

**TRABAJO SOCIAL, VARONES Y ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS.
POSIBILIDADES DEL QUEHACER PROFESIONAL.**

ELIANA SIERRA ALZATE

ELIZABETH PADIERNA CANO

YURY PAOLA JARAMILLO VELÁSQUEZ

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

MEDELLÍN

2018

**TRABAJO SOCIAL, VARONES Y ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS.
POSIBILIDADES DEL QUEHACER PROFESIONAL.**

ELIANA SIERRA ALZATE

ELIZABETH PADIERNA CANO

YURY PAOLA JARAMILLO VELÁSQUEZ

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
TRABAJADORAS SOCIALES**

ASESORA ACADÉMICA

NORA EUGENIA MUÑOZ FRANCO

TRABAJADORA SOCIAL – DOCTORA EN SALUD PÚBLICA

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

MEDELLÍN

2018

Mi agradecimiento es ante todo a Dios, por darme la oportunidad de vivir y por haber puesto en mi camino a las personas que me apoyaron y acompañaron en esta etapa de mi vida.

A mi amada madre Nubia, por creer en mí y apoyarme incondicionalmente.

Eliana Sierra

A mi familia, quienes son esa gran inspiración para ser quien soy, a ellos les dedico cada uno de mis triunfos.

Elizabeth Padierna

A mi familia, por apoyarme en mi proceso formativo.

En especial a Gilfus, mi padre, quien me inspira a través de su proceso salud – enfermedad.

Yury Jaramillo

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a cada una de las personas que hicieron parte del proceso de generación de información: a las Trabajadoras Sociales que desempeñan su accionar profesional en instituciones de salud, a las expertas en el tema, y a los varones que compartieron con nosotras su palabra, elemento fundamental para poder desarrollar esta investigación.

A la profesora Nora Muñoz Franco, nuestra asesora, por el acompañamiento, las correcciones, todo el apoyo en este proceso, y por compartir su conocimiento.

Y a los compañeros y compañeras con quienes compartimos el proceso de investigación, pues el intercambio de experiencias y conocimientos construidos, permitieron reforzar nuestros aprendizajes.

TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE GRÁFICOS	7
LISTA DE ANEXOS	8
RESUMEN	9
INTRODUCCIÓN	11
1. PRIMER PASO: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.1 OBJETIVOS	35
Objetivo general	35
Objetivos específicos	35
1.2 COMO UBICACIÓN: REFERENTE CONTEXTUAL	36
1.3 CONSTRUCCIÓN DEL PROCESO: MEMORIA METODOLÓGICA	42
1.3.2 Criterios éticos que orientaron la investigación	49
2. SUJETOS. TRABAJO SOCIAL CON VARONES	52
2.1 Concepciones de los sujetos en la intervención	53
2.2 Los varones en la intervención	58
3. ¿EN QUÉ SE INTERVIENE DESDE TRABAJO SOCIAL?	64
3.1 Objeto de intervención en los procesos con varones	65
4. INTENCIONALIDADES EN EL QUEHACER	72
4.1 Las instituciones de Salud y las intencionalidades de las profesionales	73
4.2 Elementos que hacen parte de las intencionalidades	75
4.3 La intervención con familias como eje transversal	78
5. TRABAJO SOCIAL, UN QUEHACER FUNDAMENTADO.	82
5.1 Fundamentación epistemológica. La lupa para abordar la realidad social.	83
5.1.1 Orientación de las intervenciones con varones diagnosticados con enfermedades catastróficas.	84
5.2 Dimensión Teórica – Conceptual, articulación para fundamentar la intervención	86
5.3.1 El quehacer desde un enfoque social e interdisciplinario	94
5.3.2 El método, maneras de intervenir profesionalmente	97
5.3.3 Estrategias que vinculan lo técnico - instrumental	99
5.4 LA POSTURA ÉTICO-POLÍTICA COMO DIMENSIÓN FUNDAMENTAL DE LA INTERVENCIÓN	103
5.4.1 La ética en la intervención	104
5.4.2 Lo político en la intervención profesional	107

CONCLUSIONES	110
RECOMENDACIONES	115
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117
ANEXOS	127

LISTA DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1. Mapa conceptual: sujetos en la intervención	51
Gráfico 2. Mapa conceptual: objeto de intervención	63
Gráfico 3. Mapa conceptual: intencionalidades de la intervención	71
Gráfico 4. Mapa conceptual: fundamentación de la intervención	81

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Guía de entrevista a Trabajadoras Sociales	127
Anexo 2. Guía de entrevista a varones diagnosticados con enfermedades catastróficas	128
Anexo 3. Guía de entrevista a expertas	129
Anexo 4. Consentimiento informado	130

RESUMEN

Este informe de investigación, busca develar los procesos de intervención desde Trabajo Social con varones diagnosticados con enfermedades catastróficas, para con esto contribuir a repensarlos y apostarle al quehacer profesional desde la perspectiva de género. Así, el estudio se centró en los procesos de intervención de un grupo de profesionales de la ciudad de Medellín que se desempeñan en el campo antes nombrado, reconociendo las dimensiones propias del accionar de la profesión, lo que permitió indagar acerca de la concepción de los varones como sujetos de los procesos, el objeto de intervención construido, las intencionalidades que se tienen en el quehacer, y la fundamentación epistemológica, teórica – conceptual, metodológica y ético política del mismo. De esta manera, la investigación aporta algunas reflexiones acerca de los procesos profesionales que, desde Trabajo Social en el ámbito de la Salud Pública, le apuestan a una intervención fundamentada en la perspectiva de género.

Palabras claves: Trabajo Social, intervención, enfermedades catastróficas.

ABSTRAC

This research report seeks to unveil intervention processes from Social Work with men diagnosed with catastrophic illnesses, in order to contribute to rethink them and bet on professional work from a gender perspective. Thus, the study focused on intervention processes of a group of professionals in the city of Medellin who work in the field before appointed, recognizing themselves the actions of the profession dimensions, which allowed inquire about the conception of men as subjects of the processes, the object of constructed intervention, the intentions that are held in the task, and the epistemological, theoretical - conceptual, methodological and ethical ethical foundation of it. In this way, the research provides some reflections on the professional processes that, from Social Work in the field of Public Health, bet on an intervention based on the gender perspective.

Keywords: Social Work, intervention, catastrophic illnesses.

INTRODUCCIÓN

Desde esta investigación, es preciso partir del reconocimiento de la Intervención Social como una categoría esencial para el Trabajo Social, la cual según Rosa María Cifuentes (2004) tiene los siguientes componentes estructurales o esenciales: sujeto, objeto de intervención, intencionalidades y fundamentación, los cuales permiten los procesos de interacción profesional en los diversos contextos. Siguiendo a Paula Vargas y a Nora Muñoz (2011), la intervención, conceptualmente tiene dos significados: primero, se habla de la concepción del accionar del profesional, que a través del uso de herramientas, se enfoca en cumplir con unos objetivos propuestos, es decir, que la acción social es hacia lo micro, donde un profesional o un grupo de estos, a través de un enfoque teórico, metodológico y postura ético-político, representan la intervención en lo social. Y como segundo significado, por medio de una perspectiva más amplia, se reconoce como un proceso que requiere de mayor tiempo y de un contexto más amplio, en el que sistemas institucionales para garantizar su funcionamiento, consideran políticas de acción y personas calificadas para esto. (Vargas, P, y Muñoz, N. 2011)

Vargas y Muñoz (2011) retomando a Margarita Rozas Pagaza hacen la siguiente acotación con referencia a la intervención:

En tanto un término que no tiene entidad propia, una entidad que se construye, en último término que se confiere y, nos atrevemos a afirmar, que por tanto se transforma, se revitaliza, se reconfigura permanentemente, de acuerdo con los contextos en los cuales se desarrollan los procesos propios de la profesión. (Vargas, P. Muñoz, N. 2011. Pág. 48).

Teniendo en cuenta lo anterior, el concepto de intervención, debe estar en permanente retroalimentación, con referencia a su fundamentación, por lo tanto, se hace conveniente hacer una resignificación de ésta, en la cual se tenga como base una comprensión profunda de lo social, en conjunto con la teoría y praxis, ya que esta relación permite que la intervención tenga un enfoque teórico y pueda hacerse una lectura de la realidad, a través de un modo de ver específico, de ahí la importancia del proceder

fundamentado del profesional (Vargas, P, y Muñoz, N. 2011). Así pues, la intervención entendida como una acción social que articula el pensar con el hacer, debe ir encaminada hacia el empoderamiento de los sujetos, brindándoles herramientas que lleven a potenciar su capacidad de decisión y autonomía, en donde el profesional y el sujeto trabajan en conjunto para concretar esas acciones que permitan la reivindicación y ejercicio de sus derechos ante las instituciones, lo económico y lo político; pero, además de la acción, debe potenciarse la reflexión y la generación de conocimiento situado en contextos específicos, tal sería el caso del Trabajo Social en salud pública, y a su vez la intervención con sujetos diagnosticados con enfermedades catastróficas, por lo que es de suma importancia tener en cuenta las características genéricas de los sujetos.

Al hablar de género, es preciso decir que al instante en que una persona nace la primera caracterización que se le da es su diferencia sexual partiendo del punto de vista biológico, pues el sexo se refiere a las particularidades biológicas de ese sujeto, sean anatómicos o fisiológicas (Castañeda, L. 2007; retomado por Estrada J, 2011) es ahí donde se empieza a construir culturalmente el género, es decir, según el aspecto de los genitales de un ser humano se le habla de una manera particular y se entabla una relación determinada, en donde se le atribuye cierto deseo o expectativa para su vida, siendo este el primer paso para la división entre hombres y mujeres. (Lamas, M. 1995). Así pues, Estrada (2011) señala el género como una construcción social que permite definir la identidad de lo masculino y lo femenino con referencia a esas características biológicas del sexo.

Siguiendo a Marta Lamas (1995), esta distinción sexual permite establecer las relaciones y la manera cómo se organiza la sociedad, siendo el género una categoría cargada de significados que enmarcan una cultura en particular, en donde se empiezan a crear unos códigos y símbolos; en este sentido la conducta de las personas se llena de objetividad y de subjetividad en donde se tiene una serie de ideas, comportamientos y funciones que son concebidas como propias de los hombres y las mujeres (Lamas, M. 1995), a estas características se les suman los rasgos o apariencia personal, las actitudes y comportamientos, entre otros. (Estrada, J. 2011)

Para efectos de esta investigación, que toma como punto de orientación teórica la perspectiva de género enfocada en varones, las masculinidades serán entendidas desde lo relacional, teniendo como punto de partida la construcción constante desde el ámbito cultural tanto de lo individual como del intercambio social (Viveros, M. 2001), es por esto que se habla de manera plural de masculinidades y no masculinidad. Las masculinidades reconocen las particularidades y la diversidad de quien se identifica con ella; las características que las particularizan pueden variar desde la nacionalidad, la clase, la edad, la migración, la etnia, hasta la orientación sexual, comportamientos, creencias, apariencia, entre otros (De Keijzer, B. 2003).

Según Faur (2004), las masculinidades se entienden como el conjunto de características, valores y conductas que son consideradas como innatas a los varones, según la cultura a la que pertenezcan, así pues, no son dadas, sino construidas y significadas a partir del contexto en el que se enmarcan, reconociendo su devenir histórico, lo cual no las hace estáticas sino cambiantes. En Latino América, se tiene una visión hegemónica de masculinidad, la cual ha llevado a que a los hombres se les otorgue ciertas características, como lo son: una postura de superioridad frente a las mujeres, con fuerza productiva, heterosexualidad, asumir riesgos, capacidad para tomar decisiones, autonomía, fuerza, liderazgo, y poca expresión de emociones, pero, siguiendo a Muñoz (2011) esta misma construcción hegemónica ha llevado a que los hombres no expresen de manera abierta conductas de cuidado, por no ser consideradas como acciones masculinas, poniendo en riesgo su salud, y a su vez se alejan de conductas preventivas para el cuidado de sí, dada la presión social frente a lo considerado como “masculino”, con temor a ser señalados por no seguir estos patrones comportamentales.

En el caso de la intervención profesional desde el Trabajo Social, con varones diagnosticados con enfermedades catastróficas, se considera pertinente lograr articular al quehacer profesional las condiciones propias del proceso salud – enfermedad con la manera en que estas son asumidas por los sujetos masculinos, las particularidades contextuales en las que se enmarcan sus comportamientos, y sus estilos de vida, con el fin de poder definir el objeto de intervención de manera tal que sea pertinente para el quehacer.

Teniendo en cuenta lo anterior, este informe se compone por cinco capítulos; el primero de ellos, nombrado como *“primer paso: planteamiento del problema”* muestra la problematización construida en torno al objeto de investigación, los objetivos propuestos para el proceso, el referente contextual en el que se enmarca el estudio, la memoria metodológica, los momentos que se dieron en la investigación, y por último los criterios éticos en que se enmarcó este camino. Para los siguientes capítulos, se tomó como referencia la voz de los sujetos involucrados en el proceso investigativo, así pues, el segundo capítulo *“Sujetos. Trabajo Social con varones”* permite definir el lugar que se le da a los masculinos diagnosticados con enfermedades catastróficas en los procesos de intervención profesional; el siguiente capítulo *“En qué se interviene desde Trabajo Social”* muestra el análisis realizado en torno a la manera en que se construye el objeto de intervención en el contexto preciso de esta investigación; en el capítulo cuatro *“intencionalidades en el quehacer”* se identifican las principales intencionalidades que se tienen en el accionar, la articulación entre las instituciones y las apuestas de las profesionales, y se toma en cuenta el trabajo con familias como eje transversal de la labor en este campo; en el quinto capítulo *“Trabajo Social, un quehacer fundamentado”* se analiza la fundamentación que orienta las intervenciones objeto de esta investigación desde cada una de sus dimensiones: epistemológica, teórica - conceptual, metodológica, y la postura ético política. Por último, se plantean las conclusiones de la investigación, haciendo hincapié en los principales elementos encontrados en cada una de las dimensiones de la intervención profesional; y las recomendaciones, las que se plantean a partir de los hallazgos de la investigación, para el quehacer profesional del Trabajo Social en el campo de la Salud Pública, en específico la labor que se hace en el ámbito hospitalario con varones diagnosticados con enfermedades catastróficas

1. PRIMER PASO: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Trabajo Social en salud es señalado por Ezequiel Ander Egg (1972) como uno de los campos para la profesión más antiguos, siendo en América Latina el área en que más desempeño tiene la profesión. La intervención profesional en este campo se ha realizado desde hace varias décadas, cuando la salud dejó de considerarse como un problema meramente físico y biológico, para ser abordada desde la relación del individuo con su contexto, teniendo en cuenta que la atención de la salud no implica solo la acción de médicos y enfermeras, sino que también conlleva unos determinantes sociales, lo cual es importante resaltar, ya que con esto se reconoce la pertinencia que tiene el quehacer profesional desde Trabajo Social con los procesos salud – enfermedad - atención - muerte de las personas.

Frente a la intervención del Trabajo Social en la salud, Natalio Kisnerman (1981), señala como hecho histórico el interés del Doctor Richard Cabot en el año 1903 por mejorar los métodos de diagnóstico a las personas enfermas, los cuales por tener rigurosidad científica, concebían al paciente como un cliente. Así pues, el Doctor Cabot se percató de la necesidad de conocer aspectos referentes al hogar, la familia, costumbres, alimentación y tristezas de los pacientes para no seguir con diagnósticos incompletos y superficiales, pero, al no tener tiempo para poder visitar a los pacientes hasta su domicilio, y poder conocer a profundidad su realidad, el doctor se dio cuenta de la necesidad de una “inspectora a domicilio”. Es así, como en el año 1905, el Doctor Cabot logró que al hospital general de Massachusetts entrara una inspectora social retribuida con el fin de establecer un mejor diagnóstico, y poder atender las necesidades económicas, morales y mentales de los pacientes, fuera por medio de la inspectora social, o en alianza con algún grupo benéfico.

Esa primera inspectora social fue Miss Garnelt Pelton (1869 - 1905) que, si bien era enfermera de profesión, se había destacado como pionera en la lucha antituberculosa en la que también actuaba el doctor Cabot. Para su tarea contaba dentro del hospital con un escritorio y una silla en el corredor de los consultorios externos. Ejerció el cargo durante ocho meses con la colaboración de 13 voluntarias, entre ellas Ida M. Cannon, que la sucedió. Miss Cannon elevó el servicio a la categoría de Departamento, creó en 1918 la Asociación Americana de Trabajadores Sociales

Hospitalarios y publicó en 1952 el libro *Sobre las fronteras sociales de la medicina*. (Kisnerman. 1981. Pág. 117)

El proceso de incorporación de este campo para la profesión en América Latina, se dio gracias al Doctor Alejandro del Río, quien creó “en Chile la Asistencia Pública (1911), el Hospital Arriarán, la Escuela de Enfermeras, la Casa de Socorros de Puente Alto y la Escuela de Servicio Social (1925)” (Kisnerman, 1981. Pág. 120), esta última, incluía en su plan de estudios la higiene, alimentación y atención a personas enfermas y/o heridas, es así como Trabajo Social apareció como una carrera paramédica, influencia tenida hasta comienzos de la década de los 60s.

