



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID
Facultad de Educación y Trabajo Social
Grado en Educación Social

PSICOONCOLOGIA Y EDUCACIÓN SOCIAL.
APUNTES PARA UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN
TRANSDICIPLINAR.

Autora: Patricia del Valle del Río

Tutora: Tomasa Luengo Rodríguez

Junio, 2017

DECLARACIÓN PERSONAL DE NO PLAGIO



Universidad de Valladolid

DECLARACIÓN PERSONAL DE NO PLAGIO

D. /D^a _____
con N.I.F. _____, estudiante del Grado en _____ en la
Facultad de Educación y Trabajo Social de la Universidad de Valladolid, como autor/a de este
documento académico titulado:

y presentado como Trabajo Fin de Grado para la obtención del Título correspondiente,

DECLARO QUE

es fruto de mi trabajo personal, que no copio, que no utilizo ideas, formulaciones, citas integrales o ilustraciones diversas, extraídas de cualquier obra, artículo, memoria, etc. (en versión impresa o electrónica), sin mencionar de forma clara y estricta su origen, tanto en el cuerpo del texto como en la bibliografía.

Así mismo, que soy plenamente consciente de que el hecho de no respetar estos extremos es objeto de sanciones universitarias y/o de otro orden legal.

En Valladolid, a _____ de _____ de 20____

Firma del alumno

	Universidad de Valladolid. Esta DECLARACIÓN PERSONAL DE NO PLAGIO debe ser insertada en primera página de todos los Trabajos de Fin de Grado (proyecto, memoria o estudio) conducentes a la obtención del TÍTULO OFICIAL DE GRADO, pero no debe aparecer en el formato electrónico empleado como soporte para su envío a TUVa_doc.
--	--

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradecer a mi tutora Tomasa Luengo por su dedicación en este Trabajo de Fin de Grado, así como su apoyo y presencia dentro y fuera del aula.

A mis padres, compañeras de clase y amigas; y a todas aquellas personas que directa o indirectamente me apoyaron desde un principio tanto en la experiencia médica como en la elaboración de este trabajo, dándome la fuerza necesaria para asumir las experiencias vividas y dotarlas de valor profesional.

A los/as profesores/as y a los/as profesionales del Hospital Clínico Universitario, que supieron facilitarme la consecución de pequeñas metas gracias a las cuales estoy ahora aquí.

ÍNDICE

DECLARACIÓN PERSONAL DE NO PLAGIO	2
AGRADECIMIENTOS	3
ÍNDICE	4
RESUMEN	6
CAPÍTULO 1: JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS Y METODOLOGÍA DEL TRABAJO.	7
1.1. INTRODUCCIÓN.....	8
1.2. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA ELEGIDO.....	11
1.3. OBJETIVO	14
1.4. METODOLOGÍA.....	14
CAPÍTULO 2: ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DE LOS ASPECTOS CIENTÍFICO-TEÓRICOS	15
2.1. SALUD VS. ENFERMEDAD.....	16
2.2. EL CANCER: CONCEPTUALIZACIÓN Y TIPOLOGÍAS	18
2.3. CONSECUENCIAS SOCIALES Y PSICOLÓGICAS DEL CÁNCER.....	23
2.4. LA NECESARIA INTERVENCIÓN TRANSDISCIPLINAR.	24
2.4.1. La oncología	25
2.4.2. La psicooncología.....	26
2.4.3. La intervención psicoeducativa en los servicios de oncología.	29
CAPÍTULO 3: EL ESPACIO DE AL EDUCACIÓN SOCIAL EN LA ATENCIÓN ONCOLÓGICA. APUNTES PARA UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN	31
3.1. EL MODELO ECOLÓGICO DE BRONFRENBRENNER COMO MARCO PARA EL ANÁLISIS DE COMPETENCIAS.....	32
3.2. COMPETENCIAS DEL EDUCADOR SOCIAL EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA PSICOONCOLOGÍA.....	36
3.3. APUNTES PARA UN PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DESDE LA EDUCACIÓN SOCIAL.....	39
3.3.1. Principios de actuación.	40
3.3.2. Áreas de intervención del educador/a social.....	40
CAPÍTULO 4: CONCLUSIONES Y ALCANCE DEL TRABAJO	48
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y OTRAS FUENTES DOCUMENTALES.	52

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1	19
TABLA 2	21
TABLA 3	22
TABLA 4	37
TABLA 5	41
TABLA 6	41
TABLA 7	42
TABLA 8	42
TABLA 9	43
TABLA 10	43
TABLA 11	44
TABLA 12	44
TABLA 13	45
TABLA 14	45
TABLA 15	45
TABLA 16	46
TABLA 17	46
TABLA 18	47
TABLA 19	47
TABLA 20	50

RESUMEN

Este Trabajo de Fin de Grado surge como resultado de la reflexión de mi experiencia académica y personal, desde la cual como usuaria del Servicio de Oncología se detecta una carencia de rasgos educativos y psicológicos referente al impacto que supone el diagnóstico oncológico sobre la persona.

De la conjunción de estas experiencias surge un interrogante que, desplegándose en varias hipótesis a lo largo del trabajo, sirve como guía: *¿Qué puede aportar el educador social a las necesidades educativas de la persona con la enfermedad oncológica?*

Para dar respuesta a esta pregunta hemos realizado un trabajo de revisión documental que se apoya en tres ejes: a) a la luz del Modelo Ecológico de Bronfrenbrenner se realiza un análisis de las competencias necesarias para la atención en psicooncología; b) esos hallazgos se contrastan con las competencias profesionalizantes de la Educación Social; y, c) se revisa el marco legal y axiológico en materia de salud y oncología. Los resultados orientan un conjunto de propuestas que favorezcan el desarrollo transdisciplinar de la atención psicoeducativa.

Palabras clave: Psicooncología, Educación Social, Transdisciplinariedad, Atención Primaria, Competencias profesionales.

ABSTRACT

This End-of-Degree Project arises as a result of the reflection of my academic and personal experience, from which as the Oncology Service user is detected a lack of educational and psychological traits regarding the impact posed by the cancer diagnosis on the person.

The question that guides this work arises from the conjunction of these experiences, deploying on two hypotheses along the work: *How could contribute the social educator to the educational needs of the person with an oncological disease?*

To answer this question, there is a documentary and skills analysis according to three thrusts: a) in light of the Ecological Model of Bronfrenbrenner is performed an analysis of the competencies needed for care in psychoncology; b) these findings are contrasted with the professional competences of the Social Education; and, c) the legal and axiological framework in health and oncology is reviewed. The results guide a set of proposals that favor the transdisciplinary development of psychoeducational care.

Key Words: Psycho-oncology, Social Education, Transdisciplinarity, Primary Health Care, Professional skills.

CAPÍTULO 1:

JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS Y METODOLOGÍA DEL TRABAJO.

1.1. INTRODUCCIÓN

La Educación Social surgió en el marco de un conjunto de factores sociopolíticos que conforman su tradición y evolución histórica que sirve de precedente a la formación y la práctica profesional que actualmente identificamos como propio de la Educación Social. Para comprender esta evolución histórica debemos hacer alusión a distintos momentos.

A finales del siglo XVIII, con la Revolución francesa se produce la caída del Antiguo Régimen, sucediéndose una serie de transformaciones políticas que suponen el reconocimiento de la ciudadanía, sus derechos individuales y la separación los tres poderes básicos del Estado (legislativo, ejecutivo y judicial).

La revolución industrial da lugar a un nuevo modelo de producción, conocido como capitalismo. Junto a él, se produce un crecimiento demográfico que da lugar a dos nuevas clases sociales (la burguesía urbana y el proletariado), que reclaman un lugar en la sociedad y sientan las bases para las revoluciones del siglo XVIII y XIX.

Aunque la sociedad era supuestamente igualitaria, los ciudadanos se dividían entre los que poseían el capital y los que suponían la fuerza del trabajo, estableciéndose la sociedad de clases.

Se crean los sistemas educativos, entendiéndose la educación como una forma de socialización referente a la escuela. La Educación Social queda relegada al ámbito no formal, dando lugar a la educación popular que acerca la cultura y la educación a las personas excluidas del sistema educativo institucional.

El siglo XIX se caracteriza por una serie de movimientos reivindicativos que terminan concediendo un espacio político a la clase obrera, surgiendo así la intervención del Estado en materia social entre los siglos XIX y XX. Esta intervención asegura los derechos individuales y la integración de las clases populares a través de la democracia representativa.

Con la creación de la Seguridad Social se desarrollan modelos de protección a la infancia que además de generalizar la escolarización, desembocan en la creación del Estado del Bienestar tras la II Guerra Mundial en 1945.

La paulatina desaparición del proletariado y la creación de nuevas formas de marginación, favorecen los cambios que impulsan la evolución de la Educación Social. Así surgen la pedagogía del ocio y clubes de ocio y tiempo libre como formas de cubrir las carencias sociales del momento.

Se desarrolla una cultura de masas con la democratización de la cultura, y en la segunda mitad del siglo XX surgen también movimientos de contestación como la pedagogía liberadora de Freire, que termina desembocando en lo que hoy en día conocemos como educación a lo largo de la vida, algo que traspasa el ámbito formal de la educación.

En España podemos encontrar el origen de la acción educativa en las Misiones Pedagógicas realizadas por la Institución Libre de Enseñanza durante la Segunda República. A finales del siglo XIX debido a la influencia europea se estructura el concepto actual de Educación y Pedagogía Social, dando lugar a una práctica al margen del sistema educativo formal.

Estas prácticas comienzan a institucionalizarse a partir de los años 80 creando una demanda progresiva de formación profesional materializada en estudios universitarios de trabajo social y en escuelas no regladas de animación y formación de educadores especializados. La LOGSE incorpora más tarde el título de Técnico en Animación Sociocultural (TASOC) que después dará paso a los estudios universitarios de Educación Social.

Hemos podido ver cómo todo hecho de condición social tiene su explicación en el contexto del cual emerge. Así, y a modo de resumen, podemos ver cómo la Educación Social surgió causa de un conjunto de factores:

- a) *Económicos*. En la sociedad se produjo un gran desarrollo debido a la revolución industrial y tecnológica, instaurándose una economía neoliberal que fomentó la marginación y la exclusión social dentro de un mundo globalizado, dando como resultado la aparición de un **cuarto mundo** caracterizado por bolsas de exclusión dentro de un primer mundo, creando masivos fenómenos migratorios y de movilidad, además de un gran impacto medioambiental.
- b) *De relación y participación social*. Actualmente las vías de participación se encuentran en crisis, habiéndose instaurado un modelo representativo que ha provocado el escepticismo hacia las instituciones por parte de los ciudadanos. El tejido social se ha vuelto dependiente, influido por los medios de comunicación y afectado por la quiebra de sus redes tradicionales. También podemos ver cómo aparecen nuevas formas de movimientos sociales como foros sociales, los llamados *indignados*, etc.

- c) *Axiológicos*. La sociedad se caracteriza por unos marcados valores que podemos ver reflejados en el consumismo, la competitividad destructiva y la tendencia individualista, la expresión violenta unida a la pérdida de una acción grupal organizada y colectiva además de una dificultad para comprender la realidad, provocando la ansiedad e indiferencia ante los cambios sociales que suceden.

Como confluencia de estos fenómenos podemos ver una evolución desarraigada de la sociedad definida por la incomunicación y la insolidaridad, pero que también conlleva elementos positivos como una incitación dinámica que se acomoda a la situación social tan cambiante en la que se encuentra. Esta constante adaptación nos estimula para buscar nuevas formas de actuación de las cuales queda encargada la Educación Social.

