. Disponible en: <http://www.ccss.sa.cr/cultura>

Caja Costarricense de Seguro Social (2009a). **Plan de acción para la implementación del proyecto: Fortalecimiento de la atención integral del cáncer en la Red Oncológica Nacional de la CCSS.** Costa Rica. Disponible en: <http://www.ccss.sa.cr/cancer>

Caja Costarricense de Seguro Social (2009b). **Perfil Funcional para la atención del Cáncer.** Costa Rica. Disponible en: <http://www.ccss.sa.cr/cancer>

Caja Costarricense de Seguro Social y Universidad de Costa Rica (2009). **Programa académico de la especialidad en Hematología 2009.** Disponible en: http://www.cendeisss.sa.cr/posgrados/PROGRAMA_HEMATOLOGIA.pdf

Caja Costarricense de Seguro Social (2006). **Programa Nacional de Atención Integral a la Adolescencia: Lineamientos del Modelo de Atención Integral a la Salud de las y los Adolescentes en la Caja Costarricense de Seguro Social.** Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/adolescencia/modelocompleto.pdf>

Caja Costarricense de Seguro Social y Universidad de Costa Rica (2004a). **La Conceptualización de la Salud en el Modelo de Atención del Sistema Nacional de Salud.** Curso de Gestión Local de Salud para Técnicos del Primer Nivel de Atención. Disponible en: <http://www.cendeisss.sa.cr/cursos/conceptsalud.pdf>

Caja Costarricense de Seguro Social y Universidad de Costa Rica (2004b). **Introducción a la Salud Familiar**. Curso Especial de Posgrado Gestión Local de Salud. Disponible en: <http://www.cendeisss.sa.cr/posgrados/modulos/modulo11.pdf>

Caja Costarricense de Seguro Social (1996). **Reglamento del Seguro en Salud**. Disponible en: <http://www.cendeisss.sa.cr/etica/reglamentosalud.pdf>

Caja Costarricense de Seguro Social (1971). **Reglamento General de Hospitales Nacionales**. Disponible en: <ftp://ftp.ccss.sa.cr/pub/DGRRSSCS/Salud%20Ocupacional/Curso%20Basico%20Comisiones%20Mayo-2010/Material%20Vario/Bibliograf%EDa/Reglamento/REGLAMENTO%20GENERAL%20DE%20HOSPITALES%20NACIONALES.doc>

Caja Costarricense de Seguro Social (1943). **Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social**. Disponible en: <ftp://ftp.ccss.sa.cr/pub/DGRRSSCS/Salud%20Ocupacional/Curso%20Basico%20Comisiones%20Mayo-2010/Material%20Vario/Bibliograf%EDa/Leyes/LEY%20CONSTITUTIVA%20DE%20LA%20CAJA%20COSTARRICENSE%20DEL%20SEGURO%20SOCIAL.doc>

Caja Costarricense de Seguro Social (s, f.). **Historia**. Disponible en: http://www.ccss.sa.cr/cultura_organizacional_detalle?id=2

Código de Ética del Servidor del Seguro Social (1999). Disponible en: https://www.google.com/search?q=%E2%80%A2+C%C3%B3digo+de+%C3%89tica+del+Servidor+del+Seguro+Social.+25+de+febrero+de+1999&oq=%E2%80%A2+C%C3%B3digo+de+%C3%89tica+del+Servidor+del+Seguro+Social.+25+de+febrero+de+1999&aqs=chrome..69i57.632j0j7&sourceid=chrome&es_sm=93&ie=UTF-

Gerencia de Logística. Caja Costarricense Seguro Social (2015). **Planes Anuales de Compra**. Disponible en: http://www.ccss.sa.cr/planes_compra

Jiménez M. (2004). **Memoria 35 aniversario del Hospital México**. 1° ed. San José, Costa Rica. Disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhm/mexico/hmexico35.pdf>

Reglamento del Seguro de Salud (2006). Disponible en: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=43463&strTipM=TC

Reglamento Interior de Trabajo CCSS (1978). Disponible en: <ftp://ftp.ccss.sa.cr/pub/DGRRSSCS/Salud%20Ocupacional/Curso%20Basico%20Comisiones%20Mayo-2010/Material%20Vario/Bibliograf%EDa/Reglamento/REGLAMENTO%20INTERIOR%20DE%20TRABAJO.doc>

Sistema de Control de Presupuesto. Caja Costarricense de Seguro Social (2015). **Información presupuestaria**. Disponible en: <http://www.ccss.sa.cr/presupuesto>

Fuentes de información

Campos, R. **Comunicación personal**. 06 de junio de 2015. San José. Costa Rica.

Chaves, S. **Comunicación personal**. 21 de mayo de 2015. San José. Costa Rica.