En la actualidad, el Trabajo Social desde este campo, tiene como premisa la relación existente entre la salud y los factores sociales, de lo cual se derivan las funciones de los y las Trabajadoras Sociales en este ámbito, las cuales según Ezequiel Ander Egg (1972) son: brindar atención a las problemáticas sociales que afecten a los usuarios en los centros de salud, promoción y fortalecimiento de grupos de pacientes, madres, talleres en pro de la rehabilitación, hacer parte de los equipos de educación preventiva en salud y de los equipos del área socio – sanitaria para promover la formación de programas de salud comunitaria, participar en la rehabilitación y reinserción social de pacientes, brindar acompañamiento durante su hospitalización; estas funciones tienen el propósito de generar una autonomía en los sujetos frente a los problemas de salud que atraviesen, esto por medio de tener en cuenta su entorno y su propia postura. (Ander, E. 1972)

Así pues, es pertinente que la intervención desde Trabajo Social en aquellas situaciones que afecten la salud de los sujetos, específicamente las llamadas enfermedades catastróficas, las cuales son consideradas como una enfermedad aguda que representa una amenaza para la vida, o que puede conllevar a una discapacidad de gran impacto (Rincón, H. Castillo, A. Reyes, C y otros. 2006), y que en Colombia son reconocidas como enfermedades de alto costo; por lo que se hace necesario un accionar profesional fundamentado desde unas bases sólidas para poder comprender sus repercusiones a nivel

personal, familiar y social, teniendo presente que dichas enfermedades conciernen a la salud pública en la medida en que involucran a un grueso de la población, lo que lleva a que se generen elevados costos tanto económicos como sociales, lo cual permite que las desigualdades sociales se perpetúen en mayor medida (Bürgin, M. Hamilton, G y Otros. 2014), por lo que se hace necesaria una atención integral a los sujetos que las vivencian, lo que da paso así a la intervención profesional del Trabajo Social en el campo de la Salud Pública con el fin de mejorar las condiciones de vida de los mismos, lo que conlleva asegurar su bienestar social, esto sin dejar a un lado la particularidad de la intervención según la población, pues el género también está presente en el contexto del quehacer profesional, lo que hace necesario singularizar el accionar desde la profesión teniendo en cuenta las características genéricas de quienes son partícipes del proceso de intervención.

Según el Ministerio de Salud y Protección Social (2015), la salud concebida como un derecho esencial individual y colectivo, se enlaza con la Salud Pública en la medida en que esta última corresponde a la responsabilidad tanto del Estado como de la ciudadanía como tal, de proteger la salud en pro de mejorar la calidad de vida y el bienestar. En esta conexión entre salud y Salud pública, cabe resaltar que el Trabajo Social como profesión vinculada a este campo como se dijo anteriormente, concibe el proceso salud – enfermedad como un hecho social particular y colectivo, superando la mirada biologista y por ende trascendiendo la intervención médica al integrar todos los elementos del contexto de la persona, y no solo su situación clínica, a partir de esto, en la Salud Pública el accionar de los y las profesionales de Trabajo Social es de suma importancia dado que, mediante una labor educativa y pedagógica, éstos tienen como fin último, mejorar las condiciones de vida de los sujetos, haciéndolo de una manera integral en la que se vinculen los elementos sociales, reconociéndolos como sujetos de derecho, con un saber, respetando las diferencias de cada grupo y sujeto con quien se trabaja, en donde la identidad genérica juega un papel muy importante; además, cabe resaltar su rol investigativo, el cual es trascendental para lograr intervenciones exitosas en las que se reconozcan las particularidades de la vivencia de cada persona. (Consejo Nacional de Trabajo Social, 2014). Desde estas posibilidades el Trabajo Social, contribuye al logro de las funciones básicas de la salud pública,

específicamente las referidas a la promoción de la salud con énfasis en enfermedades no transmisibles y la garantía de calidad en servicios de salud individuales y colectivos. Sin desconocer su participación activa en procesos de investigación en salud pública referidas al conocimiento, monitoreo y análisis de la situación de salud en contextos específicos, en procesos de organización comunitaria y en el diseño, implementación y evaluación de políticas públicas en salud.

Siendo así, al reconocer lo indispensable que es la investigación para el Trabajo Social, es pertinente plantear que a partir del rastreo realizado hasta el momento, se pudo identificar que una de las tendencias en materia investigativa desde el área de Trabajo Social en salud es que en su mayoría están ligadas a la familia, vinculando en algunos casos a las mujeres, adultos mayores, niños y niñas¹, más aún no se han encontrado investigaciones relacionadas directamente con los sujetos masculinos, hecho que sesga posibilidades de comprensión y acción en torno a los problemas de salud que aquejan las poblaciones, teniendo en cuenta que el quehacer profesional tiene como insumo esencial la perspectiva de género, como elemento constitutivo para los procesos de intervención, lo cual permite que sean particularizados y leídos desde la equidad, dando así un lugar de importancia a todos los grupos poblacionales, lo que es fundamental desde la salud pública, y desde la profesión, pues Trabajo Social debe apostarle a transformaciones sociales que generen impacto, por lo que se hace necesario dar visibilidad a los varones.

¹Bustamante, D, Cardona, L, Y Mesa, M. (2009) *Intervención de trabajo social frente a la problemática de niños y niñas con cáncer y sus familias en el contexto actual de la salud enmarcada en la ley 100 de 1993.*

Cano, S, Carvajal, V, y Rendón, M. (2006). *Cuidados paliativos en pacientes terminales oncológicos y sus familias: una intervención desde el trabajo social*

Farak, L, Escobar, O, y Guerra, R. (2012). *Investigación documental de la intervención del trabajo social con familias en el campo de la salud a partir de los trabajos de grado realizados entre los años 2000 y 2010 en las facultades de trabajo social de la universidad de Antioquia y la Universidad Pontificia Bolivariana.*

Guerrero, D, y Guzmán, M. (2013). *Procesos funcionales en la familia, cuando la madre o el padre son ostomizados, aportes desde el trabajo social.*

Lopera, B, y Ocampo, N. (2014). *Transformaciones en la estructura de la familia de un adulto mayor con trasplante de órganos vitales una mirada desde el trabajo social.*

Mejía, L, y Vallejo, V. (2013). *El quehacer de los profesionales en trabajo social del equipo interdisciplinario en pacientes jóvenes esquizofrénicos y sus familias del hospital mental de Bello-Antioquia-HOMO.*

Mosquera, M, y Morales, N. (2013) *Dinámicas familiares y cuidados paliativos de mujeres con enfermedades crónicas degenerativas.*

Menos aún ha habido un interés desde el Trabajo Social por investigar las enfermedades catastróficas en sujetos masculinos. Frente a las investigaciones que abordan este tipo de patologías², se encontró que también se vinculan a su vez a las familias, adultos mayores con trasplante de órganos y pacientes con cáncer; pero no se logró encontrar investigaciones que relacionen la salud con lo masculino; tampoco investigaciones relacionadas con otras enfermedades que son consideradas catastróficas o ruinosas, teniendo en cuenta que: la *Resolución 2565 de 2007* reconoce la Insuficiencia Renal Crónica como la primera enfermedad de este tipo (Ministerio de la Protección Social. 2007) y, por otro lado, la *Resolución 3974 de 2009* del Ministerio de la Protección Social reconoce que las siguientes también son enfermedades catastróficas: cáncer de cérvix, cáncer de mama, cáncer de estómago, cáncer de colon y recto, cáncer de próstata, leucemia linfoide aguda, leucemia mieloide aguda, linfoma hodgkin, linfoma no hodgkin, epilepsia, artritis reumatoidea, infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) (Ministerio de la Protección Social. 2009. PP. 1 - 2)

Partiendo de esto, cabe resaltar que dentro de los antecedentes históricos relacionados con la atención de este tipo de patologías, en Argentina el doctor Ramón Carrillo (1906-1956), desde el paradigma de la “*salud colectiva*” planteaba la pobreza, exclusión y desigualdad como condicionantes de la salud, llegando a la conclusión y denunciando que son estas situaciones las que afectan de una u otra forma los procesos salud – enfermedad. Por otro lado, en el año 1969, las pocas condiciones de salubridad, el mal manejo de los residuos y la falta de agua potable, que eran factores comunes en las grandes ciudades, desencadenaron una serie de problemáticas sanitarias que el autor Rudolf Virchow denomina como “*epidemias artificiales*” y el cual hace referencia a situaciones creadas y manipuladas por el hombre. (Bürgin, M. Hamilton, G y Otros. 2014)

² Bustamante, D, Cardona, L, Y Mesa, M. (2009) *Intervención de trabajo social frente a la problemática de niños y niñas con cáncer y sus familias en el contexto actual de la salud enmarcada en la ley 100 de 1993*. Cano, S, Carvajal, V, y Rendón, M. (2006). Cuidados paliativos en pacientes terminales oncológicos y sus familias: una intervención desde el trabajo social
Lopera, B, y Ocampo, N. (2014). *Transformaciones en la estructura de la familia de un adulto mayor con trasplante de órganos vitales una mirada desde el trabajo social*.

Seguendo con los autores Bürgin, M. Hamilton, G y Otros (2014), se puede decir que actualmente existe una revisión constante de los procesos de salud – enfermedad en las sociedades, ya que en los últimos 30 años han tenido algunas transformaciones epidemiológicas considerables y a un ritmo acelerado, en el que se relacionan las patologías del subdesarrollo con la prevalencia constante y el aumento de las afecciones crónicas degenerativas; en este punto, cabe resaltar lo esencial que resulta considerar los factores sociales que influyen en este tipo de enfermedades, pues no es un tema meramente biológico, sino que vincula el contexto en el que se desenvuelven las personas, siendo así un campo esencial para el accionar del Trabajo Social desde la Salud Pública, pues al ampliar la mirada de lo biológico e incorporar lo social, se permite un análisis más profundo y por ende un mejor abordaje de las problemáticas sociales.

En esta instancia, se puede decir que en la actualidad se busca priorizar la distribución de la salud en la sociedad, y la discusión que surge en torno a las problemáticas sanitarias es su vinculación directa con los logros de la sociedad, atribuyendo las enfermedades al progreso social, esta relación ha sido llamada como “*epidemias del progreso*” (Bürgin, M. Hamilton, G y Otros. 2014). Es así, como se le ha prestado mucha más atención a la salud de la población, como un tema que requiere trascender la concepción biológica, y adoptar una mirada holística que vincule todos los elementos del contexto, para así lograr tener un mayor impacto y no abordajes incompletos, pues al leer la realidad desde todos sus ámbitos, se permite una mayor comprensión de esta, por ende más capacidad para intervenir y generar transformaciones.

A partir de lo anterior, cabe resaltar que en Colombia la *Ley 100 de 1993*, expresa las siguientes como reglas para el servicio de salud: equidad en los servicios para los habitantes del país sin importar su capacidad de pago, la obligación de estar vinculados al sistema de seguridad social para todos los habitantes, brindar una protección integral a los pacientes teniendo en cuenta la educación, promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, la libertad de que los pacientes escojan el régimen de seguridad en salud que deseen, y sobre todo una atención en salud de alta calidad (Congreso de la República. 1993). Esto refleja un interés por atender los

procesos de salud - enfermedad de la población, pero a su vez requiere de atención e inquietarse acerca de estos puntos, y si en realidad se cumplen, además si en verdad adoptan una manera de atención en la que no solo se busque suplir las necesidades de una atención médica, sino que permita abordar de una manera integral las enfermedades catastróficas o ruinosas, para lo cual es necesaria la intervención desde el plano de lo social, pues esto permite ampliar el impacto al momento de ser abordadas, y más aún si se toma como eje transversal la perspectiva de género para su abordaje.

También en materia legal, llama la atención que al igual que la Insuficiencia Renal Crónica, el VIH/Sida tenga especial atención para la legislación del país, pues en la *ley 972 de 2005*, el Congreso de Colombia declara atención integral para las enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/Sida, es así como deja en claro

el interés y prioridad nacional para la República de Colombia, la atención integral estatal a la lucha contra el VIH -Virus de Inmunodeficiencia Humana- y el SIDA – Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida-. El Estado y el Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizará el suministro de los medicamentos, reactivos y dispositivos médicos autorizados para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades ruinosas o catastróficas, de acuerdo con las competencias y las normas que debe atender cada uno de ellos. (El congreso de Colombia. 2005. Pág. 1).

En esta también se hace específico realizar campañas en torno a la prevención de la enfermedad y promoción en la salud, por medio de promover el acceso a la salud a las personas que no se encuentran inscritas en el Sistema General de Seguridad Social en Salud; también habla de la protección de la intimidad y la privacidad del paciente a la hora de llevar a cabo su tratamiento. Pero, cabe preguntarse en dónde queda el interés hacia las demás enfermedades consideradas de alto costo, pues se hace énfasis en el VIH/Sida y la Insuficiencia Renal Crónica, pero no se hace de igual manera con las demás enfermedades de este tipo, lo que denota un vacío legislativo en cuanto al reconocimiento de las demás enfermedades catastróficas, sus implicaciones en el contexto de quienes la vivencian, pues afectan su intimidad, su vida familiar, laboral, académica, y en sí todo lo relacional, por lo que se hace urgente legislarlas teniendo en cuenta todos estos factores.

Por otro lado, a partir del rastreo investigativo que se logró llevar a cabo, se destacaron investigaciones a nivel mundial,³ en donde, se evidenciaron algunos estudios encaminados a mirar los sistemas de salud de ciertos países y como ha sido la atención que tiene los mismos en las enfermedades catastróficas, cuáles son sus fortalezas, debilidades y propuestas para enfrentar esta población; también se encargaban de encontrar una definición que fuera holística e integradora, que pudiera tener en cuenta todos los aspectos que involucra las enfermedades catastróficas, como lo es la incidencia en lo económico, ya que genera un alto costo en los tratamientos, lo que lleva a la agudización de la pobreza en las familias que involucra esta situación, lo anterior se refleja en las siguientes estadísticas, en donde se menciona que:

Alrededor de 150 millones de personas en todo el mundo cada año sufren efectos catastróficos sobre sus economías domésticas por padecer, ellos o sus parientes, enfermedades que requieren tratamientos de alto costo. De ellos, alrededor de 100 millones caen bajo la línea de pobreza y el 90% de estos últimos viven en países en desarrollo. (Lifstchitz, E. 2011. Pág. 1).

También se dice que las enfermedades se catalogan como catastróficas cuando su “tratamiento involucra un costo directo igual o superior al 40% del ingreso del hogar donde hay un paciente afectado” (Lifstchitz, E. 2011. Pág. 1); pero, es necesario tener en cuenta que dentro de este estudio no se hace una diferenciación en la población, es decir, se hace referencia a hombres y mujeres en general, más no se preocupa por hacer una distinción y tener en cuenta las características propias en razón de género, quienes tienen diferencias en su proceso salud – enfermedad, además, es importante tener en cuenta que si bien, la parte económica es un elemento trascendental en la vida de un sujeto, no es el único aspecto que se puede ver afectado al enfrentar una de estas enfermedades, cabe también preguntarse por los demás ámbitos en los que se desenvuelven en su vida cotidiana, como lo es su experiencia propia, su relación familiar, la representación y significado que tengan acerca de la salud, la enfermedad y la muerte al momento de hacerle frente a una enfermedad catastrófica, entre otros muchos aspectos de su contexto más próximo, en donde Trabajo Social tiene grandes posibilidades para aportar significativamente desde el reconocimiento

³ Bürgin, M. Hamilton, G y Otros. (2014) ¿Qué significa “enfermedades catastróficas”? En: *Respuestas a las enfermedades catastróficas*.
Lifstchitz, E. (agosto, 2011) ¿Qué son las enfermedades catastróficas? Consultorio de salud No. 2. Argentina.

de las particularidades en relación al género, retomando una fundamentación en todas las dimensiones de la intervención profesional de manera coherente para lograr impactar la realidad social de los varones y aportar así al campo de la salud pública.

A nivel Latinoamericano, en México se han encontrado algunas investigaciones⁴ en las que se plantea que la pobreza y la salud tienen una relación directa, en donde a mayor índice de pobreza, mayor es el riesgo de desencadenar y perpetuar las enfermedades, a raíz de esto, se hace un recorrido frente a las reformas que se han dado en torno a la salud en México, con el fin de proponer una nueva alternativa que permita abordar de manera amplia las enfermedades, y se hace a su vez un llamado a las entidades estatales para la destinación de recursos en pro de mejorar la atención en salud, más no se hace una distinción en términos genéricos para orientar el abordaje de las enfermedades catastróficas, el cual es un elemento esencial a tener en cuenta al tratar este tipo de temas, considerando las formas diferenciadas, en hombres y mujeres, de mantener la salud y enfrentar la enfermedad. También en Chile, se encontró una investigación⁵ en la que se hace una comparación de las tasas de mortalidad presentes en este país y en España, se plantean datos en relación al género, en donde salen a flote diversos tipos de enfermedades, como las catastróficas, esto con el fin de generar un impacto que propicie una reforma en el sistema de salud, develando que las diferencias socioeconómicas influyen en la forma en cómo se abordan las enfermedades; si bien se hace una comparación en relación con el género, esto no trasciende, pues es para mostrar información y no para problematizar las condiciones genéricas en torno a los procesos salud – enfermedad – atención – muerte y la necesidad de ser abordadas de manera integral.