Actualmente, el concepto de Educación Social continúa siendo impreciso debido a diversas variables:

- Es un fenómeno muy reciente cuyas primeras manifestaciones encontramos en las experiencias de Nöhl tras la Primera Guerra Mundial. Por ello, la Educación Social no es todavía un sistema cerrado, sino que está estructurándose.
- La Educación Social se impone a través de su práctica, pero sus dificultades de conceptualización reflejan la distancia entre su práctica y el déficit teórico que debería servir de base, aunque estos estudios teóricos están actualmente extendiéndose.
- El término en sí es muy extenso, ya que abarca gran cantidad de enfoques y perspectivas (adaptación, socialización, adquisición de competencias, prevención, formación, educación extraescolar, etc.)

A día de hoy, los objetivos que se propone la Educación Social pueden ser sintetizados en tres: lograr la madurez social, promover las relaciones humano-sociales y preparar al individuo para vivir en sociedad. (López, 2005)

La tarea pendiente de la Educación Social sigue siendo focalizar las intervenciones socioeducativas a través de las aportaciones de cada profesional a la realidad desde el campo en el cual esté cualificado, interviniendo así sobre una realidad modificable en lugar de apreciar las distintas situaciones conflictivas como algo inevitable (López Noguero, 2011 y Castillo Manzano, 2005). El Trabajo de Fin de Grado que se presenta pretende contribuir a esa tarea.

1.2. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA ELEGIDO

La salud y la enfermedad no son acontecimientos que ocurran exclusivamente en el espacio privado de la vida personal. La calidad de vida, el cuidado y promoción de la salud, la prevención, la rehabilitación, los problemas de salud, y la muerte misma, acontecen en el *denso tejido social y ecológico* en el que transcurre la vida personal

Es en los años veinte, cuando se empieza a vislumbrar en Europa una concepción de Salud que enfatiza la protección de la Salud y la educación para una cultura de la salud. En los años siguientes se irá extendiendo a otros países y dará lugar en los años sesenta al renacimiento de la Salud Comunitaria y de la Atención Primaria de Salud.

En pleno apogeo del movimiento de salud pública y comunitaria, y en perfecta sintonía con él, en el año 1978 la Organización Mundial de la Salud (OMS) promulgaba en la ciudad de Alma Ata, la carta magna que quería guiar las estrategias que en el campo de la Salud se desarrollaran en todas las naciones de la tierra. El impulso lo daba “la necesidad urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y desarrollo, y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo (OMS, 1978, p.2). La Atención Primaria de Salud (APS) se iba a convertir desde entonces en el núcleo central y en la clave de la Salud Comunitaria y de todo el engranaje de los sistemas de servicios de salud.

En España, surgió una oportunidad decisiva para su renacimiento con los principios constitucionales emanados de la Carta Magna de 1978, en la que se reconoce el derecho a la protección de la salud de todos los ciudadanos. (Artículo 43) y en 1986 la Ley General de Sanidad de 25 de abril regula la protección a la Salud de todos los españoles.

Hasta la Ley General de Sanidad, el sistema sanitario español se caracterizaba, por su **fragmentación**, manteniendo una estructura fundamentada en la Ley de Bases de la Sanidad Nacional de 1944 en la que las Administraciones Públicas deben ocuparse de aspectos de salud pública y deja al individuo la responsabilidad de la atención a su enfermedad, encargándose la beneficencia de atender a la población sin recursos.

En 1942 se crea el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE) con una orientación meramente **curativa**. Entre 1953 y 1962 la Seguridad Social se generaliza de forma

progresiva con la incorporación de nuevos colectivos, siendo las cotizaciones de empresarios y trabajadores su fuente exclusiva de financiación.

En 1978 el Instituto Nacional de Previsión se desdobra en entidades gestoras, correspondiendo al Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) la gestión de la asistencia sanitaria. Progresivamente las diferentes Comunidades autónoma (CC. AA) van asumiendo competencias del antiguo INSALUD.

En 1984 se había iniciado con el Decreto 137/84 sobre estructura básicas de salud, el inicio de la reforma de la Atención Primaria. La aplicación de estas reformas permitieron crear una organización que consiguió asegurar una cobertura casi universal de los servicios, con unas prestaciones de alta calidad, formando profesionales de muy elevada cualificación y soportando unos costes de producción aceptables, convirtiendo al Sistema Nacional de Salud Español en uno de los más eficientes de entre los países industrializados con un gasto, en 1986, de un 7,6% del PIB en salud, frente al 9,6% de Francia, al 10,5% de Alemania o al 14,2% de EE.UU, con indicadores de salud (esperanza de vida, mortalidad infantil, mortalidad peri-natal y mortalidad materna) similares e incluso mejores en varios casos.

En la actualidad, la organización sanitaria en España queda regulada en la mencionada Ley General de Sanidad de 1986 (en adelante LGS) y en la Ley General de la Seguridad Social de 30 de mayo de 1974 (artículos 98 a 108, declarados en vigor por la Disposición Derogatoria Única de la Ley General de la Seguridad Social de 20 de junio de 1994. Dicha organización se basa en un sistema Nacional de Salud, en el cual se establecen las características de la Atención Primaria que se definieron en la conferencia de la OMS-Unicef de Alma-Ata (1978)

La LGS delimita Zonas Básicas de Salud para una máxima eficacia y operatividad en el funcionamiento de la Atención Primaria. Se denomina Zona Básica de Salud a aquel territorio que queda cubierto por la asistencia de un Centro de Salud, que desarrolla todas aquellas actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud a nivel individual y colectivo de los habitantes de esa zona. El instrumento básico de intervención en estas Zonas de Salud son los Equipos Básicos de Atención Primaria, formados por un conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios cuyo ámbito de

actuación es la Zona Básica de Salud y tiene su localización física preferente en los Centros de Salud o Centros de Atención Primaria. (Luengo Rodríguez, 2001).

La composición de este equipo estará formado por personal sanitario; trabajadores sociales; y, “otros profesionales” que sean convenientes por las necesidades de la Zona y el presupuesto lo permita. En este espacio entendemos que podría incluirse al educador social como profesional del equipo encargado de desarrollar programas de psicoeducación de una forma transdisciplinar.

A partir de este marco legal y axiológico, el Trabajo de Fin de Grado que se presenta es el resultado de la reflexión sobre dos experiencias; la *académica* como estudiante del Grado en Educación Social; y, la experiencia *personal*, como usuaria del Sistema de Salud de Castilla y León.

La segunda vivencia, la *personal*, resulta de mi situación como paciente del Sistema Público de Sanidad de Castilla y León del Servicio de Oncología que se vive desde octubre del año 2013 hasta la actualidad. Desde esta experiencia se han detectado carencias en cuanto a la atención educativa y al apoyo psicológico que el impacto de un diagnóstico oncológico causa sobre la persona. De esas carencias surge el segundo interrogante de este trabajo:

De ambas experiencias surgen los interrogantes de este trabajo: *¿Qué puede aportar el Graduado/a en Educación Social a las necesidades educativas de colectivos con patologías oncológicas?*, y, *¿qué actuaciones serían prioritarias para la intervención transdisciplinar?*

La búsqueda de respuestas se apoyará, entre otros, en: a) el marco conceptual que la Organización Mundial de la Salud (OMS) recoge en todos sus documentos: “*La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*” (1948); b) en el concepto de bienestar, en sus dimensiones individuales y grupales, que la OMS presenta como eje vertebrador de la calidad de vida y de la salud de las poblaciones, lo que implicaría la necesidad de generar una cultura del cuidado en la ciudadanía; tarea interdisciplinar que investigaremos como espacio de la Educación Social; c) en el análisis del marco competencial del título de Grado en Educación Social; y, d) en la revisión del marco legal y axiológico que protege los derechos de salud de la ciudadanía.

1.3. OBJETIVO

El objetivo general de este trabajo de fin de grado es identificar las competencias necesarias para el ejercicio profesional del/la educador/a social en el área de salud y con ello diseñar un programa de educación susceptible de integrarse en los modelos de la psicooncología.

1.4. METODOLOGÍA

A partir del análisis de contenido de un amplio conjunto de fuentes documentales se ha extraído una representación condensada de los distintos contenidos teóricos y conceptuales que han servido finalmente para la fundamentación de una propuesta de intervención la cual constituye la idea principal de este trabajo.

El análisis ha sido llevado a cabo en dos fases (Clausó, 1993):

- a) *Análisis documental externo*: efectuado sobre el soporte documental.
 - *Descripción bibliográfica*: es la designación de los datos mínimos indispensables acerca de un documento, expresado en palabras y dispuestos en orden riguroso (Mijailov, Cherniil y Guiliarevskii, 1973)
- b) *Análisis documental interno*: realizado sobre el contenido, identificando e informando sobre el mensaje que contiene el documento.
 - *Resumen o descripción sustancial*: se trata de una representación selectiva y abreviada del contenido de un documento sin intención crítica de por medio.

CAPÍTULO 2:

**ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DE LOS ASPECTOS
CIENTÍFICO TEÓRICOS.**

2.1. SALUD VS. ENFERMEDAD

Cuando hablamos de salud nos referimos a un concepto que ha sufrido innumerables modificaciones a lo largo del tiempo y de la historia en función del valor social y cultural de cada momento. Se trata de un término dinámico que ha ido incorporando el marco de referencia biológico, psicológico y social.

Históricamente, la salud ha sido estudiada y definida como la ausencia de enfermedad, y el objetivo de las instituciones sanitarias se basaba simplemente en el control de ellas. Sin embargo, en las últimas décadas hemos podido observar un cambio conceptual, estableciéndose en 1948 con el Congreso de Constitución de la Organización Mundial de la Salud la definición más aceptada y citada universalmente: “La salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedad”, que no sólo reconoce por primera vez como componentes de la salud el área psicológica y social a mayores de la biológica, posibilitando un concepto integral de salud; sino que también define la salud en términos positivos y no negativos.

Posteriormente surgen nuevas definiciones, pudiendo destacar “la salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Terris, 1980).

Por tanto, la concepción actual de salud es entendida desde el modelo biopsicosocial definido por Engel (1977) como “*integrador en la psicosomática de las dimensiones biológica, psicológica y social*”. Aun así, sigue predominando el modelo biomédico que hace referencia a los factores biológicos, estructurando a nivel práctico y teórico los tratamientos en criterios técnicos que descuidan los aspectos psicosociales.

Por otra parte, la enfermedad se ha definido como el proceso que altera el curso de la salud de un organismo dañando los procesos y funciones vitales e interfiriendo con la capacidad del organismo para interactuar con el ambiente. La enfermedad puede significar un estado de alteración objetiva, pero también un estado subjetivo referido a las personas que se sienten enfermas. Este estado se denomina *conducta de enfermedad*, (Taylor, 1990) como las acciones realizadas por las personas cuando creen que están experimentando síntomas de enfermedad asumiendo el rol de enfermo; especialmente si es reforzado por la familia, amigos y profesional de la salud.

Volviendo a Terris, se menciona el *dinamismo* dentro del concepto de salud, destacando que tanto ésta como la enfermedad pueden presentar grados y niveles distintos formando un “continuo salud-enfermedad” cuyos extremos son el estado

óptimo de salud por un lado y la muerte por otro. Se acepta que la separación entre estos dos conceptos no está limitada, reafirmando la dinámica relación entre ambos y la influencia del aspecto psicosocial en cuanto a sentirse bien o sentirse enfermo.

“La salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino que es algo positivo, una actitud gozosa ante la vida y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida hace recaer sobre el individuo” (Sigerist, 1941).

La aceptación de la relevancia del factor psicosocial en la salud ha creado un escenario perfecto para el estudio psicológico que ha desarrollado técnicas de prevención de la enfermedad y de promoción de la salud (Krantz, Grunberg y Baum, 1985), conectando la medicina con las ciencias del comportamiento. Aparece así la medicina comportamental, y más específicamente la Psicología de la Salud como la comprensión de la intervención de los factores psicosociales en la conducta de la salud y/o la enfermedad y de las relaciones establecidas en su proceso dentro de un contexto sociocultural.