Coto, G. **Comunicación personal**. 04 de mayo de 2015. San José. Costa Rica.

Díaz, M. **Comunicación personal**. 01 de julio de 2015. San José. Costa Rica.

González, C. **Comunicación personal**. 11 de mayo de 2015. San José. Costa Rica.

González, I. **Comunicación personal**. 15 de mayo de 2015. San José. Costa Rica.

González, X. **Comunicación personal**. 16 de abril de 2015. San José. Costa Rica.

Juárez, M. **Comunicación personal**. 15 de mayo de 2015. San José. Costa Rica.

Miranda, M. **Comunicación personal**. 14 de abril de 2015. San José. Costa Rica.

Miranda, N. **Comunicación personal**. 13 de abril de 2015. San José. Costa Rica.

Montero, P. **Comunicación personal**. 18 de junio de 2015. San José. Costa Rica.

Mora, Z. **Comunicación personal**. 15 de abril de 2015. San José. Costa.

Naranjo, H. **Comunicación personal**. 16 de abril de 2015. San José. Costa Rica.

Ocampo, S. **Comunicación personal**. 08 de junio de 2015. San José. Costa Rica.

Ovares, S. **Comunicación personal**. 30 de abril de 2015. San José. Costa Rica.

Pérez, D. **Comunicación personal**. 20 de abril de 2015. San José. Costa.

Quesada, M. **Comunicación personal**. 14 de mayo de 2015. San José. Costa Rica.

Rodríguez, M. **Comunicación personal**. 04 de mayo de 2015. San José. Costa Rica.

Villalobos, J. **Comunicación personal**. 11 de mayo de 2015. San José. Costa Rica.

Williams, M. **Comunicación personal**. 06 de junio de 2015. San José. Costa Rica.

Anexos

Anexo 1. Matriz de categorías de análisis

Matriz de categorías de análisis.

| Categoría | Sub categorías | Interrogantes | Fuentes |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Materia Prima: Hace referencia al objeto de trabajo que se aborda. | <ul style="list-style-type: none"> • Necesidades de atención del proceso salud-enfermedad de la persona adolescente y grupo familiar. • Diagnóstico de cáncer en personas adolescentes. • Estadísticas de personas adolescentes con diagnóstico oncológico. | <p>¿Cuáles son los principales diagnósticos hemato-oncológicos que se atienden en personas adolescentes?</p> <p>¿Cuáles son las necesidades de atención del proceso salud-enfermedad de la persona adolescente y grupo familiar?</p> <p>¿Cuáles son las particularidades en la atención de la persona adolescente y el grupo familiar?</p> <p>¿Considera necesario que exista una atención diferenciada de las personas adolescentes con diagnóstico oncológico, respecto a la atención brindada a personas adultas con diagnóstico oncológico?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas semi-estructuradas a población participante. • Revisión documental. • Discusiones grupales. • Triangulación. |
| Medios e Instrumentos: Aborda los medios e instrumentos que la persona requiere para realizar su trabajo; entendidos como medios materiales, humanos, financieros, entre otros, necesarios para | <ul style="list-style-type: none"> • Recursos: <ul style="list-style-type: none"> -Financieros. -Humanos. -Materiales. -Tecnológicos. • Marco Jurídico • Planes, lineamientos, entre otros. • Reglamentos internos. | <p>¿Cuál o cuáles teorías que fundamentan su accionar profesional?</p> <p>¿Bajo cuál enfoque de atención se inscribe el trabajo profesional realizado desde la institución?</p> <p>¿Qué tipo de herramientas técnico-operativas ha tenido que desarrollar como parte del</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas semi-estructuradas. • Revisión documental. • Discusiones grupales. • Triangulación. |

| Categoría | Sub categorías | Interrogantes | Fuentes |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| implementar los procesos de trabajo | <ul style="list-style-type: none"> • Fundamento Teórico-Metodológico (Referentes teóricos que fundamentan el trabajo profesional). • Fundamento Técnico-Operativo (Técnicas e instrumentos utilizados por la población participante). • Fundamento Ético-Político (Intencionalidad con que se desarrollan los procesos de trabajo). | <p>trabajo profesional, en la atención de personas adolescentes con diagnóstico oncológico y su grupo familiar?</p> <p>¿A nivel institucional, existen políticas, lineamientos, protocolos u otro tipo de directriz para el abordaje de personas adolescentes con diagnóstico oncológico? ¿Cuáles son?</p> <p>¿A nivel nacional, conoce alguna política externa que influya en la atención de personas adolescentes con diagnóstico oncológico? ¿Considera que se deben crear políticas, lineamientos o protocolos, especializados para el abordaje de las personas adolescentes con diagnóstico oncológico? ¿Por qué?</p> | |
| Estructura: Hace referencia al tipo de estructura presente en la institución. Así como la manera en que este tipo de estructura incide dentro del proceso de trabajo desarrollado. | <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de Estructura (Organigrama). • Limitaciones y ventajas de esa estructura para el desarrollo del trabajo profesional. | <p>De acuerdo con la estructura organizacional de este hospital, ¿ventajas y/o desventajas de este tipo de estructura para la atención de personas adolescentes con diagnóstico oncológico y sus familias? ¿Cuáles son los medios de comunicación vinculados a la atención la atención de</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas semi-estructurada. • Revisión documental. • Discusión grupal. • Triangulación. |