⁴ Santos, H. (abril - junio. 2006) *Relación entre la pobreza, iniquidad y exclusión social con las enfermedades de alto costo en México*. Revista Cubana Salud Pública. Tabasco, México. Vol. 34. No. 2. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662006000200007&script=sci_arttext&tlng=en

Santos, H. (abril - junio. 2008) *Pobreza y marginalidad como criterio de priorización para las enfermedades catastróficas en México*. Revista Cubana Salud Pública. Vol. 34. No. 2. Ciudad de la Habana. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000200003

Santos, H. Martínez, S y otros. (2011) *La demanda potencial y la oferta de servicios de salud para las enfermedades catastróficas en México*. Revista, Gerencia, Política, Salud. Bogotá. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662006000200007&script=sci_arttext&tlng=en

⁵ Mardones, F. (Julio 2004) *Algunos antecedentes sobre la inequidad en la situación de salud del adulto mayor en Chile*. Revista Cubana Salud Pública. Vol. 132. No. 7. Pontificia Universidad Católica de Chile. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004000700013&lng=en&nrm=iso&tlng=en

Por otro lado, desde Colombia⁶, se encontraron investigaciones que relacionan las enfermedades catastróficas y la atención psicosocial, reconociéndose la pertinencia de ésta última, ya que se dice que este tipo de patologías presentan una estrecha relación con las enfermedades psicológicas, pero presentan pocos índices en su detección y manejo, dejando de lado el impacto que puede traer en la permanencia, agudización, mejores condiciones de vida o rehabilitación de la enfermedad ruinosa o catastrófica, pues existen cifras, las cuales revelan que la persona que desarrolla este tipo de patologías:

sufre, con una frecuencia del 40%-70%, una variedad de altibajos emocionales — preocupación, miedo, tristeza, rabia—, que aunque pueden ser normales, requieren evaluación y cuidado médico. Adicionalmente, en un 25%-50% de los casos, de acuerdo con el tipo y el estado de la enfermedad, se pueden presentar alteraciones más graves en las esferas emocionales, del comportamiento, de la memoria y de la orientación. (Rincón, H. Castillo, A. Reyes, C y otros. 2006. Pág. 4)

En esta misma investigación, también se menciona la importancia de tener en cuenta una atención integral, en la que no solo se involucre a las personas que padecen estas enfermedades, sino a la familia y/o las personas cercanas a ellas, y si bien se ve claramente la vinculación del área psíquica con pacientes diagnosticados con este tipo de enfermedades, el área de Trabajo Social no se ve reflejado, lo cual es supremamente necesario, ya que es indispensable un acompañamiento y apoyo que vincule todos los entornos cercanos a los sujetos masculinos diagnosticados con estas enfermedades, lo que denota una falencia en la atención a los varones, siendo algo realmente preocupante.

Lo mencionado anteriormente también se ve latente en el *proyecto de Ley 113 de 2009* de la Cámara, en el cual se reconocen los impactos psicológicos, específicamente emocionales que pueden traer consigo las enfermedades catalogadas como ruinosas o catastróficas; se dice que la calidad de vida de las personas disminuye con la aparición de dichas enfermedades, y a partir de esto

se considera que un diagnóstico temprano puede alcanzar a reducir el índice prematuro de muerte. No obstante, la proyección de vida de un paciente con este

⁶ Rincón, H. Castillo, A. Reyes, C y otros. (Julio, 2006). *Atención psicosocial integral en enfermedad catastrófica*

tipo de patologías se reduce en casi veinte (20) años, en relación con el resto de la población que no la padece. (Congreso de Colombia, 2009. Pág. 2).

También se menciona que en su mayoría, la detección de estas enfermedades se logran en adultos, y que dichas personas han cotizado de una manera inestable al Sistema de Seguridad Social en Pensión, a pesar de ello en promedio estas personas mueren antes de los sesenta (60) años, con ello quedan imposibilitados para acceder a su pensión.

Por otro lado, siguiendo con el rastreo realizado, otra investigación llevada a cabo entre los años 1997 – 1999⁷, se centra en las acciones que emprende el Sistema de Seguridad Social en Salud Colombiano frente a la prevención de las enfermedades catastróficas y las tendencias en el comportamiento de “siniestralidad”⁸, la atención de dichas personas en las entidades promotoras de salud y los costos que esta atención requiere para las personas que se ven involucradas. Según algunos datos recolectados en dicha investigación, la “*Dirección Nacional de Investigación y Estadística*” de Salud - Coop, plantea que los eventos llamados de “alto costo” en esta EPS “comprenden 9 989 casos cuyos costos de atención ascendieron a 33 387 millones de pesos y en el régimen subsidiado a 1 249 casos por un valor de 3 274 millones de pesos.” (Nieto, L. 2005. pág. 5).

La complejidad que tiene este tipo de enfermedades y la forma en que causa impacto en la familia ha sido motivo de estudio en la estructura Estatal, llevando esto hasta los altos tribunales, lo que ha generado un pronunciamiento fuerte desde la Corte Constitucional, posibilitando así el desarrollo de estrategias desde la vía de la jurisprudencia y el orden legal. (Quintero, J. Correa, L. 2009)

⁷ Nieto, L. (Noviembre, 2005) *Análisis del Comportamiento de la Siniestralidad por Enfermedades Catastróficas en una Empresa Promotora de Salud-Colombia.*

⁸ Según Nieto (2005), “se entiende por ‘Siniestralidad’ el conjunto de eventos presentados y objeto de cobertura por un seguro. Se diferencia del concepto de “riesgo”, pues mientras el primero expresa una certeza el segundo se relaciona con la probabilidad de ocurrencia de un evento. La siniestralidad es resultado de tres variables: la frecuencia de uso, la razón de uso y los costos promedio de atención de un evento. La razón de uso corresponde al número de atenciones ocasionadas por el manejo de una patología, en un periodo de tiempo dado con relación a una población de referencia y la frecuencia de uso establece el promedio de demanda de un servicio por una persona en un periodo de tiempo determinado” (pág. 4 -5)

Así pues, se encuentran estudios desde la jurisdicción⁹, en los cuales quedan expresos de forma clara los tipos de tratamientos y las atenciones para dichas personas; las leyes y el desarrollo que han tenido las mismas al amparar a los hombres, mujeres, niños, niñas y ancianos que padecen este tipo de patologías; en estas investigaciones también se puede ver desde la legalidad y la responsabilidad estatal como se debería proceder a la hora de tratar estas enfermedades, la cual debe hacerse de manera integral, es decir, superar la mirada biologista de manera tal que se vincule el ámbito de lo social, en donde los procesos de intervención de Trabajo Social desde su búsqueda de transformaciones sociales tiene grandes posibilidades para aportar a la construcción de garantías en la atención a varones diagnosticados con alguna de estas enfermedades, y trascender en gran medida el componente asistencial de la intervención.

A partir de lo anterior y teniendo en cuenta la importancia de la intervención profesional desde Trabajo Social con una perspectiva de género, y en este caso vinculada a la intervención profesional en Salud Pública con sujetos masculinos diagnosticados con enfermedades catastróficas, es preciso señalar que el interés por la salud masculina inicia en los años 80, cuando se empiezan a tratar las enfermedades cardiovasculares y la salud sexual en los hombres. Para el año 1992 en los Estados Unidos se estableció “*La Red de Salud Masculina*” como organización sin ánimo de lucro, la cual tenía un papel educativo. En otros países como Australia, Irlanda, y Reino Unido, la salud masculina se fue desarrollando por medio de conferencias e investigaciones. Por otro lado, el primer Congreso Mundial de Salud Masculina fue en el año 2001, teniendo como fin generar más interés sobre los temas relacionados con la salud masculina, conformándose así la “*Sociedad Internacional para la Salud Masculina*” (ISMH, en inglés). En Europa, por ese mismo año, se genera la “*Iniciativa Europea pro Salud Masculina*” cuyo objetivo era crear políticas y prácticas en el continente a favor de la salud masculina. La primera Política Nacional de Salud Masculina del mundo se desarrolló en Irlanda en el año 2009, en este mismo año se creó la “*Oficina de Salud Masculina nacional en Estados Unidos*”, y la

⁹ Betancourt, G. Llamas, C. (2011) *Enfermedades huérfanas sin apoyo en Colombia*.
Quintero, J. y Correa, L. (2009). *Enfermedades catastróficas en el sistema general de seguridad social en salud en Colombia*.

“*Iniciativa de Salud Masculina de British*”, en Canadá, el cual es un programa multidisciplinario que se dedica a la prevención, promoción de políticas que estén enfocadas a la salud masculina, a la educación de comunidades, y a la evaluación y reducción de riesgos (Elterman, D. y Pelma, R. 2014).

Así pues, se puede ver cómo desde la década de los 80’s se le confiere una atención especial a la salud masculina, lo que demuestra las particularidades de la población para realizar intervenciones en su salud, por ejemplo en Australia, las Políticas en Salud Masculina establecidas en el año 2010, plantearon seis puntos claves que son importantes y que hay que darles prioridad a la hora de tratar el proceso salud – enfermedad en los hombres, tales son:

La optimización de resultados de la salud, promoción de equidad de la salud entre grupos de hombres, creación de estrategias para mejorar la salud masculina en las diferentes etapas de la vida, concentración en la prevención y la obtención de resultados basados en la evidencia que sirvan de base para programas, políticas e iniciativas futuras. (Government, A, 2010, citado por Elterman, D. y Pelma, R. 2014).

Por lo cual se hace obligatorio un acompañamiento desde las y los profesionales de Trabajo Social desde la perspectiva de género, pues se constituye en elemento fundamental para garantizar un abordaje integral de los procesos salud – enfermedad de los varones, reconocidos como tema de interés de la Salud Pública ya que afecta a un gran número poblacional, lo cual demanda atención de manera tal que se tengan en cuenta sus particularidades genéricas, campo en el que las intervenciones de Trabajo Social pueden aportar una mirada holística de la realidad mediante la vinculación de los componentes del contexto que entran en juego en la salud y la enfermedad de los varones, como son lo cultural, económico, social, familiar, personal y laboral.

Por otro lado, para el caso de América Latina en especial, es importante tener en cuenta que según De Keijzer (2003) se evidencia un modelo hegemónico de masculinidad, el cual es culturalmente construido de forma que el hombre tenga un papel netamente dominante. De acuerdo a cada país, esas formas hegemónicas tienen variaciones, sea por clase o etnia,

pero se evidencia ciertas ventajas que tiene el hombre en relación con la mujer, en algunos aspectos como los son sus hábitos de vida, en donde algunos de estos, con el paso del tiempo, se puede transformar en complicaciones para la salud, ya que la concepción de independencia y agresividad, al igual que el pensamiento competitivo, pueden desencadenar actitudes riesgosas para la salud que pueden comprometer su vida.

También se le añade a esa construcción hegemónica de la masculinidad, la dificultad que tienen los hombres para expresar sus necesidades respecto a la salud, ya que por lo general ellos no expresan esos problemas porque sería materializar su debilidad y feminización delante de los demás, lo que lleva a que los hombres se encuentren ausentes con respecto a los temas relacionados con los servicios de salud, pues lo consideran como un tema feminizado, partiendo de la noción de que estos servicios son para los niños, mujeres y adultos mayores, y concibiendo que no pertenecen a ninguno de esos grupos y por lo tanto son ajenos a esos temas (De Keijzer, 2003), siendo así, el cuidado de su salud no es un tema al que presten mucha atención, lo cual es algo preocupante y debe visibilizarse y trabajar en conjunto para tratar de dar un giro a estos comportamientos que se han considerado como debidos en la masculinidad hegemónica, es ahí, en donde los procesos de intervención profesional desde el Trabajo Social en Salud Pública aportan desde la contextualización, comprensión y orientación del accionar con sujetos masculinos diagnosticados con enfermedades catastróficas, marcando con atención sus características genéricas, pues según Bonino (2001),

Los varones representan la mayoría de las personas que hasta los 65 años mueren o padecen secuelas por muchos de los trastornos de salud que más impacto tienen sobre la Salud Pública. Todos estos problemas de salud provocan un exceso y una precocidad en la mortalidad masculina. Entre estos trastornos nos encontramos con:

- ✓ Coronariopatías (70% más que las mujeres)
- ✓ Cáncer de pulmón, tráquea, faringe, esófago, vejiga (entre 10 y 6 veces más que en mujeres)
- ✓ Cánceres genitales específicos (próstata y testículos) subdiagnosticados por la “vergüenza masculina” a ser tocados en “esas” zonas.

- ✓ Accidentes de tráfico, tanto como peatón y como conductor (3 veces más que mujeres), con más prácticas de riesgo en la conducción (más uso de alcohol, más velocidad, más agresividad al volante).
- ✓ Ahogamiento en el mar y en las piscinas (8 veces más que las mujeres) y accidentes deportivos.
- ✓ Alcoholismo, con sus secuelas digestivas especialmente la cirrosis
- ✓ Suicidios consumados (entre 3 y 6 veces más que las mujeres, en función de la edad), precedidos de depresiones encubiertas.
- ✓ Drogodependencias (5 veces más que las mujeres)
- ✓ Sida¹⁰. (Bonino. 2001. Pág. 183)

Se resalta de la lista anterior, que se encuentran incluidas el cáncer de próstata y el VIH/Sida, las cuales son enfermedades catalogadas como catastróficas, que posiblemente gracias a esas conductas derivadas de la construcción hegemónica de la masculinidad se facilite la manifestación de este tipo de patologías, lo que lleva a que se genere mayor impacto en sus tasas de mortalidad, y por tanto configuren un interés para la Salud Pública, demandando atención, esencialmente desde las intervenciones de Trabajo Social, con el fin último de transformar las condiciones de la realidad existentes para con ello lograr mejores condiciones de vida para los varones diagnosticados con este tipo de enfermedades.

Por otro lado, es importante tener en cuenta que a nivel del continente Americano en el año 2013, el cáncer ocupa el segundo lugar en las causas de mortalidad en los hombres, destacando que los tipos de cáncer que más los afectan, varían de país en país, así pues se encuentra una mayor incidencia en: América del Norte, el cáncer de pulmón, en Centro América con mayor frecuencia el cáncer de próstata y le sigue el de estómago, en América del Sur varía entre el cáncer de estómago y el de pulmón, en el Caribe no Latino es el cáncer de próstata, en Colombia en primer lugar está el cáncer de estómago, le sigue el

¹⁰ Bonino, L. (2001). *Salud, varones y masculinidad*

de pulmón y en tercer lugar el de próstata¹¹, enfermedades catastróficas a las que se enfrentan los varones. Cabe resaltar que la esperanza de vida al nacer a nivel mundial se encuentra en 69.40 años, para los hombres; en 73.60 años en las mujeres, teniendo una diferencia de 4.2 años¹²; en América del Norte, en los hombres está en 77.5 años y en las mujeres en 82 años, con una diferencia de 4.5 años; en Centroamérica, en los hombres está en 72.6 años y en las mujeres en 78.5 años, con una diferencia de 5.9 años; en América del sur, en los hombres está en 71.5 años y en las mujeres en 75.5 años, con una diferencia de 6 años; en Caribe no latino en los hombres 72 años y en las mujeres en 77.3 años, con una diferencia de 5.3 años¹³; en Colombia, los hombres en 73.08 años y en las mujeres en 79.39 años, con una diferencia de 6.31 años¹⁴. De lo anterior, se puede calcular que la diferencia que hay en la esperanza de vida al nacer entre hombres y mujeres, es de aproximadamente 5.4 años, donde los hombres son los que viven menos años que las mujeres, lo cual se puede dar por diferentes factores como lo biológico y/o estilos de vida.

Con estos datos, se hace inquietante el hecho de abordar desde las intervenciones de Trabajo Social los procesos salud – enfermedad de los varones, desde la fundamentación de la profesión, pues realmente hay mucho que aportar y se hace necesario empezar a particularizar desde el género el quehacer profesional, pues como se evidencia que cuantitativamente hay diferencias entre hombres y mujeres, si se habla desde lo subjetivo de cada sujeto, la profesión puede aportar en gran medida para la atención a varones, empezando por reconocer sus particularidades y devenir histórico y cultural en la sociedad

¹¹ OPS/OMS Cáncer en las Américas. Indicadores básicos 2013. Recuperado de:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=25331&Itemid=270.

¹² Grupo Banco Mundial. (2016). Recuperado en:
<http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.FE.IN?end=2014&start=2014&view=bar>

¹³ OPS/OMS Cáncer en las Américas. Indicadores básicos 2013. Recuperado de:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=25331&Itemid=270.

¹⁴ DANE- Estimaciones conciliación censal 1985-2005 y Proyecciones 2005-2020. Recuperado de:
http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/8Tablasvida1985_2020.pdf

Además, es importante tener en cuenta que en Colombia, las cifras de mortalidad masculina, teniendo como referencia las denominadas enfermedades catastróficas, según la tasa específica por cada 100.000 habitantes para el año 2009, conllevan que: entre los 15 a 44 años, la enfermedad por el VIH/Sida se presentó en 4,05%, entre los 45 a 64 años, el tumor maligno del estómago en 3,90%, y de los 65 años en adelante, el tumor maligno de próstata en 4,04%¹⁵; por otro lado, las cifras de mortalidad femenina para el año 2009, teniendo en cuenta las enfermedades catastróficas, se tiene que: entre los 15 a 44 años, el tumor maligno de útero 4,57%, entre los 45 a 64 años, cáncer de mama 6,99%, y cáncer de útero 5,78%; con base en estas estadísticas, cabe resaltar que si bien, la causa de muerte en mujeres relacionada con las enfermedades ruinosas, tienen como mayor porcentaje el cáncer de útero y de mama, se puede dar cuenta de que los varones son afectados en mayor cantidad por otras enfermedades catalogadas de este tipo, como lo es el VIH/Sida, el cáncer de estómago y el de próstata, representando cifras que merecen de atención en relación a sus causas e impactos en la vida de los sujetos masculinos, pues como se ha planteado, este tipo de patologías afectan a las personas en todos los ámbitos del contexto, demandando del mismos modo una atención integral.

De este modo, llaman la atención los estudios con referencia a la salud masculina, pues a partir del rastreo realizado acerca de las investigaciones en este tema, Bonino (2001)¹⁶, señala que estas se han enfocado en la salud reproductiva y su rol de proveedor, a partir de los cuales aparece la medicina laboral, la importancia del desempeño sexual y la procreación, dando paso a la andrología (estudio de enfermedades de los órganos reproductivos masculinos) y la fertilización asistida, con el fin de mejorar el rol tradicional masculino, de ser el proveedor y procreador, pero al enfocarse sólo en estos dos temas, se deja a un lado los demás procesos de salud - enfermedad que enfrentan los varones, como

¹⁵ OPS/ OMS, Ministerio de Salud y Protección Social República de Colombia. Indicadores básicos. Situación de Salud en Colombia 2011. Recuperado de: http://achc.org.co/documentos/investigacion/estadisticas_sector/externas/OPS/10.%20Indicadores%20Basicos%20de%20Salud%20Colombia%202011.pdf

¹⁶ Bonino, L. (2001). Salud, varones y masculinidad.

lo son las enfermedades catastróficas, tema de suma importancia para ser abordado dados los impactos que tienen en la vida de los sujetos, lo que lleva a que la intervención desde Trabajo Social en Salud Pública se fundamenten de manera tal que se permita un abordaje integral de sus impactos en la experiencia de los varones, con el fin de mejorar su calidad de vida.