Concebida como tal, la Psicología de la Salud surge en EEUU en los 70, creciendo rápidamente demostrando la conexión entre los procesos psicosociales y de comportamiento y los fisiológicos, estableciendo una base sólida de evaluación y diversos campos de estudio como la promoción de la salud, prevención, proceso y conducta de la enfermedad, las relaciones entre el profesional de la salud y el enfermo y la mejora del sistema de cuidado de salud y política sanitaria.

Dicho esto, podemos afirmar una relación entre los fenómenos conductuales y los mecanismos nerviosos, endocrinos e inmunológicos, cuya actividad celular puede ser modificada mediante procesos de condicionamiento clásico como el estrés (Ader y Cohen, 1981).

El sistema inmunológico tiene como función principal identificar y eliminar sustancias extrañas que entran en contacto con el organismo, denominadas antígenos. El grado en el que este sistema es activo y efectivo para poder evitar el desarrollo de enfermedades se denomina *inmunocompetencia*. Esta función puede verse modificada por variables de tipo social como el estrés o los estados emocionales negativos a través de fenómenos alérgicos, infecciones, enfermedades auto inmunitarias y la formación de neoplasias (Valdés y Flores, 1985). Dentro de este tipo de enfermedades denominadas *enfermedades psicosomáticas*, queda incluido el cáncer (Bayés, 1991).

2.2. EL CANCER: CONCEPTUALIZACIÓN Y TIPOLOGÍAS

El Instituto Nacional del Cáncer (NCI) afirma que el cáncer no es una enfermedad, sino la denominación de un gran conjunto de enfermedades producidas por el crecimiento anormal y alterado de las células del cuerpo que dejan de cumplir su función. Este crecimiento anormal puede llegar a formar tumores de los cuales es importante diferenciar entre benignos o malignos. En el caso de estos últimos, pueden destruirse tejidos y órganos pudiéndose ocasionar la muerte en caso de que queden dañados órganos vitales.

Otra definición general de cáncer, es la de toda aquella enfermedad en la que hay células anormales que se multiplican sin control y pueden invadir los tejidos cercanos. Esa multiplicación llega a formar masas (tumores), que en su expansión destruyen y sustituyen a los tejidos normales. Surgen como resultado de un daño en el ADN. (Cruz y Pérez, 2011).

Según los datos de la Red Española de Registros de Cáncer, ésta es ya la segunda causa de muerte después de las enfermedades circulatorias en la población española y la primera en varones.

Existen muchas designaciones para estos tumores malignos según su anatomía patológica, siendo las siguientes las más comunes:

- a) *Carcinoma*: formado a partir de células que recubren las superficies interiores y exteriores del organismo como la piel o el tejido glandular. Suponen el 80% de los tumores según la AECC.
- b) *Sarcoma*. proviene de una estructura más profunda, como los cartílagos de huesos y músculos.
- c) *Leucemia*. células formadas en el sistema sanguíneo.
- d) *Linfoma*. se trata de tumores originados en el tejido linfático (cuello, ingles o axilas)

La incidencia del cáncer aumenta de forma gradual y, a pesar de los avances médicos que se han sucedido en los últimos años en cuanto al diagnóstico y tratamiento continúa siendo una enfermedad alarmante considerada como incurable, asociada con el dolor y la muerte. Su ocurrencia entre la población española durante el año 2015, según órgano afectado y sexo del paciente, se presenta en la Tabla 1 y Gráfico 1).

<i>Órgano afectado</i>	<i>Sexo del Paciente</i>					
	<i>Hombres</i>		<i>Mujeres</i>		<i>Totales</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Labio, cavidad oral y faringe	4980	74.7	1690	25.3	6670	100.0
Esófago	1979	83.9	379	16.1	2358	100.0
Estómago	5150	60.9	3306	39.1	8456	100.0
Colon	15808	57.0	11927	43.0	27735	100.0
Recto	8956	65.3	4750	34.7	13706	100.0
Colorrecto	24764	59.7	16677	40.3	41441	100.0
Hígado	4252	72.5	1610	27.5	5862	100.0
Vejiga y vías biliares	1104	55.2	1009	47.8	2113	100.0
Páncreas	3513	50.8	3401	49.2	6914	100.0
Laringe	3426	92.0	299	8.0	3725	100.0
Pulmón	22430	79.2	5917	20.8	28347	100.0
Melanoma de piel	2577	52.7	2313	47.3	4890	100.0
Riñón	3590	64.3	1989	35.7	5579	100.0
Vejiga urinaria	17439	82.7	3654	17.3	21093	100.0
Encéfalo y SNC	2332	57.7	1710	42.3	4042	100.0
Tiroides	865	26.2	2442	73.8	3307	100.0
Linfoma de Hodgkin	943	59.3	646	40.7	1.589	100.0
Linfoma no Hodgkin	4190	54.6	3480	45.4	7670	100.0
Mieloma	1489	54.6	1240	45.4	2729	100.0
Leucemia	3782	58.0	2736	42.0	6518	100.0
Otros cánceres	5678	53.6	4913	46.4	10591	100.0
TOTALES	139247	64.7	76088	35.3	215339	100.00

Tabla 1. Incidencia del cáncer en población española según órgano afectado y sexo del paciente. (Año 2015). Fuente: Elaboración propia a partir de REDECAN Working Group (Red Española de Registros de Cáncer)

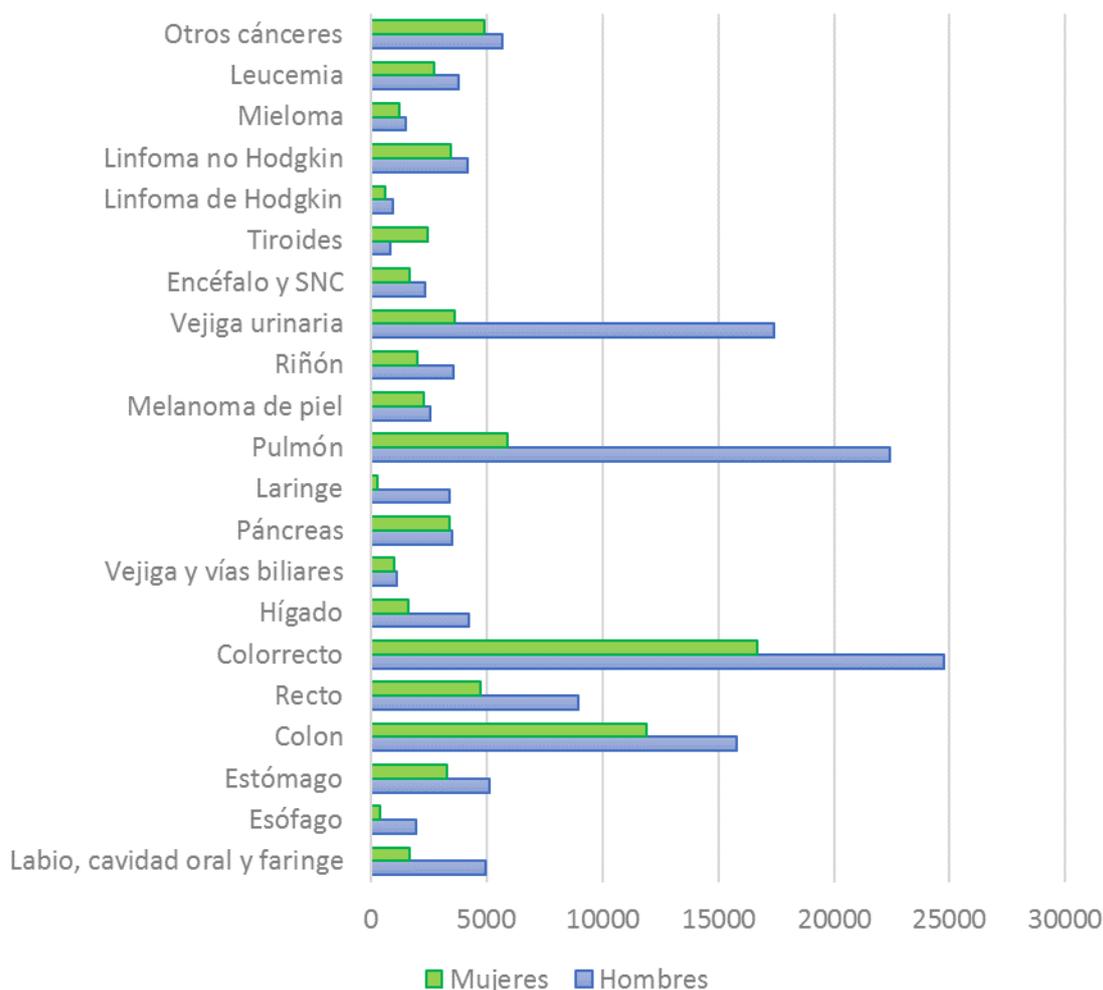


Gráfico 1. Incidencia del cáncer en población española según órgano afectado y sexo del paciente. (Año 2015). Fuente: Elaboración propia.

Si atendemos a la frecuencia de los tipos de tumor, los datos de la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM, 2017) informan de que, en España en el año 2015, teniendo en cuenta ambos sexos, el tipo de tumor más frecuente es el colorrectal, con (41.441 nuevos casos en 2015), seguido del de próstata (33.370), pulmón (28.347), mama (27.747), vejiga (21.093), estómago (8.456), linfoma no Hodgkin (7.670), páncreas (6.914), hígado (5.800) y riñón (5.579). (Ver Gráfico 2)

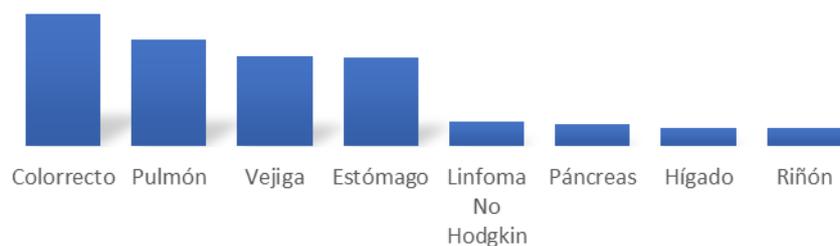


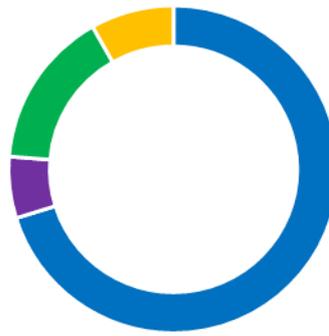
Gráfico 2. Los tumores más frecuentes en la población española de ambos sexos según órgano afectado. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de SEOM

No obstante, la situación es muy diferente entre hombres y mujeres "por cuestiones genéticas, biológicas y también por una cuestión de hábitos", según declaraciones de la SEOM, debido a aspectos como el consumo de tabaco o alcohol, que han sido históricamente más frecuentes en hombres.

Así, la mayor incidencia de afectación en el sistema reproductivo femenino, es el cáncer de mama, que abarca más de la mitad de los casos siendo representado por un 70'2% del total. Los siguientes cánceres en orden de mayor representación son el de cuerpo uterino (15'6%), ovario (8'2%) y cuello uterino (6%). (Ver Tabla 2 y Gráfico 2.)