| Categoría | Sub categorías | Interrogantes | Fuentes |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | <p>personas adolescentes con diagnóstico oncológico?</p> <p>¿De qué manera se da el proceso de toma de decisiones que influyen en el abordaje de personas adolescentes con diagnóstico oncológico y sus familias?</p> | |
| <p>Trabajo Vivo: Es un elemento constitutivo de los procesos de trabajo, pues en ellos se desarrolla el “trabajo vivo”, mediante las diversas funciones que cumplen las personas profesionales en Trabajo Social.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Funciones: En lo gerencial. En lo operativo. • Interdisciplinariedad en el proceso de atención. • Actores involucrados. | <p>¿Qué funciones cumple Trabajo Social en el área gerencial o de jefatura y en el ámbito operativo, en lo que se refiere a la atención de personas adolescentes con diagnóstico oncológico y sus familias?</p> <p>¿Qué profesionales están involucrados en la atención de personas adolescentes con diagnóstico oncológico y sus familias? ¿Cuáles son sus competencias?</p> <p>En respuesta a la atención integral que plantea la CCSS, ¿trabaja usted en conjunto o a nivel grupal con alguna comisión, equipos interdisciplinarios y/o transdisciplinarios, entre otros?</p> <p>¿Se tienen mecanismos de seguimiento para detectar las</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas semi-estructuradas. • Revisión documental. • Discusión grupal. • Bola de nieve. • Triangulación. |

| Categoría | Sub categorías | Interrogantes | Fuentes |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | <p>necesidades de las personas adolescentes con diagnóstico oncológico y su grupo familiar?</p> <p>Como parte de su trabajo profesional ¿Se realiza algún proceso en vinculación con organizaciones no gubernamentales?</p> | |
| <p>Resultados: Son los productos o resultados del “trabajo vivo”, que materializan la finalidad de la institución y los procesos en estudio.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Servicio (s) brindados hacia esta población. • Avances y desafíos de la atención brindada por Trabajo Social a personas adolescentes con cáncer y sus familias. | <p>¿Cuáles son los resultados del trabajo profesional realizado por Trabajo Social?</p> <p>¿Existen mecanismos de evaluación y seguimiento para medir los resultados alcanzados en los diversos servicios que atienden la salud de las personas adolescentes con diagnóstico oncológico?</p> <p>A partir de su experiencia profesional, ¿cuál sería el tratamiento o atención óptima para la población mencionada? ¿Cuáles profesionales e instituciones deberían participar en esa atención? ¿Por qué?</p> <p>¿Cuáles son las fortalezas y debilidades de la atención brindada a las personas adolescentes con diagnóstico</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas semi-estructuradas. • Revisión documental. • Discusión grupal. • Triangulación. |

| Categoría | Sub categorías | Interrogantes | Fuentes |
|-----------|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| | | <p>oncológico y sus familias?</p> <p>¿Cuáles son los retos del trabajo profesional de Trabajo Social en la atención de la salud de la población adolescente con diagnóstico oncológico y sus familias?</p> | |

Anexo 2. Consentimiento informado



UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN

COMITÉ ÉTICO CIENTIFICO

Teléfonos:(506) 2511-4201 Telefax: (506) 2224-9367

FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Para ser sujeto de investigación)

Trabajo Social en la atención de personas adolescentes con diagnóstico oncológico y sus familias: un estudio de los procesos de trabajo desarrollados en los Hospitales San Juan de Dios y México, durante el período 2014-2015.

Código (o número) de proyecto: TS 9500

Nombre de la investigadora principal: Bach. María Sáenz Corrales

Nombre de co-investigadora: Bach. Mónica Masís Coto

Nombre del participante: _____

- A. PROPÓSITO DEL PROYECTO:** Esta investigación es realizada por Bach. Mónica Masís Coto y Bach. María Sáenz Corrales, estudiantes del nivel de licenciatura de la carrera de Trabajo Social, Universidad de Costa Rica. Este se desarrolla con el objetivo de analizar los procesos de trabajo en los que se vinculan las personas profesionales en Trabajo Social, en la atención de personas adolescentes con diagnóstico oncológico y sus familias, en el Hospital México y el Hospital San Juan de Dios, durante el período 2014-2015; con el propósito de fortalecer dichos procesos.