Por otro lado, en Europa Occidental un estudio¹⁷ realizado sobre la salud masculina, informa sobre las diferencias que existen entre la salud femenina y masculina presentándose en todos los grupos etarios; además, se encontró que los hombres tienen tasas más altas de mortalidad, en comparación con la de las mujeres, estas muertes se deben a cardiopatía isquémica, cáncer y accidentes. Además se obtuvieron hallazgos claves como la marcada desigualdad entre los países y de género, y que los hombres tenían más riesgos de padecer enfermedades considerables, entre ellas, el cáncer de estómago, de pulmón o de hígado, cirrosis y cardiopatía isquémica, lo cual ratifica una vez más la necesidad de abordar esta problemática, y que se haga de manera amplia, en donde Trabajo Social tiene retos para lograr aportar y construir maneras de atención a los varones con este tipo de patologías.

Otra de las tendencias encontradas hasta ahora desde el área de la medicina¹⁸, también se enfoca en la salud reproductiva y mental, en la cual se resalta la necesidad de analizar la desigualdad que hay entre ambos géneros, con sus causas y consecuencias. Además señala la necesidad de generar espacios donde los hombres puedan revisar y discutir esa reproducción automática de la masculinidad, avanzar con esa reflexión hacia la población más joven, como en las escuelas, para ir terminado con la educación sexista y hacer visible las relaciones igualitarias; pero, una vez más dejan a un lado esos otros procesos de salud - enfermedad por los que atraviesan los varones, centrándose en la salud

¹⁷ Elterman, D y Pelman, R (2014) *Salud masculina: un Nuevo paradigma, estrategias para la atención de salud, apoyo educación e investigación.*

¹⁸ De Keijzer, B. (1997). *El varón como factor de riesgo: masculinidad, salud mental y salud reproductiva.*

reproductiva, lo cual posiblemente puede dar paso a perpetuar esa construcción hegemónica antes mencionada de la masculinidad, es así como para Trabajo Social se muestra claramente un objeto de intervención para lograr la construcción de nuevas masculinidades que permitan hacer ruptura con las posturas hegemónicas y por ende lograr una promoción de la salud en los varones.

Desde el área de la Salud pública se encuentra la tendencia investigativa del cuidado de sí en la salud masculina¹⁹, donde se da la necesidad de generar más investigaciones a nivel regional, dada la alta diversidad que hay en nuestro país, lo cual puede llevar a que se presenten diferentes maneras de ver la salud, a la vez, que puede permitir una mejor comprensión de los perfiles sociales y con ello, llevar la implementación de políticas públicas en salud que sean pertinentes a determinadas poblaciones. Y por último, desde el Trabajo Social²⁰, la tendencia para los estudios enfocados en varones también es el cuidado de sí, encontrándose con que los hombres tienden a ubicar este cuidado como un asunto femenino, por lo tanto no se da una alta vinculación a prácticas de autocuidado; ya que esto va en contra de la construcción tradicional hegemónica de la masculinidad. Pero, en el rastreo realizado, no se encontraron investigaciones desde este campo que enfatizen en la vinculación de enfermedades catastróficas con sujetos masculinos, lo cual como se ha dicho antes, merece atención y es pertinente a la hora de investigar, pues desde el Trabajo Social en el campo de la Salud pública se pueden hacer grandes aportes para la atención de sujetos masculinos diagnosticados con este tipo de enfermedades.

A partir de lo planteado a lo largo de este texto, y tomando en consideración algunas de las funciones esenciales de la salud pública como lo son: el seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud, dentro de la cual se busca evaluar las tendencias en materia

¹⁹ Muñoz, N. (2013). Varones y cuidado de sí. Los costos del privilegio para la salud masculina.

²⁰ Hernández, Y. Ramírez, E. y Salgar, K. (2012). La batalla entre el dicho y el hecho: percepción de los jóvenes varones sobre el cuidado de sí en salud.
Restrepo, C. (2013). Contexto colombiano de la década de los 80s y su incidencia en la concepción del cuidado de sí en la salud masculina.

de salud, al igual que las desigualdades en el acceso a los servicios, el manejo de estadísticas con el fin de encontrar focos de especial atención, y la identificación de recursos externos con el propósito de mejorar la promoción de la salud y por ende la calidad de vida; la evaluación y promoción del acceso equitativo de la población a los servicios de salud necesarios, dentro de lo cual se propicia un acceso equitativo a los servicios de salud, teniendo en cuenta los grupos vulnerables, a través de la colaboración de instituciones tanto gubernamentales como no gubernamentales; y la investigación en salud pública, cuyo objetivo principal es el conocimiento para apoyar decisiones que lleven a la ejecución de soluciones en materia de salud pública; por lo cual, consideramos la importancia y pertinencia de preguntarnos por: **¿Cómo se desarrollan los procesos de intervención desde Trabajo Social con pacientes masculinos diagnosticados con enfermedades catastróficas?**

1.1 OBJETIVOS

Objetivo general

Develar los procesos de intervención profesional que se llevan a cabo desde el Trabajo Social, con sujetos masculinos diagnosticados con enfermedades catastróficas.

Objetivos específicos

Definir el lugar que se le da a los sujetos masculinos diagnosticados con enfermedades catastróficas en el proceso de intervención desde el Trabajo Social.

Conocer la manera en que se construye el objeto de intervención profesional en los procesos llevados a cabo con sujetos masculinos diagnosticados con enfermedades catastróficas.

Identificar las intencionalidades que se tienen en la intervención profesional con sujetos masculinos diagnosticados con enfermedades catastróficas.

Analizar la fundamentación que orienta los procesos de intervención en Trabajo social con sujetos masculinos diagnosticados con enfermedades catastróficas

1.2 COMO UBICACIÓN: REFERENTE CONTEXTUAL

Para esta investigación es pertinente tener en cuenta elementos contextuales que permitan situar las condiciones para las intervenciones de Trabajo Social en el campo de la Salud Pública, específicamente con varones diagnosticados con enfermedades catastróficas; siendo así, se parte de plantear que Medellín cuenta con 2'457.680 habitantes, siendo la segunda ciudad más grande en población de Colombia, se ha estado constituyendo como referente tanto a nivel regional como global en la lucha contra la pobreza y la violencia, lo que ha traído consigo un aumento en las oportunidades para mejorar las condiciones de vida de sus pobladores, en la actualidad, también se evidencian grandes transformaciones sociales, políticas, culturales y económicas con el fin de hacerle frente a las desigualdades, pues la realidad de Medellín permite evidenciar problemáticas en torno a seguridad, educación, empleo y desplazamiento intraurbano, al igual que actos delincuenciales como la extorsión, el robo y el mal uso del espacio público; aunque, en los últimos años se ha evidenciado una importante reducción en cuanto homicidios. (Alcaldía de Medellín. 2016)

Dentro de las principales ciudades del país, Medellín se caracteriza por ser la ciudad que más inversiones hace en el área social, “con una inversión per cápita de 1,95 millones de pesos” (Alcaldía de Medellín. 2016. Pág. 38)

En el año 2006 se lanza el programa “*Medellín Cómo Vamos (MCV)*” a partir de una alianza interinstitucional privada de fundaciones como: “Fundación Proantioquia, la Cámara de Comercio de Medellín para Antioquia, El Colombiano, la Universidad Eafit, Comfama, Comfenalco, Casa Editorial El Tiempo, la Cámara de Comercio de Bogotá y la Fundación Corona” (Medellín cómo vamos. 2017. Párr. 2) teniendo como función monitorear y evaluar la calidad de vida de la población en la ciudad.

Desde este programa, en el *informe de calidad de vida de Medellín 2012 – 2015* se menciona cómo se encuentra la salud en la ciudad, así pues, plantean que la inversión municipal en salud para este periodo fue de un 14,8% se puede decir que en promedio per cápita en salud llegó a \$223.757 siendo más alta que el periodo anterior, que fue de

\$184.957 por persona; y, el régimen subsidiado fue el que mayor inversión recibió durante este periodo con un 72,4% y la Salud Pública recibió un 12,8%; la cobertura y acceso a los servicios de salud para el año 2015 fue de un 102,1%, lo que quiere decir que toda la población de la ciudad según el MCV se encuentra asegurada y puede exigir los servicios incluidos en el POS; pero, se reconoce que a pesar de esto, se presenta dificultad en la asignación de citas de consulta externa ya que se puede tardar un promedio de 11 días, lo que se convierte en una debilidad en el sistema de salud, pues las personas quedan insatisfechas y buscan otras alternativas para poder acceder a estos servicios. (Medellín cómo vamos, 2016)

También se evaluaron los indicadores de esperanza de vida al nacer, en donde se registró ser más alta en las mujeres con un promedio de 78.7 años, en con los hombres que es en promedio 75.5 años, aunque se resalta que la diferencia entre ambos sexos se ha ido reduciendo con el paso de los años, lo que puede ser por la reducción de las muertes violentas en la ciudad donde las principales víctimas eran hombres entre los 14 y 28 años. Como las principales causas de muerte en la ciudad, están en primer lugar las enfermedades isquémicas del corazón, le sigue las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, las cerebrovasculares y tumor maligno en la tráquea, bronquios y pulmón, este último está asociado al tabaquismo, a riesgos ocupacionales y la contaminación del aire, problema que está afectando el aire de la ciudad por el aumento del material particulado producto de los carros y fábricas.

En cuanto a las principales causas de atención médica en la ciudad, el análisis realizado entre los años 2012 – 2014 arrojó que fueron: la hipertensión, problemas dentales, diabetes mellitus y enfermedades no inflamatorias en la espalda. Cabe resaltar que la hipertensión y la diabetes, dentro de los padecimientos modernos producto del envejecimiento, la urbanización acelerada y adquirir hábitos pocos saludables relacionados con los factores de riesgo conductuales como: el exceso de consumo de tabaco y alcohol, las dietas inapropiadas y el sedentarismo, son enfermedades silenciosas que se tiende a diagnosticar en estados avanzados, lo que genera atención hospitalaria intensa resultando más costoso tanto para la familia como para el sistema de salud, pues al ser enfermedades

crónicas, con el tiempo se puede presentar enfermedades más graves como la insuficiencia renal o accidentes cerebrovasculares. (Medellín cómo vamos, 2016)

Por otro lado, en Medellín el tema de las enfermedades catastróficas ha generado desde hace algunos años gran impacto en la población, ya que en la ciudad existe un gran número poblacional que ha sido diagnosticado con este tipo de padecimientos, es por esto que algunos profesionales del área de la salud han posibilitado algunos debates en cuanto a la atención de los pacientes, ya que reconocen la importancia de las leyes a la hora de atender este tipo de patologías, pues de acuerdo a ellas es que se establece la manera en que estas serán intervenidas; es así como el doctor Juan Carlos Giraldo, quien fue Jefe de Contratación y Facturación del Hospital Universitario San Vicente de Paúl de Medellín menciona que la Ley 100 debe ser revisada ya que no cumple con algunos parámetros, en los cuales se especifica que se debe brindar una total cobertura a la hora de afrontar una enfermedad ruinosa (Hospital Universitario San Vicente de Paul, Medellín. 2000)

Pues Medellín al ser una de las ciudades con mayores cantidades de población logra posicionarse como una de las más interesadas en brindar una atención integral a los pacientes, al igual que reconoce la importancia de saber sus necesidades y la mejor manera para responder a las mismas, es por esto que se hace referencia a las recomendaciones de incluir algunas enfermedades que se consideran deben ir en el listado de catastróficas y tener un plan de acción claro, permitiendo el acceso a los tratamientos y medicamentos que debe estar en las obligaciones de cada aseguradora Clínica Medellín. 2000), pues como se evidencia en el “*Mapa de indicadores básicos de Salud, 2012*” brindado por la Secretaría de Salud de Medellín, se encuentra información en la cual se especifican las 10 causas de mortalidad en la ciudad durante el año 2012, en la que señalan que nueve de las diez allí expuestas son catastróficas o ruinosas, en donde sus respectivas cifras son las siguientes por cada cien mil habitantes:

- Enfermedades isquémicas del corazón ----- 1807
- Enfermedades cerebrovasculares ----- 888
- Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores ----- 870
- Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón ----- 506
- Resto de tumores malignos ----- 488
- Neumonía ----- 448

- Resto de enfermedades del sistema genitourinario ----- 407
- Resto de enfermedades del sistema digestivo ----- 389
- Otras enfermedades del corazón ----- 374

(Alcaldía de Medellín, 2012)

Si bien, desde la Secretaría de Salud de Medellín se señalan estas como enfermedades catastróficas, es preciso aclarar que desde el Ministerio de la Protección Social con la *Resolución 3974 de 2009*, las anteriores no son reconocidas como patologías de esta categoría, lo cual reafirma la necesidad de actualizar el listado con este tipo de padecimientos para lograr una mejor cobertura y por ende atención de las mismas; para lo que cabe tener en cuenta que:

El conocer las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud es de gran relevancia dado que con ello se pueden desarrollar modelos de atención en salud, tomar decisiones médicas, evaluar resultados de intervenciones en salud, optimizar el uso de recursos institucionales y orientar acciones de salud pública; además, en el caso del VIH/sida, estas dimensiones pueden condicionar el cumplimiento del tratamiento, la forma de percibir la enfermedad, el desarrollo de enfermedades concomitantes y la progresión o curso de la infección. (Cardona, J. Peláez, L. López, J. Entre otros. 2009. Pág. 2)

Por otro lado, en el caso puntual de los trasplantes de riñón, catalogados como un tipo de tratamiento para la Insuficiencia Renal Crónica, que si es reconocida legalmente como una enfermedad catastrófica, se menciona que en

América Latina, en el año 2013 se realizaron 11.478 trasplantes de riñón. Uruguay presentó las principales tasas con 33,8 por millón de habitantes, seguido de Argentina con 30,8, Brasil con 27 y México, Costa Rica y Colombia con 14,3. En Colombia, durante el primer semestre de 2015, se realizaron 593 trasplantes de órganos, de los cuales 423 fueron de riñón; 126 de ellos realizados en Medellín. (Montoya, S. Mayo - Agosto. 2017)

Siendo Medellín una de las ciudades con mayor número de trasplantados en Colombia. Además, en cuanto a la prestación de servicios de atención en la ciudad para este tipo de tratamiento, se realizó una evaluación y la calificación que se obtuvo fue:

Excelente (39,5%). Al evaluar la oportunidad de la entrega de medicamentos, la autorización y programación de citas y de exámenes, la mayoría de los pacientes manifestaron que su aseguradora era oportuna en los tres aspectos (83,3%, 80,3% y 87,3% respectivamente). La mayoría de los pacientes (94,3%) informó que la aseguradora entrega los medicamentos originalmente formulados por el especialista y, en cuanto al uso de medidas de exigibilidad, se encontró que un 47,8% de los pacientes ha hecho uso de alguna medida, siendo la acción de tutela la más usada con un 37,3%. (Montoya, S. Mayo - Agosto. 2017)

Teniendo en cuenta elementos contextuales de Medellín, su atención en salud, y lo referente a enfermedades catastróficas, queda por último hablar de Trabajo Social, el cual nace en Colombia en el año 1936 en el marco de la consolidación del sistema capitalista, con la creación de la primera *Escuela de Trabajo Social* vinculada al *Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario*, empezó a funcionar en el año 1937 teniendo como pionera a María Carulla Vergara (Ramírez, D, y Castañeda, M. Enero – Junio 2011); las estudiantes que egresaron de esta escuela se desempeñaron en áreas de la salud, educación, atención a la familia y a la niñez y en algunas empresas (Leal, G. Enero – Junio 2015)

Para la década de los 40' se “iniciaron actividades en las escuelas de servicio social en Medellín, Cartagena y Cali” (Leal, G. Enero – Junio 2015. Pág. 41) Para el año 1944 específicamente, se crea la segunda escuela de servicio social en la ciudad de Medellín, que empezó a funcionar para el año 1945, en vinculación con la *Escuela Normal Antioqueña de Señoritas*, la cual tuvo gran influencia de la Escuela Alejandro del Río de Chile. “En 1955 se incorporó a la Universidad Pontificia Bolivariana y en 1964 se autorizó el ingreso a estudiantes hombres” (Leal, G. Enero – Junio 2015. Pág. 42), y para el año 1968 se crea el programa de Trabajo Social en la Universidad de Antioquia.

Con el movimiento de reconceptualización que se dio en América Latina se buscaba hacer una ruptura con el Trabajo Social tradicional, principalmente en Argentina, Chile y Brasil; si bien, no tuvo una fuerte presencia en Colombia, sí generó algunos impactos, en la búsqueda de romper con los presupuestos que hasta ese momento sostenían a la profesión, logrando dejar ciertas inquietudes frente a la metodología del quehacer profesional, y

aunque se destacan estos aspectos, es preciso resaltar que la documentación frente a este proceso en Colombia es escasa. (Ramírez, D, y Castañeda, M. Enero – Junio 2011)

Ahora bien, para efectos de esta investigación, se tomaron como fuente de primera mano a Trabajadoras Sociales que intervienen profesionalmente en la ciudad de Medellín en el campo de la Salud Pública, específicamente en unidades de salud en las que atienden a personas diagnosticadas con alguna enfermedad catalogada como catastrófica, con una experiencia profesional en este tipo de intervenciones de por lo menos seis meses. Y, por otro lado, como fuente de segunda mano, hicieron parte algunos varones diagnosticados con patologías de este tipo, y que cuentan con el acompañamiento desde el área de Trabajo Social, de igual manera, se logró entrevistar a un nefrólogo que hace parte del equipo interdisciplinario de una Unidad Renal de la ciudad, quien es el coordinador de la misma y a expertas en el tema, es decir, profesionales de Trabajo Social que han estado vinculadas académica e investigativamente en Salud Pública con perspectiva de género enfocada en varones.