	N	%
Mama	27747	70.2
Cuello uterino	2399	6.0
Cuerpo uterino	6160	15.6
Ovario	3228	8.2
Totales	39539	100.0

Tabla 2. Incidencia del cáncer en el sistema reproductor femenino (Año 2015). Fuente: Elaboración propia a partir de REDECAN Working Group (Red Española de Registros de Cáncer)



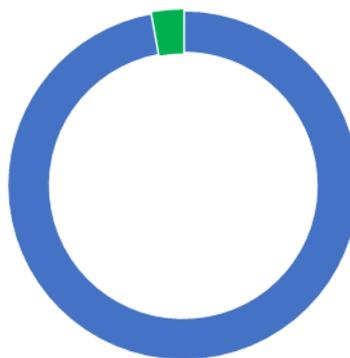
■ Mama ■ Cuello uterino ■ Cuerpo uterino ■ Ovario

Gráfico 3. Incidencia del cáncer en el sistema reproductor femenino (Año 2015). Fuente: Elaboración propia a partir de REDECAN Working Group (Red Española de Registros de Cáncer) Fuente: Elaboración propia.

Respecto al cáncer asociado al sistema reproductivo masculino, destaca el cáncer de próstata (97'2%), frente al 2'8% del cáncer de testículo. (Ver Tabla 3 y Gráfico 3.)

	N	%
Próstata	33370	97.2
Testículo	974	2.8
Totales	34344	100.0

Tabla 3. Incidencia del cáncer en órganos de sistema reproductor masculino (Año 2015). Fuente: Elaboración propia a partir de REDECAN Working Group (Red Española de Registros de Cáncer)



■ Próstata ■ Testículo

Gráfico 4. Incidencia del cáncer en órganos de sistema reproductor masculino (Año 2015). Fuente: Elaboración propia.

2.3. CONSECUENCIAS SOCIALES Y PSICOLÓGICAS DEL CÁNCER

La incidencia y la prevalencia del cáncer aumentan de forma gradual, y a pesar de los avances médicos que se han sucedido en los últimos años en cuanto al diagnóstico y tratamiento el cáncer sigue siendo una enfermedad alarmante considerada como incurable, asociada con el dolor y la muerte.

El cuidado del paciente oncológico está sufriendo grandes cambios. Durante el desarrollo de la enfermedad las personas presentan unas necesidades (físicas y psicológicas) que, debido a su complejidad, deben ser tratadas adecuadamente, ya que incluso cuando la enfermedad remite la persona presenta síntomas que condicionan su vida.

Por lo tanto, en la atención al paciente oncológico es imprescindible un cambio de paradigma en cuanto al concepto de enfermedad, procurando así unos cuidados continuos que entiendan una atención integral y holística de la persona para la cual se hace necesaria la concurrencia multidisciplinar.

Para poder establecer unos cuidados continuos de calidad hay que conocer las demandas básicas de los pacientes. A través de los estudios *Caring about women and cancer* (Veronesi et. al, 1999) y *Changing cancer services to provide the care patients want* (Boyd, 2004) se establecieron los tres principios básicos de actuación que establecían estas demandas:

- a) *Buenos cuidados profesionales*
- b) *Cuidado holístico más allá del aspecto clínico*
- c) *Cuidado centrado en las necesidades y deseos de la persona*

Por lo tanto, en la atención al paciente oncológico las necesidades asistenciales según el estudio *Cancer pain relief and palliative care* (World Health Organization, 1990) son:

- a) Un cambio en la actitud de los profesionales, entendiendo el cuidado como un concepto integral que incluye no sólo al enfermo sino también a la familia.
- b) Formación específica para los profesionales, voluntarios y familia para mejorar la calidad asistencial.
- c) Educación específica en el uso de los opioides en el caso de pacientes oncológicos avanzados
- d) Coordinación entre niveles asistenciales formando equipos multidisciplinarios

- e) Equipos de soporte específicos ubicados en Atención Primaria y unidades funcionales paliativas de la Atención Especializada
- f) Integración de los servicios sanitarios y sociales
- g) Reconocimiento de la familia como base de actuación junto con la persona
- h) Entender el morir como un proceso natural, por lo que se hace necesaria la educación para la muerte

Partiendo de la concreción de estas necesidades se sientan las bases de actuación terapéutica:

- a) Atención integral e individualizada que cubra los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales
- b) La persona enferma y su familia como unidad a tratar tanto en el ámbito hospitalario como en el domicilio
- c) Reconocimiento de la dignidad personal del paciente
- d) Actitud activa y positiva en los cuidados continuos
- e) Importancia del soporte emocional y de una comunicación adecuada a las necesidades evolutivas

2.4. LA NECESARIA INTERVENCIÓN TRANSDISCIPLINAR.

Cuando hablamos de transdisciplinariedad hacemos alusión a la reciprocidad de relaciones, al intercambio y la interdependencia de dinámicas cuya consecuencia es la transformación de disciplinas relacionadas en un determinado contexto.

Las disciplinas se construyen mediante la delimitación de dominios y la especialización del trabajo, por lo que buscando los puntos de fusión entre ellas y teniendo presente que ninguna disciplina puede, exclusivamente, conocer todos los problemas referentes a su despliegue hay que educar a los mejores especialistas en todas las ramas del conocimiento que les permitan participar con plenitud comprendiendo el mundo presente.

En el caso de la psicooncología se vinculan disciplinas que contribuyen de forma cotidiana a la esfera asistencial, académica y de investigación. La aplicación de la transdisciplinariedad se describiría como la apertura de espacios para el diálogo entre los profesionales de cada disciplina para la búsqueda integral del bienestar del ser

humano desde áreas de tratamiento específicos y afines, el propio paciente, su familia y equipo médico. En la actualidad, este espacio de diálogo se organiza en torno a las disciplinas médica (oncología), psicológica (psicooncología) y social.

2.4.1. La oncología

En primer lugar y desde un **punto de vista organicista**, el Instituto Nacional del Cáncer (NCI) define la oncología como la especialidad derivada de la medicina interna cuyo objetivo principal es el de analizar, diagnosticar y tratar de manera global el cáncer o neoplasias, ya sean de carácter benigno o maligno, mediante la aplicación de medios diagnósticos y tratamientos.

Esta especialidad se ocupa del diagnóstico y tratamiento del cáncer, seguimiento de los pacientes, cuidados paliativos de los/as que se encuentran en situación terminal, aspectos éticos relacionados con la atención a los/as enfermos/as con cáncer y estudios genéticos, tanto en la población general, como, en algunos casos, en familiares de pacientes (indicado en algunos tipos de tumores, en los que se conocen las bases hereditarias). (Díaz, et. al 2007)

En la etiología del cáncer hay una serie de factores, tanto exógenos como endógenos, que están plenamente contrastados a día de hoy. Entre los de tipo exógeno destacan el tabaco, las radiaciones, factores ocupacionales asociados a determinadas sustancias (asbesto, arsénico, cuero, níquel, etc.) o algunos fármacos. Los factores endógenos se encuentran ligados a determinadas alteraciones genéticas.

La posibilidad de curación de los tumores malignos depende de múltiples variables, destacando el grado de extensión o estadio de la enfermedad en el momento en el que se produce el diagnóstico. La capacidad de difusión del tumor se produce tanto a nivel local (invasión) como a distancia (metástasis) por tres vías: por invasión directa de tejidos contiguos, por vía linfática y por vía hematógena a otros órganos a distancia.

Los estudios epidemiológicos sobre el cáncer nos permiten no sólo determinar la incidencia y mortalidad de cada tipo sino también su distribución y los factores de riesgo para cada uno de ellos (Cajaraville, 1993).

En cuanto al tratamiento y según este mismo autor en su ensayo *Oncología*, las estrategias terapéuticas que encontramos se dividen en estrategias de curación, de paliación de síntomas o de uso experimental en ensayos clínicos, determinándose el tipo de terapia más apropiado en función de los objetivos que se planteen con el tratamiento,

el tipo de tumor y su extensión, y las condiciones del paciente. Las principales modalidades terapéuticas utilizadas en el tratamiento del cáncer son:

- a) *La cirugía*: es el tratamiento más antiguo del cáncer y se utiliza principalmente con tumores sólidos localizados, aunque también tiene funciones diagnósticas, preventivas y terapéuticas.
- b) *La radioterapia*: se fundamenta en radiaciones ionizantes de carácter complementario a otras terapias en alguna fase de la enfermedad el 70% de las veces. Puede ser curativa, complementaria o paliativa.
- c) *La quimioterapia*: mediante la administración de fármacos constituye la base del tratamiento de tumores diseminados en los que la cirugía y la radioterapia apenas tienen valor dada su mayor facilidad para llegar a la mayoría de las células corporales.
- d) *La terapia inmunológica*: consiste en una aproximación terapéutica anticancerosa que pretenden potenciar las defensas naturales y respuesta inmunológica del paciente frente al tumor.

2.4.2. La psicooncología

Desde una **perspectiva psicológica**, la psicooncología aborda los efectos del cáncer sobre el comportamiento y las emociones de la persona que padece la enfermedad.

Este impacto psicológico sobre la persona puede verse muy influido por la terminología y vocabulario de guerra y militar que utilizamos para referirnos a la enfermedad, como señala Susan Sontag en el ensayo *La enfermedad y sus metáforas* (1978):

“Las células cancerosas no se multiplican y basta: “invaden” [...] Los tumores malignos, aun cuando crecen lentamente, invaden. A partir del tumor original, las células cancerosas “colonizan” zonas remotas del cuerpo, empezando por implantar diminutas avanzadas cuya existencia es puramente teórica, pues no se pueden detectar. Las “defensas” del organismo no son casi nunca lo bastante vigorosas como para eliminar un tumor que ha creado su propio abastecimiento sanguíneo y que está constituido por miles de millones de células destructivas.”

En los últimos veinte años se ha desarrollado la *psicooncología*, un campo interdisciplinar que trata los aspectos psicológicos, sociales y conductuales del cáncer

desde la perspectiva de estudio de los estilos de vida y de la intervención para la mejora de la calidad de vida de los pacientes.

La psicooncología se ha desarrollado, según Cruzado y Labrador (2000), a partir de cinco factores principales:

- a) Determinación de la aparición o del curso de la enfermedad por el estilo de vida o hábitos llevados a cabo por el paciente en el 80% de los casos.
- b) La detección precoz de concretos tipos de cáncer es determinante para la supervivencia de la persona.
- c) Los avances han revelado la contribución del estrés y de las emociones en el inicio, pronóstico y posibilidades de supervivencia de los pacientes.
- d) La importancia de que el paciente obtenga suficiente información de cara al proceso de toma de decisiones.
- e) El desarrollo de estrategias evaluativas es necesario para la orientación y la toma de decisiones.

En base a estos factores, las líneas de investigación-acción propuestas para esta disciplina son según Breitbart y Chochinov (1998):

- a) Impacto psicológico y capacidad de adaptación: esta línea de investigación se ocuparía de analizar y minimizar el impacto a nivel psico-emocional que tiene el diagnóstico de la enfermedad en el paciente y su familia. Además, se trabajaría en la capacidad de adaptación a la situación desconocida (o no) para ambos.
- b) Calidad de vida y tratamientos: línea de investigación referente al trabajo influyente sobre la valoración subjetiva y de satisfacción que hace el paciente sobre distintos aspectos y dimensiones de su vida.
- c) Variables de personalidad: curso de investigación que estudia la relación de la personalidad, cuyas variables son consideradas estables, con las expectativas y el tipo de afrontamiento que adoptan los pacientes respecto al curso de su enfermedad.
- d) Impacto en la familia: vía encargada de aumentar los recursos psicológicos de la familia para reducir su vulnerabilidad ante la situación. Este bagaje psicológico se basa en la comunicación, el manejo de las emociones, la prevención del duelo patológico, etc.