Por medio de la implementación de esta entrevista se pretende recuperar información acerca del trabajo profesional realizado desde Trabajo Social en la atención de personas adolescentes y sus familias.

- B. ¿QUÉ SE HARÁ?** Se realizará una entrevista en la cual se le presentarán una serie de interrogantes sobre las que usted tiene la posibilidad de brindar su criterio, la cual será tomada en cuenta para la realización del análisis respecto a los procesos de trabajo profesional desarrollados por la profesión de Trabajo Social en la atención de salud de personas adolescentes con diagnóstico oncológico y sus familias. El audio de la actividad será grabado, esto para poder utilizar la información con fines de la investigación; sin embargo, ésta será borrada una vez tomados los datos necesarios.
- C. RIESGOS:** La participación en este estudio puede significar cierto riesgo o molestia para usted por los temas a tratar en la entrevista, entre ellas, pérdida de privacidad, la incomodidad, entre otros.
- D. BENEFICIOS** Como resultado de su participación en este estudio, no obtendrá ningún beneficio directo; sin embargo, por medio de éste se obtendrá mayor conocimiento sobre los aspectos por mejorar en los procesos de trabajo profesional realizados por Trabajo Social, lo cual posibilita una mejora en la atención y servicio brindado.
- E.** Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con Bach. Mónica Masís Coto o con Bach. María Sáenz Corrales y ellas deben haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si quisiera más información más adelante, puedo obtenerla llamando a Bach. Mónica Masís Coto o con Bach. María Sáenz Corrales a los teléfonos 89475941 o 86105322. Además, puede consultar sobre los derechos de los Sujetos Participantes en Proyectos de Investigación al CONIS –Consejo Nacional de Salud del Ministerio de Salud, teléfonos 2233-3594, 2223-0333 extensión 292, de lunes a

viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica a los teléfonos 2511-4201 ó 2511-5839, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.

- F. Recibirá una copia de esta fórmula firmada para uso personal.
- G. Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento.
- H. Su participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación de resultados pero de una manera anónima.
- I. No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio.

| | |
|-----------------------------------|-------|
| Nombre, cédula y firma del sujeto | fecha |
|-----------------------------------|-------|

| | |
|------------------------------------|-------|
| Nombre, cédula y firma del testigo | fecha |
|------------------------------------|-------|

| | |
|------------------------------------------------------------------------|-------|
| Nombre, cédula y firma del Investigador que solicita el consentimiento | fecha |
|------------------------------------------------------------------------|-------|

NUEVA VERSIÓN FCI – APROBADO EN SESION DEL COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO (CEC) NO. 149 REALIZADA EL 4 DE JUNIO DE 2008.

CELM-Form.Consent-Form 06-08

Anexo 3. Instrumento de entrevista Semi-estructurada para las y los profesionales en Trabajo Social

A-_____

Fecha: _____

Hora: _____

Esta entrevista responde a un Trabajo Final de Graduación, modalidad Tesis, para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social, realizada por las estudiantes Bach. María Sáenz Corrales y Bach. Mónica Masís Coto, ambas de la Universidad de Costa Rica.

El Trabajo Final de Graduación es denominado “Trabajo Social en la atención de personas adolescentes con diagnóstico oncológico y sus familias: un estudio de los procesos de trabajo desarrollados en los hospitales San Juan de Dios y México, durante el período 2014-2015.”, y tiene como objetivo general analizar los procesos de trabajo en los que se vinculan las personas profesionales en Trabajo Social, en la atención de personas adolescentes con diagnóstico oncológico y sus familias, en el Hospital México y el Hospital San Juan de Dios, durante el período 2014-2015; con el propósito de fortalecer dichos procesos.

Cabe destacar, que su participación en este estudio es voluntaria, por lo que tiene el derecho a negarse o a suspenderla en cualquier momento; además, la información recopilada es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación o ser divulgados en una reunión de manera anónima.

A. DATOS GENERALES:

1) Cargo que desempeña: _____

2) Servicio en el que realiza su trabajo: _____

3) Años de laborar: _____

B. MATERIA PRIMA:

¿Qué criterios se consideran para que una persona adolescente con diagnóstico oncológico y su grupo familiar accedan al servicio de Trabajo Social? ¿Cuál es su opinión respecto a estos criterios?

¿En su trabajo profesional, ha tenido que hacer alguna particularidad en la atención, según las características (económicas, socio-demográficas, entre otras) de la persona adolescente? ¿Cuáles?

¿En su trabajo profesional, ha tenido que hacer alguna particularidad en la atención, según las características (económicas, socio-demográficas, entre otras) del grupo familiar? ¿Cuáles?