1.3 CONSTRUCCIÓN DEL PROCESO: MEMORIA METODOLÓGICA

Con el fin de poder hacer una lectura crítica reflexiva para la investigación se trabajó desde el **paradigma crítico social**, el cual permite conocer para cuestionar y proponer alternativas de mejoramiento ante el mundo social, cobrando sentido en la búsqueda de condiciones adecuadas para los sujetos implicados, a su vez, permitió que durante el proceso se diera la interrelación entre los aportes teóricos y prácticos. La reflexión crítica se reconoció como “histórica, tiene en cuenta los significados e interpretaciones de los individuos; es autorreflexiva, práctica y participativa” (Cifuentes, R. 2014. Pág. 35) lo que conlleva la construcción individual y colectiva de propuestas que generen reflexión, problematización y empoderamiento de la palabra, es así cómo se incentiva el constante cuestionamiento de las acciones mediadas por el acto reflexivo; siendo así, fue posible develar de manera crítica los procesos de intervención profesional desde el Trabajo Social en el campo de la Salud Pública con sujetos masculinos diagnosticados con enfermedades catastróficas, teniendo en cuenta las dimensiones de la intervención que fundamentan el accionar profesional, transversalizada por una reflexión en la que se tuvo en cuenta los significados e interpretaciones de las y los participantes que hicieron parte del proceso investigativo.

La investigación se abordó desde el enfoque cualitativo, el cual posibilitó el análisis de la información recolectada como un todo integrado, permitiendo abordar los hechos desde la experiencia de los actores implicados (González, A. 2003). Es pertinente decir que desde este enfoque “el proceso de investigación no se produce de modo lineal sino circular, se reformula constantemente al dictado de las nuevas aportaciones que surgen como resultado de la interacción con la realidad” (González, A. 2003. Pág. 131). En este caso los actores que hicieron parte de esta investigación son las profesionales de Trabajo Social, las expertas del área de la Salud Pública y los varones diagnosticados con enfermedad catastrófica, quienes tienen una interpretación de la realidad en que están inmersos y esto permitió hacer un análisis y comprender a partir de la experiencia de ellos y ellas.

Por otro lado, se consideró pertinente utilizar como estrategia investigativa el **análisis del discurso**, el cual parte de reconocer el discurso como “un conjunto de prácticas lingüísticas que mantienen y promueven ciertas relaciones sociales” (Iñiguez, L. 2003. Pág. 90), a partir de esto, estudiar la manera en que estas prácticas se dan en el presente permitiendo mantener y promover las relaciones. Teniendo esto en cuenta, desde esta estrategia, se privilegió y rescató la importancia de la palabra de todas y todos aquellos que hicieron parte de la generación de la información, lo que permitió que a partir de sus narrativas acerca de los procesos de intervención, tanto las Trabajadoras Sociales como de los varones que hacen parte del proceso, se diera cuenta del quehacer desde la profesión y de los significados que construyen en torno al mismo, reconociendo la importancia de la palabra en relación al contexto en donde tienen sus experiencias.

Definir el análisis del discurso como estrategia en esta investigación permitió generar un estudio riguroso de las conversaciones que se establecieron en las entrevistas, descubriendo el funcionamiento y la organización que se constituye socialmente desde las interacciones en el contexto de la Salud Pública específicamente, todo ello particularizando cada proceso y sus características en torno a los componentes que fundamentan el accionar profesional del Trabajo Social con pacientes varones diagnosticados con enfermedades catastróficas, lo que permitió a través de la narrativa dar cuenta de la manera en que se conciben los procesos de intervención, como se desarrollan y la postura que se ha construido frente a los mismos durante su experiencia.

Por lo anterior se hizo necesario retomar como referentes teóricos **la intervención fundada en Trabajo Social**, ya que es el elemento central de este trabajo y va articulado con la **perspectiva de género**, pues se particulariza el accionar con varones. Desde la primera, la intervención profesional en Trabajo Social es entendida, como el accionar de la o el profesional, que mediante el uso de unas técnicas específicas, se enfoca hacia el cumplimiento de unos objetivos, y a su vez, se reconoce como un proceso que demanda la articulación institucional, las políticas de acción y personas cualificadas para lograr los propósitos trazados. (Vargas, 2011)

Para llevar a cabo esa intervención, Matus (1999) hace un llamado al Trabajo Social como disciplina, frente a la necesidad de desarrollar una mirada compleja a todos aquellos problemas sociales que se viven en la contemporaneidad y que requieren de una intervención crítica, basada en un conjunto de saberes previos como lo son las teorías sociales, los enfoques epistemológicos, los referentes conceptuales y éticos; que permitan una mejor comprensión de la realidad social, para intervenir de manera tal que se genere ruptura con el enfoque funcionalista, lo que se convierte en un reto para los presentes y futuros profesionales, siendo indispensable la intervención fundada.

En el marco de esta intervención fundamentada, se encuentra la articulación entre la teoría y la práctica, en la que se reconoce una “*relación dialógica y además interactiva*, asociada con dar respuestas a preguntas por el qué conocemos y cómo conocemos, en *correspondencia con el qué transformamos y cómo lo transformamos*” (López, C, Muñoz, N, y Vargas, P. 2013. Pág. 173), permitiendo así la configuración tanto del objeto de estudio, como del objeto de intervención, que en esencia, son uno solo. Así pues, se le confiere especial atención a la investigación ligada con la acción, teniendo como elementos configuradores, las dimensiones: teórica, metodológica, ético - política; las cuales transversalizan la intervención, dotándola de intención y coherencia.

Con referencia a la *dimensión teórica*, cabe resaltar que se da prevalencia a teorías que permiten la lectura de los sujetos y objetos de intervención desde el plano histórico, facilitando la comprensión de subjetividades tanto individuales y colectivas; así pues, se resaltan las posturas construccionistas, puesto que permiten la comprensión de las interacciones sociales, al igual que las perspectivas como “el interaccionismo simbólico, la fenomenología y la hermenéutica” (López, C, Muñoz, N, y Vargas, P. 2013. Pág. 177), las cuales aportan a la lectura de los símbolos, vivencias, experiencias y cotidianidad de los sujetos, lo cual se hace necesario dada la apuesta de la profesión por potenciar las capacidades tanto individuales como colectivas de los sujetos con los que se interviene.

Por otro lado, en cuanto a la *dimensión metodológica*, es importante tener en cuenta que desde ésta se recogen todos los elementos que configuran la intervención, es decir, se formula el referente teórico desde el cual se va a trabajar, la postura ético - política a tener en cuenta y el referente epistemológico, además de posibilitar la construcción del método, teniendo en cuenta los momentos, técnicas, estrategias e instrumentos para el accionar. (Vargas, P. 2011). Siendo así, esta dimensión permite conjugar las intencionalidades de la intervención con el objeto, las técnicas y métodos relacionados con las perspectivas teóricas; configurando la metodología como un escenario interactivo y participativo, en el que tiene cabida el reconocimiento de la diferencia, la deliberación y la negociación, implicando un reconocimiento del otro como sujeto con capacidades y potencial para el cambio. (López, C, Muñoz, N, y Vargas, P. 2013)

Y por último, la *dimensión ético - política*, contiene las ideologías, valores, principios y el código de ética profesional, resaltando así que se da una intervención intencionada. Lo *ético* hace referencia a la postura de la o el profesional ante el sujeto con quien interviene, el compromiso y la responsabilidad con la profesión, por lo cual se hace necesario una revisión constante de los valores, la autonomía, la libertad y la responsabilidad que confiere Trabajo Social (López, C, Muñoz, N, y Vargas, P. 2013). Y lo *político* apunta a “la construcción de sujetos sociales, políticos y autónomos que participan activamente en asuntos que les compete” (López, C, Muñoz, N, y Vargas, P. 2013. Pág. 189). Cabe resaltar que lo ético y lo político no son conceptos excluyentes el uno al otro, sino que se entrelazan ya que la ética refiere a la reflexión crítica del quehacer que vincula a otros, siendo esto lo que sitúa el componente político.

Por otro lado. se hace necesario tomar postura desde **la perspectiva o enfoque de género**, siendo un elemento central para el Trabajo Social para su accionar profesional, la cual tiene como punto de partida la equidad y la participación en el ámbito social y político entre hombres y mujeres, estableciendo una relación directa entre los mismos y el poder, desde las instituciones o desde lo individual, cómo se establecen las relaciones en las que se llega a un acuerdo dependiendo del contexto en que se encuentre. Permitiendo así dar una

explicación a lo que sucede entre los géneros, para lograr comprender las características de hombres y mujeres, al igual que poder ubicar sus diferencias y semejanzas. (Muñoz, 2011).

Nora Muñoz (2011) retoma a Tajer (2009) para hacer referencia a que esta perspectiva posibilita

identificar el peso de la vida cotidiana, los ideales de género, las expectativas familiares, el uso del tiempo libre, las vicisitudes de las relaciones afectivas, incluyendo las relaciones de poder en lo íntimo, y las dificultades o facilidades en la articulación de las diversas esferas de la vida, y también, los costos en salud del sostenimiento de la hegemonía, tanto para quienes la ejercen como para quienes la padecen (Tajer. 2009, citado por Muñoz, N. 2011. Pág. 167)

Elementos claves que requieren ser tenidos en cuenta en los procesos de intervención profesional desde el Trabajo Social, en especial en este caso que se están analizando aquellos llevados a cabo con sujetos masculinos diagnosticados con enfermedades catastróficas, quienes tienen una experiencia de vida, unas relaciones, y unos significados de su existencia, además se encuentra el hecho de que por ser hombres la cultura del cuidado no logra tener un lugar preponderante en el ámbito de la salud, en razón de los aprendizajes de género hegemónicos en Colombia, lo cual debe ser retomado por el o la profesional a la hora de realizar el proceso de intervención con estos varones.

Así pues, la perspectiva de Género en relación con el abordaje de la salud, permite estudiar y analizar las situaciones y particularidades que tienen los hombres y las mujeres en la misma, reconociendo no solo la diferenciación entre el sexo, sino las demandas, problemáticas, necesidades, y situaciones a las que se ven enfrentados y cómo las resuelven de acuerdo a las capacidades que cada uno posee (Estrada, J. 2011), en este caso, orientándolas a los varones diagnosticados con enfermedades catastróficas. Retomando a Muñoz (2011), algunas contribuciones que hace la perspectiva de género en la salud pública se refieren a: la comprensión de su objeto, dado que contribuye a la explicación de las condiciones del proceso salud - enfermedad en hombres y mujeres, esto desde la dimensión epistemológica; en cuanto a la dimensión ético - política, permite comprender

las inequidades en salud en cuanto a los géneros; con referencia a lo metodológico, lleva a cualificar las intervenciones, y por ende, sus modelos y métodos de intervención, al igual que los procesos de formulación de Políticas Públicas en esta área; lo concerniente a la dimensión contextual se ve alimentado en la medida en que permite comprender los aspectos culturales, sociales, políticos y económicos de la salud; y por último, la dimensión ontológica se refuerza puesto que se hace necesaria una concepción de hombres y mujeres como sujetos partícipes en su salud, teniendo en cuenta sus características genéricas (Muñoz, N. 2011), elementos que permean la configuración y por ende el abordaje del objeto de intervención profesional para el Trabajo Social.

1.3.1 Momentos de la Investigación

Para la realización de esta investigación se contó con varios momentos, se inició con un **rastreo documental** con el fin de tener un acercamiento y conocimiento de las enfermedades catastróficas, la salud en los varones y la intervención del Trabajo Social en el campo de la salud pública; como también, de los estudios realizados sobre estos temas a nivel local, nacional e internacional, generando así conocimientos previos e identificar vacíos que permitieran direccionar el interés investigativo. Ya finalizada esta primera fase, se recolectó y se generó la información que permitió encaminar el objeto de investigación haciendo un abordaje interrelacionado con los temas mencionados anteriormente, dando paso a la **construcción del proyecto** en relación a la inquietud frente a los procesos de intervención desde el trabajo social con varones diagnosticados con enfermedades catastróficas en la ciudad de Medellín.

Luego, se elaboró el **trabajo de campo**, para el que se privilegió inicialmente un muestreo tipo **bola de nieve** la cual consiste en “conocer a algunos informantes y lograr que ellos nos presenten a otros” (Taylor, S y Bogdan, R. 1992. Pág. 109), pero ante la poca cercanía entre profesionales de diferentes instituciones, esto se modificó, optando por un muestreo intencionado en el que se generó contacto con el área de Trabajo Social en

instituciones donde se trabaja con personas diagnosticadas con enfermedades ruinosas, lo que se hizo por medio de correo electrónico o personalmente, en donde se explicaba la investigación y se acordó día y hora para realizar la entrevista; también se localizaron a través de correo electrónico. Por otro lado, los varones entrevistados fueron partícipes por medio de contacto propio que se hizo con ellos, y las expertas fueron remitidas por la asesora del trabajo de grado.

Para la generación de la información inicialmente se plantearon dos técnicas, una de ellas se debió suprimir, pues consistía en una observación no participante de encuentros de las profesionales con los varones, lo que no fue viable dado que la privacidad de los sujetos es un criterio ético que no se puede transgredir; por otro lado, se plantearon entrevistas semi – estructuradas que posibilitaron construir una conversación abierta y fluida con las y los participantes (Anexos 1, 2 y 3)

Con la información obtenida de las entrevistas ya transcritas en fichas bibliográficas, se inició con la **organización** de la misma, teniendo en cuenta la codificación, fue necesario partir de las categorías, subcategorías y descriptores, por lo cual se consideró útil establecer unos códigos que facilitaran agrupar la información teniendo en cuenta elementos centrales para el análisis e interpretación de los procesos de intervención profesional desde Trabajo Social, para tener mayor orden y por ende comprensión de los mismos, se utilizó colores específicos para su clasificación, siendo clasificados en una matriz por categorías, facilitando el análisis de los discursos de los participantes con las fuentes consultadas.

Seguidamente, se continuó con el **análisis e interpretación** de la información, con lo que se dio paso a **la triangulación** de esta, la cual es entendida como la reunión y cruce de la información generada en torno al objeto de estudio (Cisterna, F. 2005), siendo así se dio la triangulación de la información generada acerca de los procesos de intervención profesional desde Trabajo Social con sujetos masculinos diagnosticados con enfermedades

catastróficas, de la siguiente manera: se retomaron los documentos referentes al tema, la información generada con las entrevistas de las trabajadoras sociales, de las expertas y de los varones acerca del objeto de investigación, y por último el análisis de las investigadoras, esto con el fin de buscar tanto recurrencias como casos atípicos que se den en los procesos de intervención profesional, y lograr darle validez a la información generada, terminado el análisis se procedió con la escritura de lo hallado en esta investigación.

1.3.2 Criterios éticos que orientaron la investigación

La investigación tuvo como punto de partida el Código de Ética profesional de Trabajo Social, ya que fue fundamental el respeto hacia las personas que participaron en el proceso, es decir, a las profesionales de Trabajo Social y los varones diagnosticados con enfermedades catastróficas que fueron entrevistados, así como el respeto mutuo entre las investigadoras, con el fin de que todo fluyera de manera adecuada para lograr los objetivos propuestos; al igual se consideró de suma importancia reconocer el quehacer de las profesionales que participaron en el proceso, sin emitir juicios u opiniones que pudieran llegar a herir su honra, pues son profesionales que merecen respeto ante la importante labor que realizan, y no todos y todas pensamos de la misma manera, por ende no tenemos las mismas posturas y cosmovisiones, lo cual es clave respetar.

Por otro lado, la confidencialidad de la información generada mediante las entrevistas realizadas, fue un elemento fundamental para garantizar la privacidad de las palabras y actos que se presenciaron, en las que además se hizo entrega de un consentimiento informado (Anexo 4) en el que cada persona que participó en el proceso aceptó ser parte del mismo, además en este mismo fue explícita la garantía de la confidencialidad, y el anonimato. (Consejo Nacional de Trabajo Social. 2013).

Además de lo anterior, esta investigación implicó un análisis e interpretación de la información generada, la cual fue con fines meramente académicos, investigativos y formativos, con la intención de repensar los procesos de intervención profesional en el campo de la Salud pública, más puntualmente con sujetos masculinos diagnosticados con enfermedades catastróficas. En cuanto a los riesgos asumidos por parte de las y los participantes, en sentido físico fueron nulos, pues no se realizó algún procedimiento en el que se viera afectada su integridad, y en cuanto al aspecto biopsicosocial, se garantizó confidencialidad en la información, por lo que no se vieron afectados.