- e) Apoyo social: línea que se ocupa de la manifestación de la importancia de una red de apoyo para la persona enferma de cáncer en cuanto a la sensación del control, el afrontamiento y la satisfacción. Destaca la diferenciación entre el apoyo subjetivo y objetivo, ya que en muchas ocasiones la percepción subjetiva del paciente no corresponde con el significado dado objetivamente.
- f) Problemas de supervivencia: línea de investigación encargada de la prevención y el tratamiento precoz de alteraciones del estado psicológico secundarias al cáncer o a sus tratamientos. Las secuelas de esta enfermedad se dividen según en secuelas físicas y/o psicológicas, psiquiátricas disfuncionales y subsíndromes que incapacitan a la persona a integrar la experiencia y seguir con su vida normal (Holland y Reznik, 2005).
- g) Psicofarmacología: trata el acercamiento integral al plan terapéutico individualizado contemplando todas aquellas áreas de la persona que el tratamiento debe cubrir. No sólo incluye el tratamiento en sí, sino la rehabilitación, los cuidados, el apoyo y la evaluación del proceso realizado.
- h) Alto riesgo genético: actualmente la medicina se está reorientando utilizando como base la predicción y la prevención, por lo que las implicaciones genéticas de las enfermedades y las intervenciones preventivas tienen son fundamentales en el proceso asistencial. La identificación precoz permite una atención individualizada en cuanto estrategias de prevención, tratamiento y seguimiento adecuado a los riesgos.
- i) Cuidados paliativos de psiquiatría: línea de investigación e intervención cuyo objetivo es la mejora de la calidad de vida del paciente oncológico y de sus familiares atendiendo los problemas derivados de esta enfermedad, a través de la prevención, el alivio de sufrimiento y la respuesta a sus necesidades físicas, psicosociales y espirituales. (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008)
- j) Intervenciones psicológicas: línea de investigación e intervención que aborda las consecuencias psicológicas de la enfermedad sobre el paciente, la familia o ámbito social y el personal sanitario con el objetivo de prevenir, controlar y minimizar su impacto.

2.4.3. *La intervención psicoeducativa en los servicios de oncología.*

La intervención psicosocial desarrollada en pacientes con cáncer se muestra como eficaces a pesar de la gran cantidad de enfoques, estrategias y metodologías utilizadas. Debido a la individualidad de cada paciente como persona única en personalidad, historia, etapa del ciclo vital, diferente tipo de cáncer y evolución del mismo, tratamiento, efectos secundarios y otras variables a considerar, se hace imposible un único patrón de intervención psicosocial en oncología.

Sin embargo, se ha observado la importancia del apoyo emocional desde el equipo multidisciplinar como algo transversal a toda intervención en oncología. Este apoyo queda registrado a través de la creación de un ambiente de contención, empatía y acogimiento el cual pueda hacer del proceso algo más tranquilo no sólo para el paciente, sino también para su familia.

Desde el punto de vista psicosocial, el tratamiento se adecuará a las necesidades que el paciente presente a lo largo del proceso, disponiendo para ello de un conjunto de técnicas específicas de abordaje psicológico. Este repertorio queda definido en el capítulo de *Psicooncología de Psicología para Ciencias de la Salud*, como:

a) Intervención psicoeducativa

Son intervenciones de prevención y educativas cuyo objetivo es la mejora del conocimiento médico, la adherencia al tratamiento y la adaptación funcional del paciente al proceso en el cual se encuentra inmerso.

b) Intervención cognitivo-conductual

Su carácter es directivo. Trata de mejorar el manejo de sintomatología, entrenar al paciente en la identificación de los estresores y dotarle de habilidades y estrategias de afrontamiento que faciliten su adaptación al curso de la enfermedad.

c) Intervenciones de asesoramiento

Su carácter es no directivo. Trata de mejorar el ajuste emocional de la persona y favorecer su expresión sobre aspectos personales que deriven de su situación de enfermedad.

d) Combinación cognitivo-conductual y existencial

Combina ambos enfoques (directivo y no directivo) para dotar al paciente de un entorno de apoyo. Trata de facilitar su duelo, mejorar sus estrategias de afrontamiento y proporcionarle mayor sentido de control.

e) *Intervención con las familias*

Trata de aumentar su registro de recursos psicológicos para disminuir su vulnerabilidad ante la situación. Para ello se sirve de la enseñanza del manejo de emociones, el establecimiento de canales de comunicación o la movilización participativa en las tareas y decisiones para prevenir un proceso de duelo patológico

f) *Grupos psicoeducativos*

Estos grupos han demostrado ser muy útiles para el abordaje terapéutico de los pacientes, aunque deben cumplir ciertas características estructurales que se resume en la creación de un grupo homogéneo en cuanto al tipo de tumor, estadio o tiempo transcurrido desde la actividad del tratamiento para una mayor cohesión y satisfacción (Fawzy y Fawzy, 1994). Con la participación de los componentes del grupo, se pretende lograr (Sirgo, Gil y Pérez-Manga, 2000):

- Información sobre la enfermedad
- Identificación de situaciones-problema derivados de la enfermedad
- Desarrollo de estrategias de afrontamiento adaptativas
- Favorecer la expresión emocional
- Trabajar los aspectos relacionados con el apoyo social
- Entrenamiento en técnicas de control de la ansiedad

CAPÍTULO 3:

EL ESPACIO DE LA EDUCACIÓN SOCIAL EN LA ATENCIÓN ONCOLÓGICA. APUNTES PARA UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN.

Tras el recorrido conceptual presentado en el capítulo anterior nos proponemos dar respuesta a los interrogantes que motivaron el trabajo que presentamos. *¿Cuáles son las competencias necesarias para el ejercicio profesional del/la educador/a social en el área de salud? ¿Qué actuaciones serían prioritarias para la intervención transdisciplinar?* Para dar respuesta a dichos interrogantes, a la luz del Modelo Ecológico de Bronfrenbrenner se contrastarán las competencias del educador social recogidas por ASEDES (2007); b) se identifican las necesidades educativas de los pacientes con patologías oncológicas; y, c) finalmente, se propone un programa de intervención que puede ampliar el espacio interdisciplinar de la psicooncología.

3.1. EL MODELO ECOLÓGICO DE BRONFRENBRENNER COMO MARCO PARA EL ANÁLISIS DE COMPETENCIAS.

La Teoría Ecológica de los Sistemas de Bronfrenbrenner (Bronfrenbrenner, 1979) consiste en un enfoque ambiental acerca del desarrollo de la persona a través de los diversos ambientes en los cuales se desenvuelve y que intervienen en su desarrollo cognitivo, moral y relacional.

Bronfrenbrenner nombra cuatro sistemas que envuelven a la persona. De menor a mayor globalidad son:

- a) *Microsistema*: es el nivel más inmediato al individuo. Es el contexto cotidiano que contiene a la familia, los/as amigos/as, el trabajo/escuela, las asociaciones y/o la consulta u hospital.
- b) *Mesosistema*: consiste en la interrelación de dos o más entornos en los que la persona se desenvuelve o, dicho de otra forma, se trata de la vinculación entre microsistemas. Por ejemplo, la relación entre la familia y la escuela, entre la familia y los/as amigos/as, etc.
- c) *Exosistema*: son aquellas fuerzas que influyen en los sucesos que tienen lugar en los microsistemas. El individuo no es un participante activo, pero se crean hechos que sí afectan en lo que ocurre en su entorno.
- d) *Macrosistema*: es el conjunto de condiciones sociales, culturales y estructurales que determinan culturalmente los contextos en los que se desenvuelve el individuo, como por ejemplo los valores o las costumbres.

La aplicación de este modelo a la psicooncología nos permite evaluar e intervenir en todas aquellas variables que inciden sobre el paciente y son decisivas a la hora de que la

persona se adapte a su enfermedad. Los/as profesionales que trabajan con pacientes oncológicos pueden asegurar que los factores que influyen en el curso de la enfermedad son variados y complejos, ejerciendo influencia directa o indirecta sobre el enfermo y siendo elementos facilitadores o disruptores que pueden llegar a afectar al pronóstico. Cuando relacionamos el conjunto de sistemas señalados por Bronfrenbrenner con el paciente oncológico nos encontramos con múltiples cuestiones y variables (Ver Figura 1).

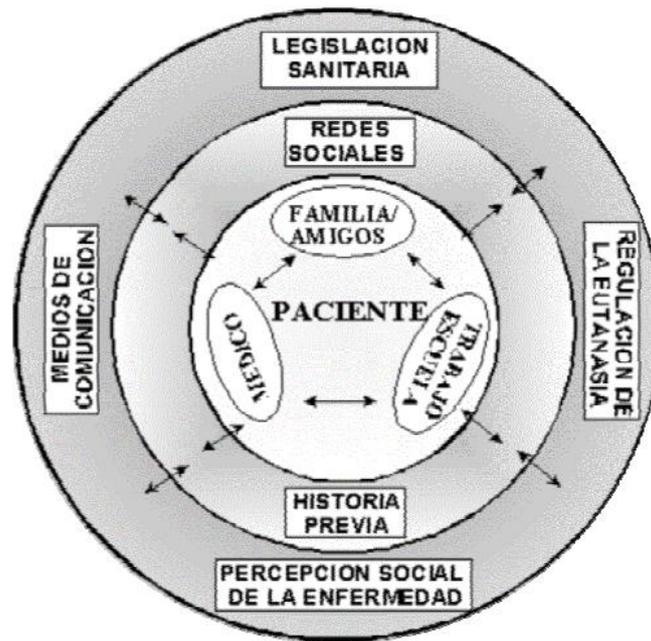


Figura 1. Modelo ecológico de Bronfrenbrenner aplicado al paciente oncológico (Año 2002)
Fuente: El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. Esperanza Torrico et al.

- a) *Microsistema*: este ambiente cercano al paciente oncológico suele verse incrementado durante el desarrollo de su enfermedad debido a los nuevos contextos que se incorporan que deberán ser tenidos también en cuenta en la evaluación y posterior intervención, ya que juegan un importante papel en la determinación de las actitudes del paciente. Una de las variables que más influye en cómo va a afrontar el paciente su enfermedad es el apoyo social recibido por parte de la familia. El cuidador principal juega un papel específico dentro del tratamiento vigilando la adherencia, brindando cuidado, prestando atención a los signos de alarma y atendiendo integralmente al enfermo/a, por lo que puede llegar a quemarse como reacción a la tensión

emocional. Por esto los cuidadores presentan necesidades de apoyo emocional e informativo, que son satisfechas cuando se le permite hablar sobre sus intereses, reciben ánimo y se les hace llegar la disposición de un programa de apoyo (Ramírez, 2012).

b) *Mesosistema*: en este segundo nivel se evalúan tres bloques distintos de interrelaciones:

- Flujo de información: es el grado y tipo de comunicación que se establece entre el personal sanitario (conocedores de primera mano del estado del curso de la enfermedad de la persona) y la familia, compañeros/as de consulta, amigos/as y/o asociaciones, ONG y voluntariado. La ayuda será más efectiva si el conocimiento sobre el estado del paciente es verdadero evitando discrepancias en la información, actitudes esperanzadoras o derrotistas, malentendidos, etc.
- Potenciación de conductas saludables: la familia ha de asumir las instrucciones sanitarias y potenciar las prácticas saludables en el hogar, ya que una excesiva protección o despreocupación puede ser vital en el desarrollo de la enfermedad. De la misma manera los/as amigos/as deben potenciar estas prácticas en aquellos contextos en los que es más probable que la persona adopte conductas de alto riesgo para su salud.
- Apoyo social: el apoyo que la familia ofrece al paciente oncológico puede verse obstaculizado por el estrés al cual queda expuesta (Koop, 1995) por lo que el soporte instrumental (como la facilidad del sistema sanitario para la conjugación del tratamiento con los horarios laborales) y emocional (como el respaldo y la comprensión que recibe la familia) se vuelve esencial para facilitar la normalidad de sus vidas y evitar la estigmatización a la que se exponen.

c) *Exosistema*: es el nivel más difícil de evaluar y el más complicado en el cual intervenir, ya que nos alejamos del paciente oncológico y hablamos de factores que inciden en su vida en los que ni siquiera está físicamente. Estos factores son los roles o situaciones ajenas a él que forman un microsistema independiente a la persona. Un ejemplo puede ser una muerte en el pasado

de un miembro de su familia por la misma enfermedad, aunque la persona ni siquiera le conociera.