¿De acuerdo con su experiencia profesional, considera necesario que exista una atención diferenciada de las personas adolescentes con diagnóstico oncológico, respecto a la atención brindada a personas adultas con diagnóstico oncológico?

C. MEDIOS E INSTRUMENTOS:

¿Cuál o cuáles teorías (por ejemplo Teoría de Género, Sistemas, Marxista) fundamentan su accionar profesional?

¿Bajo cuál enfoque (por ejemplo Enfoque de Derechos) de atención se inscribe el trabajo profesional realizado desde la institución? Explique detalladamente.

¿Qué tipo de herramientas técnico-operativas ha tenido que desarrollar como parte de su trabajo profesional, en la atención de personas adolescentes con diagnóstico oncológico y su grupo familiar?

¿A nivel institucional, existen políticas, lineamientos, protocolos u otro tipo de directriz para el abordaje de personas adolescentes con diagnóstico oncológico? ¿Cuáles son?

¿De acuerdo con la respuesta anterior, influyen éstos en su trabajo profesional? ¿Por qué?

¿A nivel nacional, conoce alguna política externa que influya en la atención de personas adolescentes con diagnóstico oncológico?

¿Considera que se deben crear políticas, lineamientos o protocolos, especializados para el abordaje de las personas adolescentes con diagnóstico oncológico? ¿Por qué?

D. ESTRUCTURA:

De acuerdo con la estructura organizacional de este hospital, ¿cuáles considera que son las ventajas y/o desventajas de este tipo de estructura para la atención de personas adolescentes con diagnóstico oncológico y sus familias?

¿Cuáles son los medios de comunicación más utilizados por usted, como profesional con las demás personas profesionales vinculadas a la atención la atención de personas adolescentes con diagnóstico oncológico?

¿Cuáles son los medios de comunicación más utilizados a lo interno del Servicio de Trabajo Social?

¿Cuáles son los medios de comunicación más utilizados para contactarse con las personas usuarias?

Dentro de su trabajo profesional, de qué manera se da el proceso de toma de decisiones que influyen en el abordaje de personas adolescentes con diagnóstico oncológico y sus familias

- A Nivel de jefatura.
- Con la población usuaria.
- Con las instituciones u organizaciones colaboradoras.
- Con otras personas profesionales.

E. TRABAJO VIVO:

¿Qué funciones cumple Trabajo Social en el área gerencial o de jefatura que influyen en la atención de personas adolescentes con diagnóstico oncológico y sus familias?

¿Qué funciones cumple Trabajo Social en el ámbito operativo, en lo que se refiere a la atención de personas adolescentes con diagnóstico oncológico y sus familias? (Fase diagnóstica, fase tratamiento, rehabilitación, y paliativa)

¿Qué profesionales están involucrados en la atención de personas adolescentes con diagnóstico oncológico y sus familias? ¿Cuáles son sus competencias?

En respuesta a la atención integral que plantea la CCSS, ¿trabaja usted en conjunto o a nivel grupal con alguna comisión, equipos interdisciplinarios y/o transdisciplinarios, entre otros?

En caso de existir algún grupo, comisión, equipo interdisciplinario y/o transdisciplinario, que atienda a esta población:

- ¿Se reúnen periódicamente?
- ¿Cuentan con un espacio físico adecuado?
- ¿Realizan una atención integral? ¿Por qué?

¿Cuáles profesionales se relacionan con usted, para coordinar, referir y/o contra referir situaciones vinculadas al abordaje de personas adolescentes con diagnóstico oncológico y sus familias?

¿Se tienen mecanismos de seguimiento para detectar las necesidades de las personas adolescentes con diagnóstico oncológico y su grupo familiar?

¿Si usted tuviera que preparar a una persona profesional en Trabajo Social, cuáles serían las recomendaciones básicas que le daría para la atención de personas adolescentes con diagnóstico oncológico y su grupo familiar?

Como parte de su trabajo profesional ¿Se realiza algún proceso en vinculación con organizaciones no gubernamentales, tales como “Proyecto Daniel”?

F. RESULTADOS DEL TRABAJO VIVO:

Desde su experiencia profesional, ¿cuáles son los resultados del trabajo profesional realizado por Trabajo Social en las condiciones de vida de las personas adolescentes con diagnóstico oncológico y su grupo familiar?

¿Existen mecanismos de evaluación y seguimiento para medir los resultados alcanzados en los diversos servicios que atienden la salud de las personas adolescentes con diagnóstico oncológico?

¿Cuáles son las limitaciones del servicio en que usted labora, respecto a la atención de salud de la población adolescente con diagnóstico oncológico?

¿Hay alguna manera de enfrentar esas limitaciones?

¿Cuáles son las fortalezas del servicio en que usted labora, respecto a la atención de salud de la población adolescente con diagnóstico oncológico?