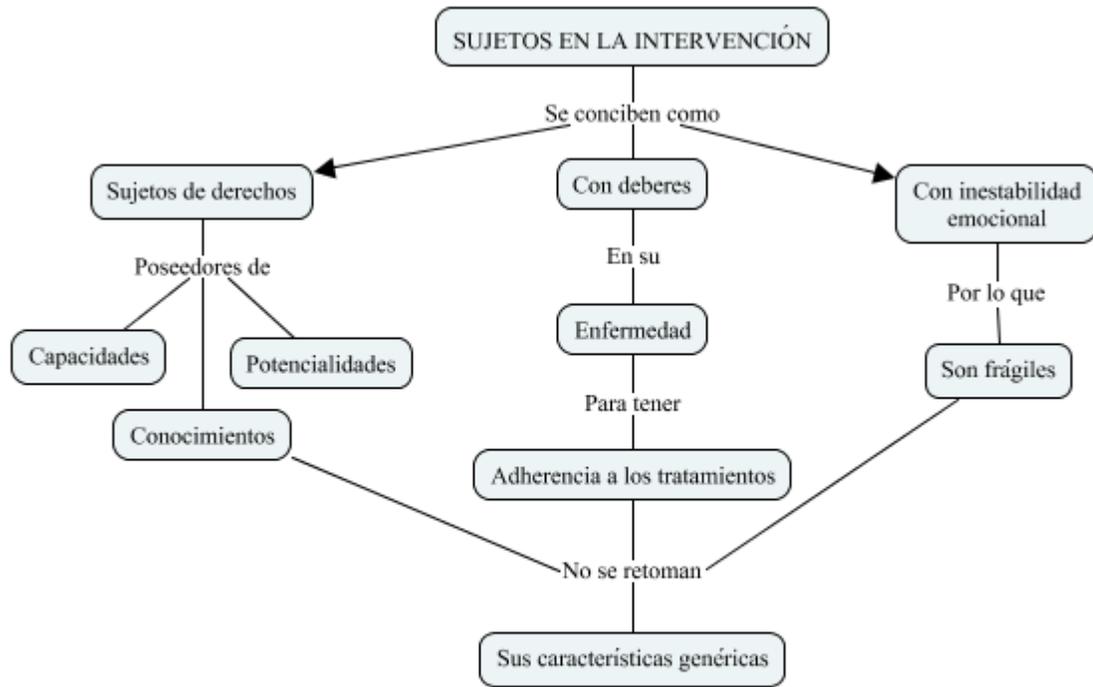


Gráfico 1. Mapa conceptual: la concepción del sujeto en la intervención de Trabajo Social

Fuente: elaboración propia

2. SUJETOS. TRABAJO SOCIAL CON VARONES

Los sujetos involucrados en la intervención del Trabajo Social juegan un papel central, ya que con ellos se tejen relaciones que permiten indagar sobre su historicidad, saberes y subjetividad para aportar a la solución de sus problemáticas en la cotidianidad. Así pues, al hacer una lectura de los procesos que realiza el profesional, se hace fundamental identificar y reflexionar las concepciones que tienen de los sujetos con los que interviene, reconociendo que esto está permeado por la postura ético política y teórica de cada profesional. Rosa María Cifuentes (2004) plantea que el reconocimiento de los otros y las otras “como sujeto, es un reto para cualificar y hacer políticas y estratégicas las intervenciones de Trabajo Social, desde las que se propicie el potencial humano en medio de circunstancias difíciles” (Cifuentes, R. 2004. Pág. 7)

Siguiendo a Vargas y Muñoz (2011), se tienen dos tendencias para concebir al sujeto que participa en la intervención profesional, la primera, se refiere al sujeto en cuanto a su condición individual y/o colectiva, y la segunda, parte de su reconocimiento con el status de ciudadanía. Desde la concepción de sujeto individual que se configura en lo colectivo, se reconoce su subjetividad, el significado que le da a la realidad, las situaciones que permean su manera de ser y estar en el mundo, siendo así, para la intervención es esencial reconocer su palabra, cotidianidad e historicidad, con el fin de explicar y comprender las situaciones que lo rodean en su vida cotidiana. Por otro lado, desde el punto del sujeto en lo colectivo, se requiere el reconocimiento de su condición de clase, en la cual entran en juego condiciones “estructurales, históricas, económicas, políticas, y sociales que inciden y condicionan su posición como colectivo adscrito a intereses societarios de amplias configuraciones.” (Vargas, P. 2011. Pág. 117).

Tomando como punto de partida estos elementos, al reconocer la importancia de la concepción de sujetos que se construya para el quehacer profesional se hace necesario definir el lugar que se le da a los sujetos masculinos diagnosticados con enfermedades catastróficas en el proceso de intervención desde Trabajo Social, a partir del enfoque de

género que permite analizar de manera equitativa las diferencias y similitudes que hay entre hombres y mujeres, para contribuir a la generación de cambios en la construcción tradicional hegemónica de la masculinidad.

2.1 Concepciones de los sujetos en la intervención

Dentro del reto que tienen las y los profesionales de Trabajo Social para concebir a las otras y los otros que están inmersos en los procesos de intervención, en los hallazgos de esta investigación, se pueden plantear tres tendencias en este sentido, que son: como sujetos de derechos, potencialidades y capacidades; como sujetos con deberes en torno a su enfermedad y adherencia a los tratamientos; lo que hace referencia a su condición de ciudadanía, entendiendo esta como la reciprocidad entre derechos y deberes, tanto de tipo individual como comunitarios; además de esto, se asume una connotación política, la cual se construye y deconstruye permanentemente, otorgando reconocimiento a los otros y otras (Vargas, P y Muñoz, N. 2011); por último la tercera tendencia, se les concibe como sujetos con inestabilidad emocional y/o frágiles.

Así pues, algunas de las profesionales entrevistadas conciben a los sujetos con los que intervienen como poseedores de derechos, con potencialidades y capacidades para enfrentar las situaciones adversas a las que se enfrentan, en este caso la condición de enfermedad catastrófica en la que se encuentran, específicamente lo expresan de las siguientes maneras:

“yo los veo como sujetos con muchas potencialidades, sujetos de derecho, que sienten, que piensan y que son capaz de generar sus propias herramientas”
(Entrevista 1. Trabajadora Social. 5 de mayo, 2017)

“Lo que pienso es que son personas muy valientes, porque igual estar enfrentados a un proceso de tratamiento como un cáncer, o una insuficiencia renal, o cualquiera de las patologías que presentan los pacientes, pienso que son procesos que lo enfrentan a uno a sacar lo mejor de sí de alguna manera para hacerle frente a la enfermedad [...] los veo como personas con mucha resiliencia, con muchas posibilidades en medio de lo que están atravesando” (Entrevista 3. Trabajadora Social. 11 de julio, 2017)

“lo vemos como un sujeto, como un usuario de derechos, un sujeto de derechos, a partir de ahí se hace la intervención” (Entrevista 6. Trabajadora Social. 26 de julio, 2017)

Lo expresado por las profesionales permite ver y reconocer que claramente se concibe a los sujetos desde una postura de derechos, siendo estos reconocidos como aquello que todo sujeto o comunidad espera de la sociedad y del Estado, dependiendo de las normas de la misma (Pratt, H. 2001), aunque, en este punto cabe ampliar la visión que se tiene acerca de los *derechos* en los procesos de intervención en este campo, pues al entrevistar a las profesionales en este tema, se logra descifrar que se refieren a estos en torno a su atención en salud, pero no hacen un énfasis en el empoderamiento de los mismos, por ende, se puede decir que hace falta reforzar el significado e importancia de conocer los derechos para la defensa de los mismos, que no sólo se enfoque en tener acceso a un tratamiento médico, sino también para lograr una atención en salud más amplia e integral, que supere la enfermedad como centro y permita potenciar estrategias que se dirijan a la promoción de la salud y la vida, con el fin de prevenir el padecimiento de enfermedades como las catastróficas.

También dentro de estas expresiones se puede ver que se concibe a los sujetos como seres que piensan y sienten, reconociendo su existencia en el mundo, el significado que le dan a la realidad, sus saberes, sus apuestas y su historicidad, es decir, su subjetividad; la cual se encuentra permeada por la construcción social y cultural del género, que influye en la manera en que los sujetos enfrentan los procesos salud - enfermedad, por lo que se hace necesario desde un enfoque de género, identificar las diferencias entre hombres y mujeres referentes al cuidado de sí. Estos son elementos esenciales para lograr un abordaje integral de la realidad de los sujetos involucrados en el quehacer profesional de

Trabajo Social en el campo de la Salud Pública, otorgándoles un lugar activo en su proceso salud – enfermedad, aportando desde los recursos y posibilidades con las que cuentan para afrontar las dificultades. Con los anteriores elementos, se da cuenta de la concepción de un sujeto que se configura en lo colectivo, y a partir de lo cual construye sus significados de la realidad y por ende la manera en la que enfrenta su cotidianidad.

Por otro lado, como la segunda tendencia encontrada, también se le reconoce a los sujetos diagnosticados con enfermedades catastróficas que hacen parte de los procesos de intervención como portadores de deberes, correspondiendo estos a las conductas que se esperan de un sujeto dada su posición, o por el hecho de hacer parte de un grupo (Pratt, H. 2001) lo siguiente es lo expresado por algunas de las profesionales que participaron en el proceso de generación de la información:

“básicamente lo que se trata es que el paciente sea el primer responsable del manejo de su enfermedad.” (Entrevista 2. Trabajadora Social. 17 de mayo, 2017)

“se le habla mucho sobre la adherencia para tener buenos resultados y se le explica toda la parte de la unidad renal, todas las políticas de la unidad renal, cuál es el manejo como se debe manejar dentro de la zona de diálisis, lo mismo con la familia.” (Entrevista 4. Trabajadora Social. 16 de junio, 2017)

“los usuarios conocen todos los deberes y derechos, y ellos los hacen cumplir del primero al octavo, pero los deberes son pacientes que no tienen esa adherencia y ese compromiso” (Entrevista 7. Trabajadora Social. 28 de julio, 2017)

Con lo anterior se evidencia el énfasis que se hace en los cuidados en torno a su enfermedad y la adherencia al tratamiento para lograr prolongar la vida en buenas condiciones, ante esto, el hecho de tener un compromiso con el cuidado de la vida es fundamental, pero se centra solo en la enfermedad, dejando a un lado esos otros contextos en los que se desenvuelven cotidianamente los sujetos, pues como lo plantea Edmundo Granda (2001):

Si reflexionamos por un momento, nuestro sector de la “salud” se halla delimitado por las responsabilidades y funciones que cumplimos con relación a la enfermedad. Basta recordar que más del 90% del presupuesto está dedicado a la enfermedad: atención médica en hospitales y ambulatorios. Muy pequeña cantidad de recursos se dedican a la promoción de la salud. En otras palabras, el sector “salud” es el sector de la “enfermedad. (Granda. 2001. Pág. 18)

Lo que es evidente en las palabras de las profesionales, pues a pesar de que se reconocen los altibajos que pueden tener los sujetos durante su proceso salud – enfermedad, es necesario reconocer que esto impacta directamente la manera de relacionamiento e interacción con sus seres allegados, siendo así, se evidencia que se está centrando la intervención en la enfermedad, y no se vincula todo el contexto del sujeto, lo cual es indispensable en la intervención profesional para que sea integral, y logre superar las barreras que impone al sistema de salud al estar netamente enfocado en las patologías.

Por último, se encuentra que en la intervención se hace un reconocimiento de la inestabilidad emocional en la que inician los sujetos su proceso de acoplamiento a una enfermedad catastrófica, lo que hace que sea difícil el proceso de asimilación de la misma, pero de igual manera se encuentran posturas desde las cuales los sujetos están en desvalimiento o fragilidad, pues como lo señalan algunas de las Trabajadoras Sociales entrevistadas:

“sujetos que en este momento están pasando por un estado, o una etapa de la vida que de pronto no es fácil” (Entrevista 1. Trabajadora Social. 5 de mayo, 2017)

“desde mi visión, al paciente uno lo ve frágil desde su enfermedad [...] la población que manejamos normalmente es de riesgo social” (Entrevista 2. Trabajadora Social. 17 de mayo, 2017)

“Hay que tener en cuenta que son personas que tienen una enfermedad muy compleja, que socialmente se ha pensado que la persona que tiene cáncer ya se va morir, entonces son personas que emocionalmente vienen con inestabilidad emocional muy elevada, entonces partimos de que es una persona con una cantidad de dificultades desde la salud” (Entrevista 5. Trabajadora Social. 23 de junio, 2017)

“ellos por estar en una condición de enfermedad sobre todo que estamos hablando de algunos que están con enfermedades catastróficas, son usuarios que están en un estado desvalimiento, es decir, que hay condiciones que hacen que ellos requieran mayor soporte” (Entrevista 6. Trabajadora Social. 26 de julio de 2017)

Si bien, es importante reconocer que la enfermedad en la vida de un sujeto trae cambios y altibajos, que se dimensionan en todos los ámbitos de su vida como lo son lo emocional, lo económico, lo familiar y lo personal, pues el proceso salud – enfermedad involucra todo el contexto de cada persona, el hecho de tomar una postura en la que lo sobresaliente de los sujetos sea *una incapacidad, o fragilidad*, influye directamente en la manera en que se involucra a estos en la intervención, pues la manera en que se hace partícipe a los otros u otras en el proceso es indispensable para lograr transformaciones en sus vidas, y en la garantía de sus derechos.

Así pues, se valora el hecho de que algunas profesionales reconozcan las implicaciones que tiene una patología de este tipo a nivel emocional, de relacionamiento y de aceptación por parte de las personas, con esto indiscutiblemente se están reconociendo las enfermedades catastróficas como situaciones que permea la existencia de los sujetos, teniendo una influencia en su cotidianidad y significados que le den a la realidad, pero, al tener una concepción desde lo negativo, implica una limitada visión de sus capacidades y recursos para afrontar y aprender de las crisis que afronta en su ciclo vital, lo que influye directamente en los procesos de intervención, limitando el accionar y el empoderamiento de los sujetos a su realidad. Además, se debe tener en cuenta su condición genérica, pues se está hablando de varones que se enfrentan a una enfermedad catastrófica, que presentan riesgo social e inestabilidad emocional dada la condición en la que se encuentran, por lo que es fundamental reconocer su subjetividad y construcción de la realidad que como varones poseen, pues desde allí se puede aportar en gran medida desde la intervención profesional, ya que se permite ampliar el panorama de lo que sucede en la cotidianidad de los sujetos y aportar desde estos elementos a la transformación de su realidad.

2.2 Los varones en la intervención

Siguiendo a Marta Lamas (1995), la distinción sexual permite establecer las relaciones y la manera cómo se organiza la sociedad, siendo el género una categoría cargada de significados que enmarcan una cultura en particular, en donde se empiezan a crear unos códigos y símbolos; en este sentido la conducta de las personas se llena de objetividad y de subjetividad en donde se tiene una serie de ideas, comportamientos y funciones que son concebidas como propias a los hombres y las mujeres (Lamas, M. 1995), a estas características se les suman los rasgos o apariencia personal, las actitudes y comportamientos, entre otros. (Estrada, J. 2011) El género permite explicar los factores que generan desigualdades entre hombres y mujeres, a su vez facilita transformar esa realidad existente; en cuanto a la salud, el conocimiento de estas desigualdades lleva a emprender acciones que le hagan frente para procurar su disminución o eliminación. (Estrada, J. 2011).

Teniendo en cuenta lo anterior y la ruta que sigue la presente investigación en torno a la intervención del Trabajo Social con varones diagnosticados con una enfermedad catastrófica, se encontraron algunos elementos que llaman la atención en cuanto a las diferencias entre hombres y mujeres al momento de asumir su enfermedad, como por ejemplo:

“las mujeres tienen una mejor adherencia que los hombres a los tratamientos, pero en ocasiones esos hombres que tienen un buen soporte social tienen una mejor adherencia que el que no los tiene, por ejemplo, un paciente que tenga, así decirlo un cáncer, y tenga una esposa comprometida con hacerle las autorizaciones que requiera, estar pendiente de los medicamentos, pues que cumpla con las citas, va tener mejor adherencia que al que le tocó ir hacer la vuelta él” (Entrevista 2. Trabajadora Social. 17 de mayo de 2017)

“uno nota de que al hombre le da más dificultad como asimilar este proceso de enfermedad, el hombre es mucho más dependiente, [...] porque algunos hombres proveedores económicos entonces ya les implica dejar de trabajar, venir a una diálisis tres veces en la semana, ellos que manejan el poder de autoridad como desde la misma economía, entonces ya dicen ‘yo ya me siento a un lado’, a ellos si les da como mayor dificultad” (Entrevista 4. Trabajadora Social. 16 de junio, 2017)

“Culturalmente los hombres son más precisos, un poquito más concisos en la información que dan, pues es lo que uno se encuentra normalmente [...] las mujeres vamos un poquitico más al detalle, los hombres son mucho más reservados” (Entrevista 5. Trabajadora Social. 23 de junio, 2017)

“en los varones pienso que es mucho más difícil, porque la mujer realmente aceptan un poco más la enfermedad que el mismo hombre, el hombre no la acepta” (Entrevista 7. Trabajadora Social. 28 de julio, 2017)

Si bien, se reconocen aspectos asociados a lo cultural, como que: los hombres no son muy abiertos para expresarse, que el ámbito en que más se afecta dada la construcción cultural y social que hay de la masculinidad es lo laboral y por ende lo económico, que no se ven tan receptivos ni adherentes a los tratamientos, que las mujeres se destacan más en esto, y que cuando un varón tiene compañía de alguna mujer le es más fácil seguir con los cuidados; esto debe trascender el hecho de reconocerlos a ser leídos, analizados, y apropiados para que los procesos de intervención no se limiten, sino que permitan particularizar, teniendo en cuenta los elementos social y culturalmente construidos frente a los roles femeninos y masculinos, en donde hegemónicamente se encuentra la mujer como cuidadora, pero es necesario cuestionar y transformar la postura de los varones entorno al cuidado de sí, pues desde sus conductas tradicionales, no encuentran importancia en el autocuidado y apropiación de sus procesos salud - enfermedad.