- d) *Macrosistema*: Bronfrenbrenner señala que en una sociedad particular la estructura del micro-, meso- y exosistema es similar mientras que entre grupos sociales diferenciados los sistemas constitutivos pueden presentar grandes diferencias. Un ejemplo aplicado a la psicooncología podría ser la sujeción de las actitudes percibidas por el paciente oncológico en su entorno a la imagen general que la sociedad posee de la enfermedad, influida por un agente como los medios de comunicación. En este caso la persona no sólo tiene que enfrentarse a una enfermedad en muchos casos mortal sino al significado sociocultural de la palabra “cáncer”.

Tienen cabida aquí las repercusiones psicológicas desarrolladas por el paciente cuando se produce el diagnóstico nombradas por Holland (1989) como las siete “D”:

- Muerte (death)
- Dependencia (dependency)
- Deformidad (disfigurement)
- Incapacidad (disability)
- Alteración de las relaciones interpersonales (disruption)
- Dolor (discomfort)
- Desvinculación del entorno (disengagement)

Bronfrenbrenner termina introduciendo el concepto de “validez ecológica” en referencia a la medida en la que el ambiente que experimentan las personas en una investigación tiene las propiedades con las que el investigador cuenta a la hora de realizar la investigación. Por ello lo que realmente hay que considerar es cómo es percibido el ambiente por la persona más que cómo es el ambiente en realidad para no caer en el error de subestimar las reacciones o, por el contrario, patologizarlas.

3.2. COMPETENCIAS DEL EDUCADOR SOCIAL EN EL MARCO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA PSICOONCOLOGÍA.

Acabamos de definir los ámbitos de intervención de la psicooncología y ahora es necesario detenernos en la figura del educador/a social. ¿Cuál es su perfil? ¿Qué funciones puede asumir en el ámbito profesional de la salud? Resolver estas y otras dudas que irán surgiendo nos ayudará a definir su identidad y perfil profesional y, con ello, comprender las competencias que deben ser referente para su formación en el ámbito de trabajo de este trabajo de fin de grado.

Entendemos por educador/a “todo aquel que tiene capacidad o cualidad de educar, es decir, dispone de capacidad o energía para formar o educar al ser humano, a través de acciones o procesos conscientes o inconscientes”. (Petrus Rotger, 1997).

Para Sáez Carreras (1993) “[...] el educador social es un profesional que interviene y es protagonista de la acción social conducente a modificar determinadas situaciones personales y sociales a través de estrategias educativas”.

Mata (1993) añade a esta definición la diferencia entre situaciones personales y sociales, siendo el educador un agente de cambio y un dinamizador de grupos, por lo que tendrá un carácter abierto y optimista, extrovertido, empático y con capacidad para establecer lazos positivos con sus educandos. También habrá de saber escuchar y respetar las ideas de los demás. Por último, tendrá la madurez psicológica necesaria para que las circunstancias inherentes a su trabajo no le contaminen en demasía.”

Si nos referimos a la profesión educativa en sí, es “[...] un servicio social que atiende a necesidades sociales y, por lo tanto, desempeña una función social. [...] Por lo tanto, el/la educador/a es un profesional de la acción social que interviene en diversas situaciones priorizando en sus procesos de intervención perspectivas, sobre todo, pedagógicas.” (Amorós y Ayerbe, 2000).

Como hemos visto, a lo largo de la historia ha habido muchos intentos de definir cómo debe ser el educador social, no habiendo una única concepción al respecto. Esto es consecuencia de sus confusos antecedentes históricos, los distintos ámbitos en los cual interviene y las demandas tan cambiantes de la sociedad.

Reuniendo todas estas ideas, definiremos al educador/a social como aquella persona madura, competente y capacitada para realizar una labor crítica y transformadora del valor educativo de la sociedad, además de ser alguien capaz para intervenir con sujetos

y/o comunidades con el objetivo de potenciar sus capacidades personales de desarrollo y relación con el medio como la autoestima, la autonomía, conciencia crítica, etc.

En el ámbito que nos ocupa, pretendemos obtener el perfil competencial del educador social mediante el análisis de contenido de las competencias necesarias que el modelo ecológico identifica para la intervención en procesos psicooncológicos y su contraste con las reconocidas en los documentos profesionalizantes de ASEDES (2007). Una síntesis de resultados se presenta en la Tabla 4.

Tabla 4. Competencias necesarias para la intervención en psicooncología y su relación con las competencias profesionalizantes el educador social

<p><i>Competencias en intervención Psicooncológica (Modelo Ecológico de Bronfrenbrenner)</i></p>	<p><i>Competencias del Educador Social ASEDES 2007</i></p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Comunicación entre el paciente y los elementos de su microsistema. 2. Fomento de la comunicación entre el equipo médico, la persona y su familia, con el fin de potenciar el buen manejo de la información. 3. Apoyo social y acompañamiento al paciente oncológico y su familia a lo largo del proceso de la enfermedad. 4. Canalización adecuada de las emociones. 5. Toma de decisiones respecto a la propia enfermedad, autonomía y sensación de control 6. Adaptación de las estrategias de afrontamiento a la historia previa del paciente frente al proceso de enfermedad. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Competencias comunicativas.</i> <ol style="list-style-type: none"> a) Capacidad de expresarse de forma satisfactoria y comprender distintos códigos. b) Conocimiento y manejo de las tecnologías de la información. 2. <i>Competencias relacionales.</i> <ol style="list-style-type: none"> a) Capacidad de movilizar y de relación con personas o grupos utilizando los medios de comunicación del contexto donde desarrolla su intervención. 3. <i>Competencias de análisis y síntesis.</i> <ol style="list-style-type: none"> a) Capacidad para diferenciar los hechos de las situaciones, analizarlos y sintetizarlos de acuerdo a un objetivo educativo.

Tabla 4. Competencias necesarias para la intervención en psicooncología y su relación con las competencias profesionalizantes el educador social (Cont.)

<p><i>Competencias en intervención Psicooncológica (Modelo Ecológico de Bronfrenbrenner)</i></p>	<p><i>Competencias del Educador Social ASEDES 2007</i></p>
<p>7. Información sobre métodos estratégicos de manejo de la ansiedad tales como: relajación muscular, <i>reiki</i>, hipnosis y/o ejercicio físico.</p> <p>8. Espacio de contención y expresión de miedos, emociones y preocupaciones diversas.</p> <p>9. Normalización de los procesos afectivos implicados en las fases del duelo oncológico.</p> <p>10. Validación y empatización con las emociones complejas emergentes en el paciente en su proceso de enfermedad.</p> <p>11. Información real y objetiva acerca de la enfermedad para la reducción de la ansiedad y/o angustia, el riesgo de aparición de trastornos psicológicos y la mejora de la adaptación de los enfermos gracias al manejo de esta información.</p> <p>12. Recursos físicos, psicológicos y educativos para situaciones relacionadas con la enfermedad y tratamiento.</p>	<p>4. <i>Competencias crítico-reflexivas.</i></p> <p>a) Capacidad para la comprensión de los contextos, sus significados, interpretaciones y de las acciones que se produce en ellos.</p> <p>b) Capacidad para contrastar las causas y los efectos puestas en juego en esos contextos, para tomar decisiones basadas en criterios avalados por la profesión.</p> <p>c) Habilidad para favorecer prácticas socioeducativas construidas desde lecturas personales de la realidad en las que se desarrolla.</p> <p>d) Destreza para reflexionar sobre el conocimiento práctico, el saber estratégico y las decisiones a tomar, posibilitando nuevas realidades más acordes a las aspiraciones de la profesión.</p>

Tabla 4. Competencias necesarias para la intervención en psicooncología y su relación con las competencias profesionalizantes el educador social (Cont.)

<p><i>Competencias en intervención Psicooncología (Modelo Ecológico de Bronfrenbrenner)</i></p>	<p><i>Competencias del Educador Social ASEDES 2007</i></p>
<p>13. Formación de grupos y actividades de apoyo.</p>	<p>5. <i>Competencias para la selección y gestión del conocimiento y de la información.</i></p> <p>a) Capacidad para seleccionar la información más relevante para la institución u organismo.</p> <p>b) Habilidad para distinguir y priorizar la información y verbalizaciones que el/la educador/a recibe por parte del sujeto de la educación u otros profesionales, con la finalidad de objetivar trabajo educativo en la medida de lo posible.</p>

3.3. APUNTES PARA UN PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DESDE LA EDUCACIÓN SOCIAL.

En las primeras páginas de este trabajo se justificó su necesidad en la oportunidad de completar los Equipos Básicos de Atención Primaria con la aportación teórica y práctica de la Educación Social y, que la propia normativa de la Ley General de Sanidad recoge en cuanto a la composición de los equipos. En las siguientes líneas se presenta una propuesta de programa educativo enmarcado en los principios de actuación descritos por el Plan Integral de Oncología de Andalucía 2007-2012 (en adelante PIOA) y de las competencias profesionalizadoras del educador/a social que contribuya a la intervención transdisciplinar.

3.3.1. Principios de actuación.

- a) *Centrado en la persona*: Asegurando una atención de elevada calidad humana, científica y técnica, de carácter integral.
- b) *Desarrollado en cooperación*: Fomentando un entorno de relación entre pacientes y equipos asistenciales, basado en la toma de decisiones compartidas.
- c) *Equitativo y solidario*: Abordando las desigualdades en el acceso tanto al sistema sanitario como al mejor resultado posible.
- d) *Integrado*: Fomentando un modelo de atención al problema del cáncer basado en la integración de los conocimientos, las habilidades y la organización de todos los profesionales y dispositivos asistenciales implicados.
- e) *Orientado a los resultados*: Dirigido a la evaluación de resultados, que permita conocer el impacto y la eficacia del Plan sobre la enfermedad.
- f) *Coherente con las líneas generales impulsadas desde el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA)*: El PI debe servirse y ser, a la vez, un elemento impulsor de las diferentes estrategias diseñadas y puestas en práctica en el SSPA para la mejora de la calidad asistencial.
- g) *Coherente con los principios de gestión*: En su desarrollo debe buscar la máxima efectividad y eficiencia, favoreciendo la cohesión del SSPA y la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales.

3.3.2. Áreas de intervención del educador/a social

Se recogen las cuatro áreas de intervención que el Modelo Ecológico identifica como metodología de trabajo; se presentan las competencias del educador/a social; y, éstas se hacen operativas con una propuesta de objetivos, estrategias de trabajo e indicadores de evaluación.

Área 1. Intervención en el microsistema y ontosistema.

Las necesidades de intervención en el microsistema (paciente y familia) requieren de un conjunto de competencias que favorezcan la capacidad comunicativa, relacional, de comprensión de la enfermedad y de la gestión de la información y del conocimiento que sobre la situación vivencial tenga (Ver Tablas 5, 6, 7 y 8).

Tabla 5. Estrategia de trabajo para la implementación de las competencias comunicativas.

<i>Objetivo</i>	<i>Estrategia</i>	<i>Indicadores</i>
Facilitar la adaptación al diagnóstico y tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> – Estrategias de afrontamiento – Estrategias para el control de la ansiedad y el estrés 	Conocimiento de los síntomas y sensación de control sobre ellos
Mejorar los canales de comunicación familiares y con el grupo de amigos/as	Estrategias de escucha, refuerzo, apoyo...	Se ha percibido una buena comunicación y apoyo
Proporcionar información sobre los nuevos hábitos a seguir ante las secuelas de los tratamientos	Referencias de recursos, folletos, charlas, etc.	Adquisición o no de hábitos adaptativos ante las secuelas

Tabla 6. Estrategia de trabajo para la implementación de las competencias relacionales.