A partir de su experiencia profesional, ¿cuál sería el tratamiento o atención óptima para la población mencionada? ¿Cuáles profesionales e instituciones deberían participar en esa atención? ¿Por qué?

Desde su experiencia profesional, ¿cuáles son las fortalezas y debilidades de la atención brindada a las personas adolescentes con diagnóstico oncológico y sus familias?

De acuerdo con las fortalezas y debilidades mencionadas anteriormente, ¿cuáles son los retos del trabajo profesional de Trabajo Social en la atención de la salud de la población adolescente con diagnóstico oncológico y sus familias?

¿Qué recomendaciones brindaría usted para la atención de las personas adolescentes con diagnóstico oncológico y su grupo familiar? (A nivel hospitalario, de Servicio de Trabajo Social, etc.).

Anexo 4. Guía de entrevista semi-estructurada para las y los profesionales que ejercen un puesto de jefatura o sub-jefatura en los servicios de Trabajo Social.

B-_____

Fecha: _____

Hora: _____

Esta entrevista responde a un Trabajo Final de Graduación, modalidad Tesis, para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social, realizada por las estudiantes Bach. María Sáenz Corrales y Bach. Mónica Masís Coto, ambas de la Universidad de Costa Rica.

El Trabajo Final de Graduación es denominado “Trabajo Social en la atención de personas adolescentes con diagnóstico oncológico y sus familias: un estudio de los procesos de trabajo desarrollados en los Hospitales San Juan de Dios y México, durante el período 2014-2015”, y tiene como objetivo general analizar los procesos de trabajo en los que se vinculan las personas profesionales en Trabajo Social, en la atención de personas adolescentes con diagnóstico oncológico y sus familias, en el Hospital México y el Hospital San Juan de Dios, durante el período 2014-2015; con el propósito de fortalecer dichos procesos.

Cabe destacar, que su participación en este estudio es voluntaria, por lo que tiene el derecho a negarse o a suspenderla en cualquier momento; además, la información recopilada es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación o ser divulgados en una reunión de manera anónima.

A. DATOS GENERALES:

1) Cargo que desempeña: _____

3) Años de ejercer el dicho cargo: _____

B. INTERROGANTES

1. ¿Cuáles son los lineamientos que direccionan el abordaje de la salud de las personas adolescentes con diagnóstico oncológico y sus familias?
2. De acuerdo con la estructura organizacional de este hospital, ¿cuáles considera que son las ventajas y/o desventajas de este tipo de estructura para la atención de personas adolescentes con diagnóstico oncológico y sus familias?
3. ¿Qué funciones cumple Trabajo Social en el área gerencial o de jefatura que influyen en la atención de personas adolescentes con diagnóstico oncológico y sus familias?
4. ¿Cuáles son las estrategias de comunicación utilizadas a lo interno del Servicio de Trabajo Social?
5. ¿De qué manera se da el proceso de coordinación para la toma de decisiones que influyen en el abordaje de personas adolescentes con diagnóstico oncológico y su grupo familiar:
 - A Nivel de jefatura y subjefatura.
 - Con la población usuaria.
 - Con las instituciones u organizaciones colaboradoras.
 - Con otras personas profesionales.
6. ¿Cómo ha sido la inserción de Trabajo Social en la atención de personas adolescentes con diagnóstico oncológico, en conjunto con otros profesionales?
7. ¿Considera que el trabajo en conjunto con otros servicios se realiza de manera integral?
8. ¿Cuáles considera que son los aportes de la profesión de Trabajo Social en la atención de personas adolescentes con diagnóstico oncológico y su grupo familiar?

9. ¿Cuáles considera que son las debilidades o aspectos por mejorar por la profesión de Trabajo Social en dicha atención?
10. ¿Si usted tuviera que preparar a una persona profesional en Trabajo Social, cuáles serían las recomendaciones básicas que le daría para la atención de personas adolescentes con diagnóstico oncológico y su grupo familiar?
11. ¿Dentro de sus funciones como jefatura o sub jefatura, se realiza un proceso de evaluación del servicio brindado por las profesionales en Trabajo Social, en la atención de personas adolescentes con diagnóstico oncológico y sus familias?

En caso de existir:

- ¿En qué consiste el proceso de evaluación y cuál es su dinámica?
- ¿Cuáles son los resultados del proceso de evaluación?
- ¿Se realizan modificaciones a partir de los resultados de este proceso?

Anexo 5. Guía de entrevista semi-estructurada para las y los profesionales que laboran en los servicios que trabajan en conjunto con Trabajo Social en la atención de personas adolescentes con diagnóstico oncológico y sus familias

C-_____

Fecha: _____

Hora: _____

Esta entrevista responde a un Trabajo Final de Graduación, modalidad Tesis, para optar por el grado de Licenciatura en Trabajo Social, realizada por las estudiantes Bach. María Sáenz Corrales y Bach. Mónica Masís Coto, ambas de la Universidad de Costa Rica.