Por lo anterior, se hace necesario retomar como referente teórico la perspectiva de género en los procesos de intervención de Trabajo Social, y de esta manera apostarle desde la profesión a la equidad y la participación de hombres y mujeres, en diferentes ámbitos como la salud, con el fin de que en cada caso se logre un mayor impacto, pues se encontró que las profesionales expresan:

“desde la intervención profesional, es igual, es igual como la intervención; como te explico yo siempre hago un encuadre que lo hago igual con un hombre que con una mujer” (Entrevista 3. Trabajadora Social. 11 de julio, 2017)

“realmente diferenciar entre varones y mujeres es muy complicada por qué, porque no hay un instrumento, ni hay una forma de intervención que uno diga si es hombre lo voy a hacer así y si es mujer lo voy a hacer así” (Entrevista 6. Trabajadora Social, 26 de julio, 2017)

De lo anterior, se evidencia que a pesar de que las profesionales reconocen diferencias entre hombres y mujeres, y parten de de las particularidades de cada sujeto, se hace necesario reforzar la importancia de la perspectiva de género, de manera tal que se aporte a la lectura de maneras de asumir la enfermedad por parte de los varones, lo que permite acercarse más a la comprensión de las particularidades de cada sujeto, pues es fundamental entender que la construcción genérica marca diferencias entre hombres y mujeres en su forma de ser y estar en el mundo, elemento que aporta a un abordaje de manera integral, pues como lo expresan algunas de las expertas en el tema entrevistadas, se hace necesario:

“tener en cuenta que ellos también pueden aportar a todo lo que tiene que ver con lo emocional, lo que tiene que ver con la expresión de los sentimientos, con la expresión del dolor y en esa medida brindar una atención mucho más clara a los hombres, no partir del hecho que el hombre es fuerte y minimizar sus enfermedades por ejemplo” (Entrevista 9. Experta. 23 de mayo, 2017)

“o sea el hombre asume una enfermedad ordinaria, cualquiera, normal, de una manera y la mujer de otra, y las enfermedades catastróficas es igual.” (Entrevista 10. Experta. 1 de junio, 2017)

También se hace necesario retomar particularidades de los varones como:

“percepción de sí [...]cómo vivencia la condición del dolor un masculino, la nombra, la describe, o la pasa por el cuerpo con la lágrima [...] las prácticas [...] los elementos del discurso: encubren, limitan, no describen [...] pasa por la palabra, por el cuerpo, por la quimioestesia, pasa por el gesto, por el cómo nombra, describe y cita, o sea hay que tener en cuenta todo [...] la expresión emocional (Entrevista 8. Experta. 19 de mayo, 2017)

Con los anteriores planteamientos, se hace evidente que en la intervención desde el Trabajo Social en el campo de la Salud Pública, en específico en lo hospitalario, se hace necesario reforzar elementos de género, que permitan tener claridades en las características diferenciadoras que tienen los hombres y mujeres, pues siguiendo a Muñoz (2011):

Entender las lógicas de construcción sociocultural de la subjetividad, de acuerdo con el género, implica para discursos instituidos como la salud pública, direccionar de manera oportuna y pertinente, políticas que procuren el bienestar tanto de hombres como de mujeres, en respuesta a la equidad como valor insoslayable de la salud pública. (Muñoz, N. 2011. Pág. 171)

Por lo tanto desde el accionar profesional del trabajo social, se pueden generar aportes encaminados a la construcción de políticas públicas equitativas entre los hombres y mujeres, teniendo en cuenta que en nuestro contexto, prima una construcción hegemónica de masculinidad en donde se pueden tener según De Keijzer algunas “ventajas” para el varón, pero que se pueden transformar en una amenaza directa para su salud, como lo son “una mayor independencia, la agresividad, la competencia y la incorporación de conductas violentas y temerarias en aspectos tan diversos como la relación con vehículos, las adicciones, las relaciones familiares y la sexualidad” (De Keijzer, 2003. Pág. 138), los cuales son elementos a tener en cuenta para la intervención como profesionales pues hace parte del contexto de los varones, que tienen directa influencia en su salud.

Como se planteó antes, la atención en salud está centrada en la enfermedad, lo que se agrava más para los varones en nuestro país, ya que dicha atención está enfocada en las mujeres (Entrevista 9. Experta. 23 de mayo, 2017; entrevista 11. Experta. 13 de junio, 2017), siendo así ¿En dónde quedan los varones? y ¿Cómo hacer verdadera promoción de la salud? Pues es el momento de vincular elementos de género desde el quehacer profesional de Trabajo Social, para darle un lugar a los varones que son parte de esos procesos de intervención, a través de acciones diferenciadoras de género, teniendo en cuenta las diferencias que existen entre hombres y mujeres para apostarle a una transformación a la construcción cultural de la masculinidad, apostándole a una atención a

la salud más equitativa, donde se genere una apropiación de la responsabilidad del cuidado de de sí en los varones.

Con lo planteado, se puede decir que el lugar que se le da a los varones diagnosticados con enfermedades catastróficas en los procesos de intervención desde el Trabajo Social, limita de cierta manera el impacto que se puede tener con el quehacer profesional, pues se hace necesario partir de un enfoque de género, para lograr comprender la realidad de los masculinos, y a partir de allí direccionar acciones que permitan identificar sus situaciones particulares, como lo que permea su existencia, el momento en el que se encuentre el sujeto, hacer énfasis en su subjetividad, en sus sentires, lograr una empatía tal que se pueda permitir la expresión de lo que tanto les da dificultad decir, y no quedarse sólo en la palabra, sino leer conductas y expresiones, pues en la realidad en la que están inmersos es preciso comprenderlos y no poner barreras sino ampliar las posibilidades para comprender su cotidianidad y la manera cómo la enfermedad que están asumiendo permea su concepción de la realidad y significados.

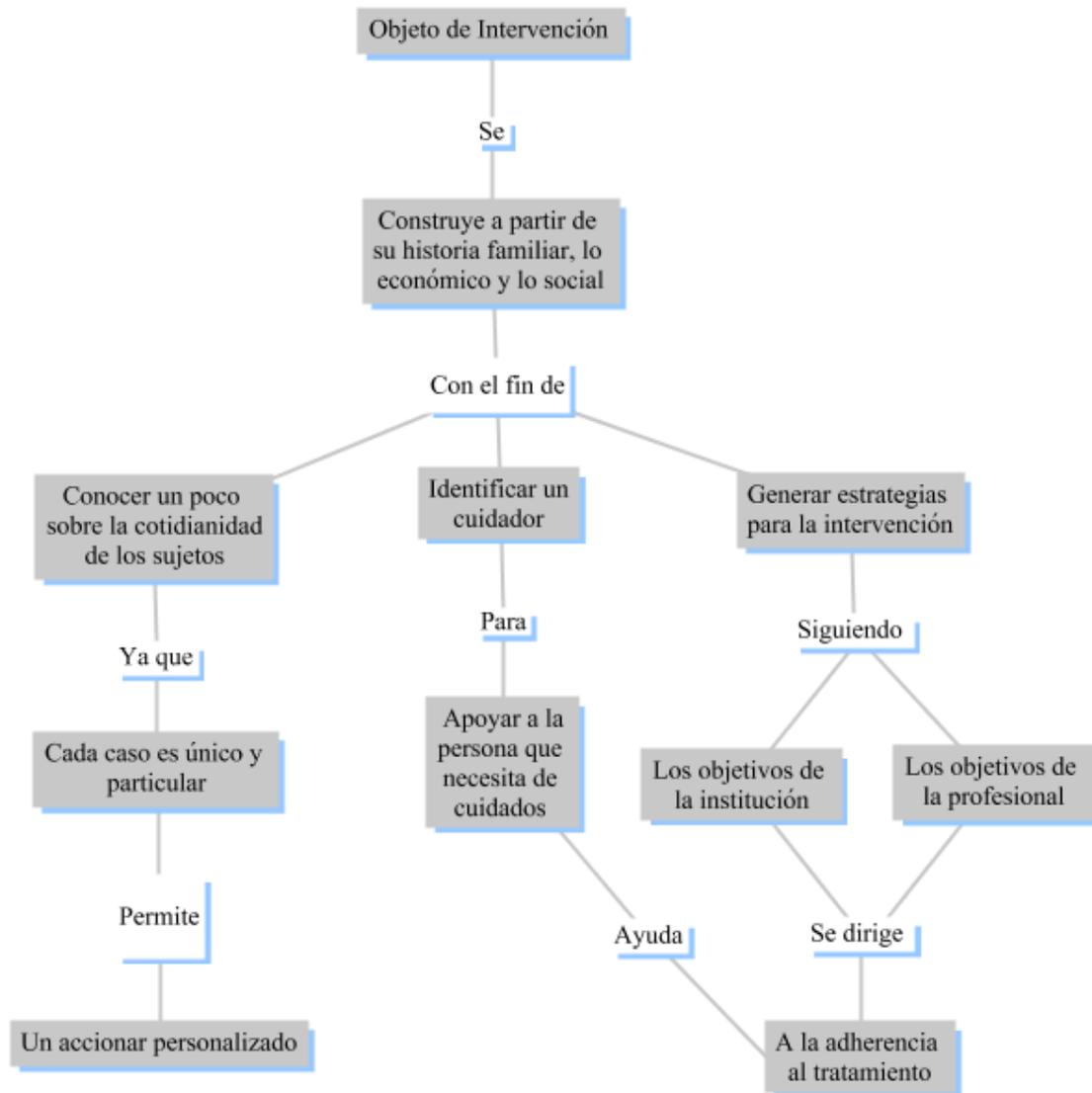


Gráfico 2. Mapa conceptual: objeto de intervención

Fuente: elaboración propia

3. ¿EN QUÉ SE INTERVIENE DESDE TRABAJO SOCIAL?

Para hablar sobre el objeto de intervención, Rosa María Cifuentes (2004) retoma a Molina y Romero (1999) quienes se refieren a este como la relación existente entre el sujeto y a la situación presente, es decir, las necesidades sociales en las que se encuentra inmerso y la tensión presente entre el sujeto y la problemática. Esta misma autora recoge lo planteado por el Consejo Nacional para la Educación en Trabajo Social, afirmando que el objeto de intervención es entendido como aquello que la profesión busca conocer y transformar, posibilitando una articulación de lo teórico, lo metodológico, las técnicas, la formación y la praxis, lo cual permite tanto el reconocimiento como la construcción de campos de acción. (Cifuentes. 2004) Teniendo esto en cuenta, es clave resaltar que el objeto de intervención no es meramente una problemática, sino que “debe ubicarse en el ámbito complejo de lo humano, de las permanentes vicisitudes que dinamizan y transforman las interacciones, la vivencia intersubjetiva y, por tanto, la vida cotidiana” (Muñoz, 2008; citado por Vargas P, y Muñoz, N. 2011), lo que permite entender a los otros como sujetos sociales con un contexto histórico, lo cual permea su existencia, y en fin último es lo que conforma el escenario que posibilita tanto la configuración del objeto, como la intervención profesional como tal.

El objeto de intervención no es una construcción que se presenta de manera empírica, sino que se hace relacionando lo teórico con lo práctico, como lo plantea Margarita Rozas (1998):

La intervención tiene una matriz teórica que la sustenta y un instrumental metodológico que le permite recrear dichos conceptos en la realidad social. [...] realidad y conceptos se relacionan dialécticamente como construcción de un saber especializado y mediados por una metodología (Rozas, M. 1998. Pág. 59).

Entonces para la configuración del objeto de intervención se parte de la cotidianidad de la vida de los sujetos y en cómo se expresan sus necesidades, comprendidas en carencias, dificultades o demandas, que requieren ser transformadas; para fundamentar esa intervención se requiere de la teoría para darle sentido a esta, pues

como equivalente teórico de un fenómeno, estamos intentando asumir una posición constructivista –construcción como contrapuesta a reproducción del dato- según la cual el problema es una forma de expresión de lo social, a la cual no se accede directamente, sino a través de mediaciones que tratan, desde distintas perspectivas, de reconstruir las relaciones entre las expresiones de lo real y sus significaciones (Aquín, N. 1995. Pág. 1).

Por lo tanto, para la presente investigación es importante analizar cómo se construye ese objeto que orienta los procesos de intervención en Trabajo Social con varones diagnosticados con enfermedades catastróficas, teniendo en cuenta que el objeto de intervención puede corresponder a una necesidad, problema o fenómeno social y sus manifestaciones en un contexto específico.

3.1 Objeto de intervención en los procesos con varones

Los objetos construidos en los procesos de intervención requieren el planteamiento de soluciones estratégicas para hacerle frente a los mismos. Desde las entrevistas realizadas se encontró que se tienen en cuenta varios factores para guiar el proceso en el campo de acción y por ende construir el objeto, como lo son la historia familiar, la condición socio – económica, el estado de salud de los sujetos, entre otros, ya que tener estos elementos en cuenta permite conocer un poco sobre la cotidianidad de los sujetos involucrados, lo que lleva a generar estrategias para un acompañamiento más acorde a su realidad social, abordando todos los ámbitos del contexto en el que se encuentran con quienes se interviene, pues como lo señala una de las Trabajadoras Sociales:

“ellos vienen con unas problemáticas que no sólo son su enfermedad, sino que de esa enfermedad se derivan muchas otras que son familiares, sociales, económicas”
(Entrevista 1. Trabajadora Social. 5 de mayo, 2017)

Siendo así, las y los profesionales al tener en cuenta esos factores o características sociales propias de cada persona con la que está llevando un proceso de intervención, le va a permitir la configuración de su objeto de intervención. En el caso del área de la salud esa

construcción se realiza mediante la interacción entre la o el profesional de Trabajo Social, el sujeto diagnosticado con una patología y su familia, a través del diálogo guiado por unas preguntas claves que permitan conocer más a fondo la realidad de esa persona y acorde a la información generada construyen el objeto de intervención que direcciona el accionar, como lo expresa una de las profesionales entrevistadas:

“vos como Trabajador Social tenés que mirar en qué profundizar, porque no hay como un manual realmente que te diga: si este es el caso haga aquello, si éste es el caso haga esto... No, vos tenés que ir conociendo al paciente y su familia, y tenés que ir mirando también qué intervención hacer, no hay como algo predeterminado que te diga”. (Entrevista 3. Trabajadora Social. 11 de julio, 2017)

De lo anterior se confirma que es fundamental para los procesos de intervención definir el foco de la misma, para lo que se debe partir de conocer esas particularidades de los sujetos, lo que permite dotar de unas características propias cada proceso según lo construido, por lo tanto cada caso es único y es necesario profundizar en aspectos que se consideren importantes para poder construir ese objeto e intervenir en él. Otro factor al que se le da importancia en el momento de la construcción del objeto de intervención es la identificación de cuidadores o cuidadoras de esas personas que se encuentran en condición de una enfermedad de alto costo, quienes han asumido un rol social que ha sido catalogado y delegado como un trabajo femenino, en el cual se tiene la creencia que “Ocuparse de los demás es lo que hacen las mujeres buenas y las personas que se ocupan de los demás hacen un trabajo de mujeres. Ellas se dedican a otros, son sensibles a sus necesidades, atentas a sus voces...Y se sacrifican” (Arango, L. 2011. Pág. 17), a partir de estas creencias se debe trabajar y educar en el rol que asume el cuidador, que es una responsabilidad de la cual debe apersonarse, esto con el fin de que tengan conocimiento de los cuidados que necesita la persona en condición de una enfermedad, pero también en pro de su propio cuidado en salud, ya que en ocasiones ese cuidador descuida su propia salud, esto sin importar si es hombre o mujer, pues se hace necesario generar ruptura con las concepciones tradicionalistas de los roles masculinos y femeninos.

Reconociendo el lugar importante de quienes asumen el papel de cuidadores, una de las Trabajadoras Sociales expresa:

“entonces identificar un cuidador que muchas veces no tiene que ver con la familia, implica pues como un dato importante [...] dentro del hospital tenemos muchísimos grupos educativos donde ese cuidador también empiece a cuidarse, cierto, porque si estamos hablando de pacientes crónicos, la tarea de cuidar se convierte en una actividad importante y que ocupa mucha parte del día para ese cuidador” (Entrevista 2. Trabajadora Social. 17 de mayo, 2017)

Lo que da cuenta de la importancia de cuidar al cuidador. El hecho de poder hacer una intervención dirigida a los y las cuidadoras, permite que el impacto de esta sea mayor, ya que no solo se va tener en cuenta a los varones diagnosticados con enfermedades de alto costo, sino también a la persona que lo está acompañando en el proceso, lo que permite que el accionar genere más estrategias y apuestas desde el ejercicio de la profesión, ampliando así la concepción de los procesos salud - enfermedad.

En relación con lo anterior, se resalta que cada intervención que las Trabajadoras Sociales entrevistadas realizan se hacen de manera particularizada, pues se tienen en cuenta las características de cada sujeto, lo cual permite que sea un accionar personalizado reconociendo lo propio de la persona, sin embargo se evidencian algunos vacíos en lo que respecta a las condiciones genéricas, pues aunque se hace reconocimiento de algunos detalles, estos se pueden ampliar de manera considerable con el reconocimiento de las diferencias existentes entre hombres y mujeres al momento de asumir la enfermedad.

Además, se encontró que el objeto de intervención principal es el tratamiento de la enfermedad, y adherencia a los tratamientos, pues aunque lo señalan como trabajar en pro de la salud, en realidad se centra en la patología, como lo menciona una de las profesionales entrevistadas al referirse al tema:

“La salud, siempre una de nuestras metas o de nuestros fines es, motivar la adherencia al tratamiento [...] siempre como toda esta intervención va enfocada a que el paciente esté estable dentro de su enfermedad [...] ese es el foco principal, la salud del paciente [...] uno trata como de que esta enfermedad sea un poquito más llevadera, uno trata como de hacerles ver eso.” (Entrevista 1. Trabajadora Social. 5 de mayo, 2017)

De lo anterior se puede inferir que el accionar del profesional también se encuentra permeado por los objetivos que plantean las instituciones en las que trabajan el o la Trabajadora Social, lo que en algunas ocasiones puede limitar su quehacer, ya que esta intervención se enfoca en el tratamiento de la enfermedad y no se encuentran vinculadas a otras estrategias como la promoción de la salud o el cuidado de sí en los varones, lugar en que la profesión puede generar grandes aportes por medio de la perspectiva de género.