<i>Objetivo</i>	<i>Estrategia</i>	<i>Indicadores</i>
Acompañar y facilitar la fase de duelo	<ul style="list-style-type: none"> – Acompañamiento – Dotación de herramientas de inteligencia emocional 	El paciente se siente acompañado física y emocionalmente durante el proceso de duelo
Entrenar en técnicas de relajación	Técnicas de relajación	El paciente conoce las técnicas que le permiten relajarse y reducir el estrés y la ansiedad
Delimitar los roles dentro del grupo familiar y de amigos/as	<ul style="list-style-type: none"> – Herramientas emocionales – Herramientas para el empoderamiento 	Dentro de la familia cada componente mantiene un rol importante y diferenciado.

Tabla 7. Estrategia de trabajo para la implementación de las competencias crítico-reflexivas.

<i>Objetivo</i>	<i>Estrategia</i>	<i>Indicadores</i>
Reducir el impacto emocional	Técnicas de control emocional.	El paciente ha recibido herramientas de control de la incredulidad, miedo, ansiedad y depresión
Reducir las repercusiones psicológicas	Información sobre la enfermedad y sus fases y el tratamiento	El paciente puede anticiparse a ciertas situaciones y controlarlas en mayor medida
Enfrentar los cambios físicos que conlleva el tratamiento	Trabajo de competencias emocionales (resiliencia, autoestima, etc.)	El paciente tiene mayor seguridad ante los cambios físicos por los que pasa
Eliminar los prejuicios contra la enfermedad	Ofrecer información contrastada y verídica de la enfermedad	El paciente se deshace del estigma que supone la palabra cáncer

Tabla 8. Estrategia de trabajo para la implementación de las competencias de selección y gestión de la información y el conocimiento.

<i>Objetivo</i>	<i>Estrategia</i>	<i>Indicadores</i>
Ofrecer al paciente la información necesaria para que comprenda la nueva situación.	<ul style="list-style-type: none"> – Investigaciones – Contacto con otros pacientes. 	El paciente tiene la información necesaria para entender la situación nueva para él/ella
Asegurar comunicación entre el paciente y el equipo médico	<ul style="list-style-type: none"> – Trabajo transdisciplinar – Mantenimiento de canales comunicativos 	El paciente encuentra respuesta a sus dudas y preguntas
Potenciar conductas saludables	Supervisión y fomento de comportamientos saludables en el hogar, y grupo de iguales.	El paciente conoce qué cambios puede realizar para que su estado de salud sea óptimo

Área 2. Intervención en el mesosistema.

Los principios a los que dar respuesta en la intervención con la familia, trabajo y distintos grupos relativos a la vida social que conforman el mesosistema, requieren de una serie de competencias que favorezcan la capacidad comunicativa, de análisis y síntesis y de la gestión de la información y del conocimiento que se haga respecto a ella. (Ver Tablas 9, 10 y 11).

Tabla 9. Estrategia de trabajo para la implementación de las competencias comunicativas.

Objetivo	Estrategia	Indicadores
Facilitar la comunicación y el aprendizaje de estrategias en el grupo familiar	Terapia de grupo	El grupo familiar posee información necesaria para una mejor adaptación del paciente
Fomentar la comunicación positiva con otros pacientes	Creación y mantenimiento de canales de comunicación	El paciente puede intercambiar información real, aunque evitando un efecto derrotista
Disminuir el nivel de estrés a la unidad familiar y red de amistades	Estrategias de afrontamiento, apoyo emocional e instrumental	Los niveles de estrés se reducen y la capacidad de afrontamiento de los conflictos aumentan

Tabla 10. Estrategia de trabajo para la implementación de las competencias de análisis y síntesis.

Objetivo	Estrategia	Indicadores
Ofrecer al paciente información sobre, instituciones y recursos	Coordinación con instituciones	El paciente conoce los recursos a los que puede acceder
Formar a personas voluntarias en los aspectos básicos del cáncer	<ul style="list-style-type: none">– Formación básica sobre la enfermedad– Técnicas de apoyo y de comunicación.	Número de personas voluntarias al contexto del paciente oncológico

Tabla 10. Estrategia de trabajo para la implementación de las competencias de análisis y síntesis. (Cont.)

<i>Objetivo</i>	<i>Estrategia</i>	<i>Indicadores</i>
Mantener la menor alteración posible a nivel social, familiar y laboral	<ul style="list-style-type: none"> – Técnicas de adaptación, y de control – Flexibilidad de recursos 	Alteración percibida en el funcionamiento del entorno

Tabla 11. Estrategia de trabajo para la implementación de las competencias de selección y gestión de la información y el conocimiento.

<i>Objetivo</i>	<i>Estrategia</i>	<i>Indicadores</i>
Establecer unos canales de soporte emocional y/o instrumental institucionales	Apertura de vías de comunicación y mediación institucionales entre los equipos profesionales	El paciente y su entorno ve satisfechas necesidades emocionales y/o instrumentales por parte de la institución

Área 3. Intervención en el exosistema.

Las necesidades a cubrir a través de la intervención en el exosistema, es decir, en aquel entorno que no incluye al paciente como participante activo pero cuyos hechos ocurridos sí le afectan, requieren de unas competencias capaces de favorecer la capacidad comunicativa, relacional, de análisis y síntesis, crítico-reflexiva y de gestión de la información y del conocimiento que se haga respecto a ella. (Ver Tablas 12, 13, 14, 15 y 16).

Tabla 12. Estrategia de trabajo para la implementación de las competencias comunicativas.

<i>Objetivo</i>	<i>Estrategia</i>	<i>Indicadores</i>
Conocer la historia previa del paciente para una mejor intervención	Entrevistas, técnicas de recogida de información, etc.	Conocimiento de los datos relevantes sobre el paciente y su historia previa para una mejor intervención

Tabla 13. Estrategia de trabajo para la implementación de las competencias relacionales.

<i>Objetivo</i>	<i>Estrategia</i>	<i>Indicadores</i>
Facilitar el acompañamiento durante el tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> – Mediación institucional – Apertura de espacios de acompañamiento. 	El paciente se ha sentido acompañado durante el tratamiento
Facilitar la rehabilitación del paciente respetando sus limitaciones	<ul style="list-style-type: none"> – Protocolos de adaptación – Análisis de conducta 	Realización de actividades, evolución de conductas favorables, etc.

Tabla 14. Estrategia de trabajo para la implementación de las competencias de análisis y síntesis.

<i>Objetivo</i>	<i>Estrategia</i>	<i>Indicadores</i>
Alcanzar unas relaciones interprofesionales satisfactorias	Promoción de un servicio de comunicación	Facilidad de comunicación

Tabla 15. Estrategia de trabajo para la implementación de las competencias crítico-reflexivas.

<i>Objetivo</i>	<i>Estrategia</i>	<i>Indicadores</i>
Adecuar la oferta de servicios sanitarios a las necesidades del paciente y su entorno	Comunicación, escucha de demandas, mediación institucional, etc.	Adaptación o no de los servicios a las necesidades individuales

Tabla 16. Estrategia de trabajo para la implementación de las competencias de selección y gestión de la información y del conocimiento.

<i>Objetivo</i>	<i>Estrategia</i>	<i>Indicadores</i>
Proporcionar información relevante sobre la enfermedad y el tratamiento al entorno del paciente	Intervenciones educativo-formativas	Las personas del entorno tienen la información suficiente para saber cómo actuar respecto a distintos aspectos de la enfermedad

Área 4. Intervención en el macrosistema.

Una vez hemos llegado al sistema más alejado del paciente caracterizado por la cultura y momento histórico-social, el macrosistema, se requiere de unas competencias relacionales, crítico-reflexivas y de gestión de la información y del conocimiento que nos permitan manejar con profesionalidad este conjunto de factores influyentes. (Ver Tablas 17, 18 y 19).

Tabla 17. Estrategia de trabajo para la implementación de las competencias relacionales.

<i>Objetivo</i>	<i>Estrategia</i>	<i>Indicadores</i>
Promocionar la importancia de la prevención	– Campañas de sensibilización – Folletos informativos	Descenso del consumo del tabaco, uso de la crema de protección, ante la exposición solar, etc.
Movilizar recursos y colectivos para aumentar la visibilización de la enfermedad	– Campañas de sensibilización – Folletos informativos	Aumento o no de recursos, seguimiento de campañas, etc.
Promover la investigación y la recaudación de fondos necesaria	– Campañas de visibilización – Realización de colaboraciones	Aumento de las inversiones económicas para la investigación
Implicar a colectivos concretos en la formación y difusión de la enfermedad	– Campañas en escuelas, asociaciones – Acercamiento de recursos	Aumento de la participación e implicación de los colectivos en las actividades formativas y de difusión de la enfermedad

Tabla 18. Estrategia de trabajo para la implementación de las competencias crítico-reflexivas.

<i>Objetivo</i>	<i>Estrategia</i>	<i>Indicadores</i>
Evaluar las prácticas institucionales	<ul style="list-style-type: none"> – Asistencia – Guías de buenas prácticas 	Análisis de resultados, listas de asistencia, cumplimiento de protocolos, etc.

Tabla 19. Estrategia de trabajo para la implementación de las competencias de selección y gestión de la información y del conocimiento.

<i>Objetivo</i>	<i>Estrategia</i>	<i>Indicadores</i>
Informar a la sociedad sobre aspectos básicos de la enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> – Campañas de sensibilización – Folletos informativos 	Aumento del número de donaciones, voluntarios, colaboradores, volumen de presencia en los medios de comunicación, etc.

A modo de síntesis, con la intervención descrita se ha pretendido visibilizar la relación entre competencias del/la educador/a social en el ámbito de la psicooncología; los posibles objetivos a alcanzar en cada uno de los sistemas descritos por Bronfrenbrenner; las posibles estrategias de trabajo; y, algunos indicadores que nos permitan evaluar la eficacia de un programa de atención integral desde la Educación Social.

CAPÍTULO 4:

CONCLUSIONES Y ALCANCE DEL TRABAJO

Este Trabajo de Fin de Grado tiene como base mi experiencia dentro del Servicio de Salud de Oncología, en cuanto al nivel de carencias, el apoyo psicológico y emocional, la falta de respuesta a unas preguntas que tanto yo como muchos otros pacientes nos hicimos en su día y que, con la información adecuada, nos habría permitido tomar mejores decisiones. ¿Podía el/la educador/a social haber estado presente durante todo ese proceso?

A través de esta experiencia en el Servicio de Oncología, se plantea el problema de que, durante el proceso de la enfermedad oncológica, el paciente no disponga de una figura profesional de referencia que le acompañe psicológica y emocionalmente durante el enfrentamiento de la enfermedad y las repercusiones que supone debido a sus características. Esta situación puede deducir unas complicaciones a nivel tanto personal como social para la persona incluso una vez esté superada la enfermedad, afectando por ello a su calidad de vida.

Para poder dar una respuesta a este problema, es necesario conocer los distintos elementos que lo forman, comenzando por la recopilación de un marco teórico-documental y axiológico que nos permita conocer todos los aspectos a tener en cuenta en la relación del educador social y el ámbito de la salud.

Para llevar a cabo esta aproximación, se realiza por un lado un análisis de todos aquellos conceptos implicados en el trabajo oncológico: la salud y la enfermedad, el cáncer y sus tipologías, las distintas consecuencias psicológicas y sociales que dicha enfermedad acarrea y la necesidad de un trabajo interdisciplinar entre las disciplinas médica, psicológica y social.

Por otro lado, se analiza el Modelo Ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico sobre el cual sostener el desarrollo de intervenciones propias de los modelos psicooncológicos desde la Educación Social a través de la implementación de competencias y programas educativos.