El Trabajo Final de Graduación es denominado “Trabajo Social en la atención de personas adolescentes con diagnóstico oncológico y sus familias: un estudio de los procesos de trabajo desarrollados en los Hospitales San Juan de Dios y México, durante el período 2014-2015”, y tiene como objetivo general analizar los procesos de trabajo en los que se vinculan las personas profesionales en Trabajo Social, en la atención de personas adolescentes con diagnóstico oncológico y sus familias, en el Hospital México y el Hospital San Juan de Dios, durante el período 2014-2015; con el propósito de fortalecer dichos procesos.

Cabe destacar, que su participación en este estudio es voluntaria, por lo que tiene el derecho a negarse o a suspenderla en cualquier momento; además, la información recopilada es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación o ser divulgados en una reunión de manera anónima.

A. DATOS GENERALES:

1) Cargo que desempeña: _____

2) Años de laborar en dicho cargo: _____

3) Servicio en el que realiza su trabajo: _____

B. INTERROGANTES

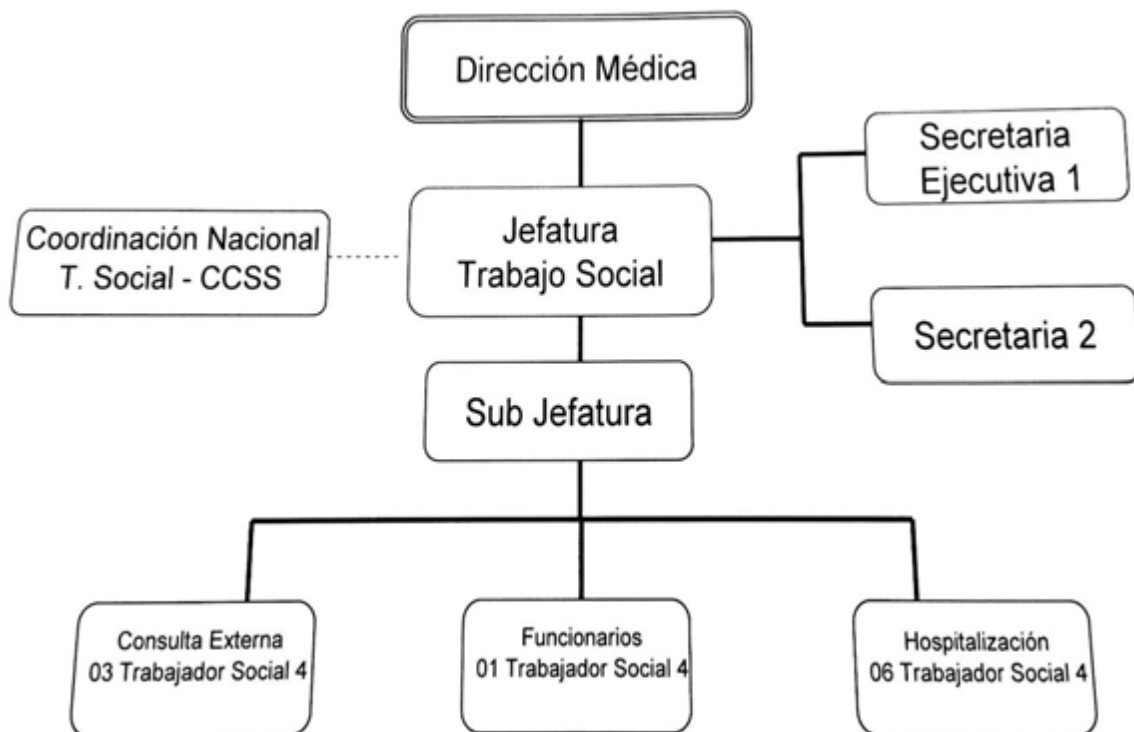
1. ¿Cuáles son los diagnósticos oncológicos que se presentan en las personas adolescentes usuarias de los servicios en los que usted labora?
2. ¿Cuáles son los lineamientos que direccionan el abordaje de la salud de las personas adolescentes con diagnóstico oncológico y sus familias?
3. ¿En qué situaciones ha trabajado en conjunto con profesionales de Trabajo Social en la atención de personas adolescentes con diagnóstico oncológico y sus familias?
4. ¿Cuáles son los criterios para distribuir las tareas que se realizan en conjunto con Trabajo Social en la atención de personas adolescentes con diagnóstico oncológico y sus familias?
5. ¿Qué considera usted por atención integral de la salud?
6. ¿Cuáles considera que son los aportes de Trabajo Social a la atención de personas adolescentes con diagnóstico oncológico y sus familias?
7. A partir de su experiencia de trabajo ¿qué recomendaciones haría para mejorar o fortalecer la atención integral de dicha población?