Desde un principio se parte de la idea de que el educador o educadora social carece de las competencias necesarias para intervenir en salud, pero a través de la revisión documental y la relación con su perfil profesional se llega a la conclusión de que el graduado/a en Educación Social posee unas competencias generales que le permiten desarrollar su intervención en este ámbito.

Para demostrar esta idea, se parte de la descripción de necesidades psicoeducativas que tanto el paciente oncológico como su entorno presenta o puede presentar y las distintas competencias que posee el profesional para cubrirlas. Así se realiza el diseño de un programa de atención integral desde la Educación Social que, mediante un trabajo transdisciplinar, implementa la intervención en el ambiente oncológico.

Gracias a la revisión documental, se estructura el sistema de salud en tres niveles diferenciados, encontrando la Atención Primaria como el más cercano a la población y el que supone la primera toma de contacto con el sistema. Se llega a la conclusión de que el primer planteamiento sugerido en el ámbito hospitalario carece de coherencia, por lo que se traslada el ámbito de actuación al primer nivel de atención y no a aquel que requiere procedimientos especializados (tercer nivel).

Por ello, se deja una línea de trabajo abierta respecto a la intervención socioeducativa en el ámbito hospitalario y la integración del educador social en él. Este ámbito supone un conjunto de principios y criterios que requieren de una formación específica (en cuanto a conocimientos, competencias y habilidades) por parte del profesional que va a desarrollar allí su intervención.

Como conclusión final, se considera adecuada la configuración de postgrado referente a esta formación de carácter específico. En forma de apuntes y con la intención de una posterior recogida y reformulación, se aporta una estructura formativa compuesta por cinco módulos cuyo contenido dé respuesta a las exigencias que supone el desarrollo de programas educativos para el trabajo en oncología:

Tabla 20. Módulos formativos y sus contenidos.

<i>Módulos formativos</i>	<i>Contenidos referentes a cada módulo</i>
<i>Fundamentos de la educación para la salud.</i>	<ul style="list-style-type: none"> – ¿Qué es la educación para salud? – Factores determinantes de la salud. – Campos de acción para la Educación Social en términos de salud. – Integración curricular de la educación para la salud. – Factores afectivos y sociales del aprendizaje.

Tabla 20. Relación de los módulos formativos y sus contenidos. (Cont.)

<i>Módulos formativos</i>	<i>Contenidos referentes a cada módulo</i>
<i>Educación para la salud pública.</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Evolución de la educación para la salud pública. – El método epidemiológico. – Formación para la prevención de enfermedades. – Salud medio-ambiental y prevención de enfermedades – Diseño de Programas de Educación Social para la salud pública. – Evaluación de programas de Educación Social para la salud pública.
<i>Educación para la salud comunitaria.</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Antropología de la salud y valor de la diversidad cultural. – Organización y desarrollo de la salud comunitaria. – Factores psicosociales y conductas de riesgo. – Salud comunitaria y aprendizaje de comportamientos básicos. – La metodología en los programas de salud pública.
<i>Educación para la salud en atención primaria.</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Supuestos básicos de atención primaria a nivel nacional e internacional. – Fundamentos de inmunología. – Formación para el consumo de alimentos. – Diseño y evaluación de proyectos de Educación Social en APS.
<i>Educación y oncología.</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Técnicas específicas de intervención psicológica en oncología – Comunicación y habilidades sociales en oncología – Relación entre el personal de oncología y el/la paciente – Apoyo social y acompañamiento durante el proceso de enfermedad – Estrategias de afrontamiento y de manejo de la ansiedad frente a la enfermedad

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y OTRAS FUENTES DOCUMENTALES

- ADER, R. y COHEN, N. (1981) *Conditioned immunopharmacologic responses*. En R. Ader (Ed.). *Psychoneuroimmunology* (pp. 281-319). Nueva York: Academic
- ALVARADO, S. (2009). *La psicooncología: un trabajo transdisciplinario*. *Cancerología*, 4, 47-53.
- AMORÓS P. Y AYERBE P. (2000). *Intervención educativa en inadaptación social*. Madrid: Síntesis Educación.
- ASEDES - Asociación estatal de Educación Social. (2007). *Documentos Profesionalizadores*. Barcelona.
- BAYÉS, R. (1991). *Psicología oncológica*. Barcelona: Martínez Roca
- BOYD, A. (2004). *Changing cancer services to provide the care patients want*. *Cancer Futures*, 3(2), 121-123.
- BREITBART, W., CHOCHINOV, H. (2009). *Handbook of psychiatry in palliative medicine*. Oxford University Press.
- BRONFRENBERNER, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge: Harvard University Press (existe edición en castellano en *La ecología del desarrollo humano*, Barcelona: Paidós, 1987).
- CAJARAVILLE, L., CARRERAS, L., MASSÓ, L., y TAMÉS, L. (1993). *Oncología*. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (sede Web). (Acceso 10 de junio de 2013). Disponible en <http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo2/CAP14.pdf>, 1171-1126.
- CLAUSÓ, A. (1993). *Análisis documental: el análisis formal*. *Revista General de Información y Documentación*, 3 (1), pp. 11-19. Universidad Complutense: Madrid.
- COLOMER REVUELTA, C., y ÁLVAREZ-DARDET, C. (2011). *Promoción de la salud y cambio social*. Amsterdam: Elsevier Masson.
- CONSELLERIA DE SANITAT. (2008). *Guía de práctica clínica en cáncer hereditario*. Valencia.
- CRUZ, F., y PÉREZ, M. (2011). *Trastornos psicológicos asociados al padecimiento de enfermedades físicas graves y/o crónicas en la infancia y la adolescencia. El cáncer: características clínicas, evaluación e intervención*. En M. GONZÁLEZ, *Psicología clínica de la infancia y de la adolescencia. Aspectos clínicos, evaluación e intervención*. (Primera edición., pp. 231-255). Madrid.

- CRUZADO, J.A. y LABRADOR, F.J. (2000) *Intervención psicológica en pacientes de cáncer*. Revisión en *Cáncer*, 14: 63-82
- DE OÑA, J. (2005) *El educador social: un profesional de la educación en contacto con la infancia*. *Revista de Educación Social*, 4. Recuperado de <http://www.eduso.net/res/>.
- DEL POZO SERRANO, F. J. (2013). *Educación social para la salud: proyección, acción y profesionalización*. *Revista Médica de Risaralda*, 19 (1).
- DÍAZ, E., CORTÉS, H., GASCÓN, P., et. al. (2007). *Glosario del cáncer*. Asociación Española Contra el Cáncer. Recuperado desde <http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/diccioncologico/glosario.pdf>
- DURÁ, E. (1990). *El dilema de informar al paciente con cáncer*. Valencia: Nau Llibres.
- ENGEL, G. L. (1977). *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine*. *Science*, 196, 129-136.
- FAWZY, F. Y FAWZY, N. (1994). *Psychoeducational interventions and health outcomes*. San Diego: Academic Press.
- FRÍAS SANZ, J. (2012). *La Educación Social en España y su comparativa en Francia*. Valladolid: Universidad de Valladolid.
- GALCERAN J, AMEIJIDE A, CARULLA M, et. al (2017) *Cancer incidence in Spain, 2015*. *Clinical and Translational Oncology*.
- GARCÍA LARRAURI, B. y PRADO NÚÑEZ, R. (1997). *Educación social: Formación y práctica profesional*. Valladolid: Universidad de Valladolid.
- HOLLAND JC; REZNIK I. (2005). *Salud mental y malestar emocional en pacientes con cáncer*. *Psychooncology*.
- KOOP, P. (1995). *Stress, appraisal and coping with cancer*. Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences.
- KRANTZ, D., GRUNBERG, N. y BAUM, A. (1985). *Health psychology*. *Annual Review of Psychology*, 36, 349-363
- LANDRY, M. (2005). *Procesos clínicos en educación especializada*. Barcelona: Graó.
- LÓPEZ, G. (2005). *Introducción*. *Revista de Educación*, 336, pp. 7-18. Universidad de Educación a Distancia.
- LÓPEZ NOGUERO, F. y PÉREZ SERRANO, G. (2012). *La Educación Social del siglo XXI: un esfuerzo de aclaración*. En I Congreso Virtual Internacional sobre

- Innovación Pedagógica y Praxis Educativa (Línea Temática: 5. Educación y Sociedad: Innovaciones en el Siglo XXI). INNOVAGOGÍA.
- LUENGO RODRIGUEZ, T. (2001). Memoria de Psicólogos de Atención Primaria dependientes del INSALUD. Orden de 4 de Diciembre de 2001. Documento Policopiado.
- MATA, F. (1993). *Intervención educativa en situaciones de inadaptación social*. Granada: Instituto de Criminología.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. (2008). *Guía de práctica clínica sobre cuidados paliativos*. Bizkaia.
- NATIONAL CANCER INSTITUTE. (2017). *Diccionario de cáncer*. Recuperado el 16 de abril de 2017, desde <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario?cdrid=45434>
- NIETO MUNUERA, J. (2004). *Psicología para Ciencias de la Salud*. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1948). Constitución de la Organización Mundial de la Salud [Documento en línea]. Disponible: http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf
- PÉREZ, M. (2006). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Psicología de la salud*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- PETRUS ROTGER, A. (1993). *"Educación social y perfil del educador social"*. Murcia: Universidad de Murcia.
- QUINTANA CABANAS, J. M. (1984): *Pedagogía Social*. Madrid: Dykinson
- RAMÍREZ, M. (2012). *Línea de atención para el cuidador principal de pacientes oncológicos con soporte social*. Ciencia Y Cuidado, 1, 34-42.
- REAL DECRETO 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. *Boletín Oficial del Estado*. 3 de junio de 2016, núm. 260.
- REDECAN WORKING GROUP. *Cancer incidence in Spain, 2015*. (2016). Clinical And Translational Oncology.
- ROBERT, V. (2013). *Psicooncología: Un modelo de intervención y apoyo psicosocial*. Clínica Los Condes, 24(4), pp. 677-684.
- RODRÍGUEZ MARÍN, J. (2008). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- SAEZ CARRERAS, J. (1993). *El educador social*. Murcia: Universidad de Murcia.

- SÁINZ MARTÍN, M. (2008). *Guía de actuación en VIH/sida para agentes de salud* (1st ed.). Boadilla del Monte, Madrid: SM.
- SEOM. (2017). *Las cifras del cancer en España*.
- SIGERIST, H. (1941). *Medicine and human welfare*. New Haven. Yale University.
- SIRGO A., GIL F. y PÉREZ-MANGA G. Intervención cognitivo-conductual en el tratamiento de las náuseas y vómitos asociados a la quimioterapia en pacientes con cáncer de mama. 3 (3), 15 párrafos.
- SONTAG, S. (1989). *La enfermedad y sus metáforas*. Muchnik editores. Barcelona.
- TALAVERA, M. (2012). *El concepto de salud, definición y evolución*. Examen final: Administración en Salud. IX semestre de Medicina.
- TAYLOR, S.E. (1990). *Health psychology. The Science and the field*. American Psychologist. 1, pp. 40-50.
- TERRIS M. (1980) *La revolución epidemiológica y la medicina social*. México DF: Siglo XXI.
- TORRICO, E. et al. (2002). *El modelo ecológico de Bronfrenbrenner como marco teórico de la Psicooncología*. Anales De Psicología, 18(1) 45-49.
- VALDÉS, M. Y FLORES, T. (1985) *Psicobiología del estrés*. Barcelona: Ed. Martínez Roca.
- VERONESI, U. et. al (1999). *Caring about women and cancer*. European Journal of Cancer. 35, 12.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. (1990). *Cancer pain relief and palliative care*. Geneva.