Anexo 6. Organigrama del Servicio de Trabajo Social del Hospital San Juan de Dios



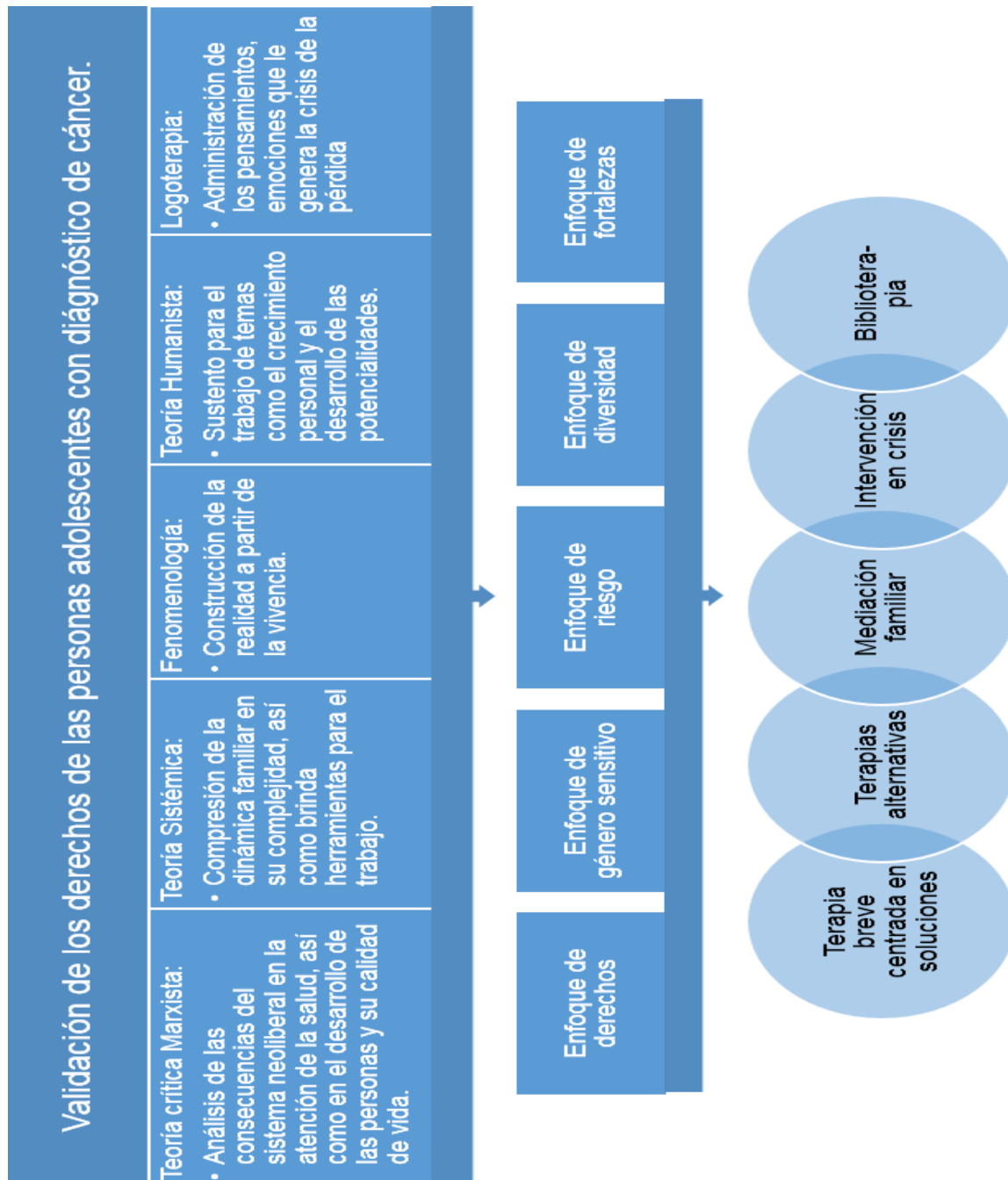
Fuente: Material suministrado por Ovaris (2015). Jefatura del Servicio de Trabajo Social del HSJD.

Anexo 7. Organigrama del Servicio de Trabajo Social del Hospital México



Fuente: Material suministrado por Quesada (2015). Jefatura del Servicio de Trabajo Social del HM.

Anexo 8. Esquema sobre fundamentación teórico-metodológica, técnico-operativa y ético-política



Fuente: Elaboración propia con base en entrevistas realizadas a profesionales en Trabajo Social, 2015.