Así pues, reconociendo que desde la intervención se busca potenciar las redes de apoyo de los sujetos, para garantizar un mejor acompañamiento para ellos, lo que se hace de manera particularizada, se encuentran grandes retos para las y los profesionales que desempeñan su labor en este campo, pues al enfrentarse a una enfermedad ruinosa los impactos generados son muy fuertes, y más aún en los varones ya que la construcción de la masculinidad ha llevado a que se generen barreras para que ellos expresen sus sentimientos, al enfrentarse a una enfermedad de este tipo que trae grandes cambios en sus vidas y en las dinámicas familiares, provoca fuertes choques a esas concepciones tradicionales de lo que es ser un hombre y el rol que deben desempeñar tanto en la familia como en su vida social, en las que se supone que deberían ser productivos, tener iniciativa y mandato, asumir riesgos, capacidad para la toma de decisiones asertivas, ser autónomo, demostrar su fuerza, tener disposición de mando y ocultamiento de las emociones (Faur, E. 2004), elementos que son impactados directamente por una enfermedad catastrófica, pues este tipo de patologías genera cambios significativos tanto física como emocionalmente en la vida de los varones, lo que puede ser muy difícil de asumir gracias a la construcción hegemónica de masculinidad.

Es por esto que esas características que se instauran en lo cultural, son elementos que se deben tener en cuenta en la construcción del objeto de intervención para direccionar el quehacer desde el Trabajo Social, ya que tienen que pensar cómo hacer frente a esta situación vinculando a la familia, como lo expresa una de las expertas entrevistadas:

“cómo preparar y acompañar a la familia en esos nuevos roles o en esas situaciones, mejor dicho, los condicionantes que permitan que esa situación no sea

grave, pues que el desajuste no sea mayor” (Entrevista 12. Experta. 23 de mayo, 2017)

Además, se hace necesario particularizar las intervenciones reconociendo los significados de los varones en condición de una enfermedad catastrófica, lo que trae cambios en su vida cotidiana y cómo enfrentarse a ello, poder reconocer esas particularidades, y orientar la intervención desde éstas, pues una de las profesionales señala:

“eso es lo que más los marca y la parte de dependencia, también me tienen que ayudar a vestir, me tienen que ayudar a levantar de la cama, me tienen que ayudar a comer entonces perder esa independencia también los marca muchísimo a ellos, y la parte sexual es lo que más pienso que los lastima en su ego, porque muchos por los medicamentos, por el tipo de diagnóstico y por los malestares que producen la enfermedad, sexualmente no pueden cumplir su rol como compañero y eso los afecta también bastante y es muy difícil que te cuenten algo sobre eso, tenés que buscar hasta que vos encontrés algo, pero ese tema aunque es muy sentido en ellos no lo manifiestan con mucha frecuencia.” (Entrevista 5. Trabajadora Social. 23 de junio, 2017)

Por lo tanto, para las y los profesionales que trabajan en el área de la salud deben tener en cuenta varios elementos para la construcción de su objeto de intervención y definir sus objetivos, por lo que se hace necesario reconocer las particularidades genéricas, pues desde los hallazgos de esta investigación, se encontró un vacío en esto, lo que es fundamental, pues permite una visión más amplia en la forma en que un varón pueda asumir su enfermedad, significarla, afrontarla y desenvolverse en su cotidianidad.

Por otro lado, si bien estos focos en los que se centra la intervención profesional permiten poner a conversar todos los elementos que la fundamentan, esto se podría ampliar apostándole a la prevención de la enfermedad y promoción de la salud, y no meramente al tratamiento de las patologías, es decir, procurar un trabajo antes de que un varón llegue a ser diagnosticado con una enfermedad catastrófica, más no hacerle abordaje en el momento en que ya se requiera un tratamiento para su atención, lo que se debe hacer vinculando a las

familias, al igual que se debe apuntar a un empoderamiento de los derechos, así lo plantea una de las expertas entrevistadas:

“Trabajo Social también me forma en empoderamiento [...] le enseñamos también al paciente que reconozca la red de servicios [...] enseñamos a que reclame derechos [...] enseñamos cuales son las rutas de atención [...] intervenir los diferentes frentes que configuran la realidad de una persona que enferma, pero también entender por qué una persona enferma [...] de educar y acompañar pa’ salvar vidas, pero también para que el otro sepa moverse de manera independiente en un sistema.” (Entrevista 8. Experta. 19 de mayo, 2017).

Así pues, se reconocen los aportes que se hacen desde Trabajo Social con el acompañamiento a los sujetos en el sector salud, pero el reto se encuentra en poder superar lo que ya se hace y lograr generar transformaciones de mayor impacto, pues no se trata solamente de tener como centro el tratamiento de la patología como tal, sino los otros medios que se han mencionado, como el empoderamiento de derechos, formular y ejecutar programas que en realidad apunten a una promoción de la salud y prevención de la enfermedad, lo cual reclama que sea abordado desde la perspectiva de género, pues los varones también se enferman, y tienen mucho que expresar, pero en el sistema de salud todo se centra en atención a la enfermedad y sus programas van dirigidos especialmente a las mujeres y a menores de edad, entonces para hablar de una equidad de género también hay que vincular a los varones en los procesos salud – enfermedad, e ir poco a poco rompiendo con esa construcción hegemónica de la masculinidad.

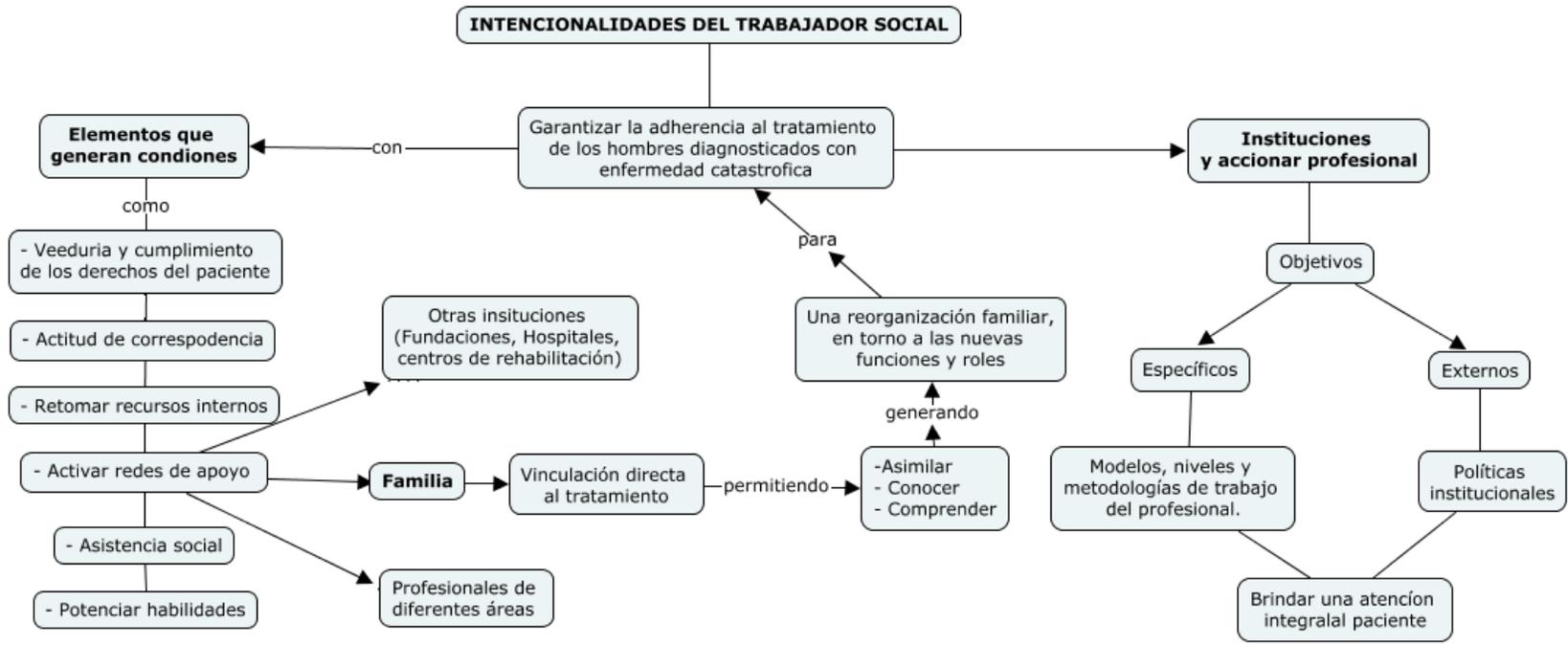


Gráfico 3. Mapa conceptual. Intencionalidades de la intervención.

Fuente: elaboración propia

4. INTENCIONALIDADES EN EL QUEHACER

La intervención fundada o fundamentada en Trabajo Social tiene unas intencionalidades, las cuales la dotan de sentido, estando compuestas por los objetivos con los que se aborda el objeto de intervención, siendo así, el accionar profesional no queda reducido meramente a lo instrumental. Cifuentes (2004) define las intencionalidades como “plurales, contextuales, complejas; para comprenderlas, es importante relacionar los contextos, políticas sociales y propuestas institucionales, con las necesidades y demandas sociales y las opciones personales y profesionales de los y las trabajadores/as sociales.” (Cifuentes, R. 2004. Pág. 8). Así pues, es importante resaltar que las intencionalidades permiten comprender la manera en que se da el accionar, y el sentido que se le otorga a la misma.

Como uno de los componentes que marca de manera trascendental la intervención, las intencionalidades se encuentran conformadas por fines, metas u objetivos que direccionan la acción de él o la Trabajadora Social frente al objeto de intervención o situación social a la cual se quiere generar un cambio. No obstante, es preciso mencionar que ese quehacer del Trabajo Social responde a dos tipos de objetivos, que son:

Objetivos externos: en tanto se orienta por los objetivos de las instituciones, de las políticas sociales o de los grupos en los cuales interviene.

Objetivos específicos: que corresponden a los modelos y niveles de intervención que constituya la metodología específica de Trabajo Social. (García, S. 1998. Pág. 45)

Siendo así, las intencionalidades de las y los profesionales en Trabajo Social también se encuentran enmarcadas de manera directa o indirecta en las políticas de las instituciones, organizaciones, comunidades u otro tipo de organizaciones en la que se enmarque el accionar, permeando su configuración, lo que hace que se busquen maneras de confluir con los intereses de las instituciones, y a su vez, lo que como profesional se propone lograr en su intervención. En el presente capítulo se identifican las

intencionalidades que se tienen en la intervención profesional con varones diagnosticados con enfermedades catastróficas, esto retomando la voz de las profesionales entrevistadas.

4.1 Las instituciones de Salud y las intencionalidades de las profesionales

Con la información generada en la presente investigación, según lo manifestado por las Trabajadoras Sociales, se encuentra un punto importante en las posturas institucionales, ya que esto enmarca una manera particular de ver a los pacientes con los que se trabaja, y por consiguiente genera una forma de interactuar y accionar con los mismos, es por esto que las intencionalidades deben articular la postura profesional e institucional (Cifuentes, R. 2004)

Así pues, se encontró que las instituciones de salud en relación a la atención de los varones diagnosticados con enfermedades catastróficas, tienen como prioridad al paciente, y por ello desde Trabajo Social se hace un arduo trabajo en pro de garantizar una buena adherencia al tratamiento, garantizando condiciones aptas para el mismo, evitando recaídas y hospitalizaciones, lo que genera altos costos a las instituciones de salud y es una de las situaciones que se debe evitar, así lo menciona una de las profesionales:

“es muy importante garantizar, pues como que el paciente tenga continuidad en los tratamientos, pero también, [...] el proceso que manejamos al interior del hospital en Trabajo Social está que el paciente al alta, [...] tenga ya manejados e intervenidos todas esas dificultades sociales que podrían afectar el alta [...] verificar y hacer veeduría que sí se esté haciendo el tratamiento que requiere el paciente” (Entrevista 2. Trabajadora Social. 17 de mayo, 2017)

Al entablar una conversación sobre el plan de acción que se lleva a cabo por parte del profesional, queda al descubierto la función y los objetivos que tiene la institución en relación a los pacientes y la concepción que se tiene del Trabajo Social en el área de la salud. En algunos relatos se puede vislumbrar cómo Trabajo Social cumple más que un rol de mediación entre la institución y el sujeto diagnosticado, ya que desde su intervención se

puede ver como confluyen diferentes intereses de los actores que estén involucrados, pero todos con un mismo fin, y es el de generar un mayor bienestar y mejorar la calidad de vida al paciente; un caso puntual es en la unidad de diálisis, en donde se tiene como objetivo que el paciente tenga adherencia al tratamiento, entonces lo que busca la trabajadora social allí es que:

“entre más apoyo tengan frente a la enfermedad, mientras más elementos tengan de cómo asumirlo, de cómo deben enfrentar el tratamiento, va también a elementos de control para asumir lo que está pasando, o para después continuar el tratamiento, porque lo que buscamos es que en casa se pueda continuar, y que en casa se logre también resultados óptimos, favorecedores para el tratamiento.” (Entrevista 3. Trabajadora Social. 11 de julio, 2017)

Si bien, el accionar desde Trabajo Social se reconoce y exalta en estas instituciones, es preciso destacar que el mayor objetivo es la adherencia a los tratamientos, tanto por parte de las profesionales como de las instituciones, lo que enmarca las intencionalidades en la enfermedad y limita el alcance que puede tener la intervención, y a pesar de que se logra posicionarse como una profesión aliada para intervenir en situaciones particulares en la vida de los pacientes a nivel del proceso salud - enfermedad, esto se puede ampliar con aportes a nivel científico, investigativo, promocional, y preventivo, como bien lo menciona Natalio Kisnerman (1981):

Los objetivos del Trabajo Social, por lo tanto, se insertan en los objetivos generales de la institución de salud, de la que forman parte, enfocados desde el punto de vista de las necesidades y los problemas sociales. Como son tan complejos, deben ser alcanzados en forma progresiva mediante objetivos específicos, que necesariamente deben tener relación entre ellos para poder cumplir los generales de promover, prever, recuperar y rehabilitar la salud. (Kisnerman, N. Pág. 122)

Haciendo énfasis en el caso de la atención a varones en condición de una enfermedad catastrófica, la profesión se encuentra con retos importantes a la hora de afrontar esta situación, y desde ahí es pertinente hacer un llamado a asumir una postura desde la perspectiva de género, que permita orientar los procesos de manera tal que generen mayor impacto en los masculinos, para lo que es fundamental recrear los aprendizajes construidos durante la formación académica y la experticia que tengan en este contexto, para con esto lograr ampliar el accionar al igual que la concepción del Trabajo Social que

tiene el equipo de trabajo. En las entrevistas realizadas, el coordinador de una Unidad Renal expresó lo siguiente frente al quehacer de Trabajo Social:

“Para nosotros una de las metas es mantener el índice de pacientes, que la unidad esté llena, y que los pacientes tengan facilidad en el acceso a la terapia, ahí es donde juega un papel muy importante la Trabajadora Social, pues ella maneja todo el aspecto social del paciente, es la encargada de hacer el estudio psicosocial, de ver la vulnerabilidad que tiene, si necesita apoyo de la empresa para alguna circunstancia en particular: transporte, un auxilio de alimentación, etc; y es la encargada de la ubicación del paciente cuando no pueda estar en esta unidad” (Entrevista 15. Coordinador Unidad Renal. 11 de agosto de 2017)

Aunque con esto se resalta lo esencial de Trabajo Social en el equipo interdisciplinario, es preciso ampliarlo desde apuestas profesionales que apunten a un accionar más marcado y contundente, en donde se proponga desde una postura biopsicosocial de la realidad de los varones involucrados, apostando así a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, y nuevas alternativas a la atención en salud a varones. Por lo que es necesario repensar la visión que se tiene de la masculinidad, comprendiendo los significados que los varones construyen de su realidad, siendo este el principio para lograr un trabajo educativo que involucre esas creencias y las resignifique, por medio de la fundamentación de la intervención profesional, esto con el fin de dar paso a la creación e implementación de estrategias que generen gran impacto en la población, que sean incluyentes, que reconozcan las diferencias genéricas, por ende las demandas, problemáticas, necesidades, y situaciones a las que se ven enfrentados los varones y cómo las resuelven de acuerdo a las capacidades que cada uno posee.

4.2 Elementos que hacen parte de las intencionalidades

“El proyecto político del Trabajo Social, hoy, está cimentado en la construcción de sujetos sociales, políticos y autónomos para participar activamente en asuntos que les competen.” (López, C, Muñoz, N, y Vargas, P. 2013. Pág. 189), teniendo esto en cuenta, entre las intencionalidades en el accionar con varones diagnosticados con enfermedades

ruinosas, se rescata los aportes de un varón con Insuficiencia Renal Crónica, y una de las Trabajadoras Sociales entrevistada, quienes señalan que:

“me han ayudado con el comportamiento con la diálisis y a mantenerme calmado, porque yo era muy acelerado, muy grosero, entonces hablando con la Trabajadora Social, me han ayudado en todos esos sentidos para que yo deje de pelear, para que yo cambie, han estado muy pendientes de mí en toda parte” (Entrevista 14. Paciente trasplantado renal. 18 de junio de 2017)

“es muy importante garantizar, que el paciente tenga continuidad en los tratamientos, pero también, dentro del proceso que manejamos al interior del hospital en Trabajo Social está que el paciente cuando llegue al día del alta, tenga ya manejados e intervenidas todas esas dificultades sociales que podrían afectar el alta [...] verificar y hacer veeduría que sí se esté haciendo el tratamiento que requiere el paciente” (Entrevista 2. Trabajadora Social. 17 de mayo, 2017)

Con lo anterior, se evidencia que el accionar de las Trabajadoras Sociales implica asesorar acerca de la enfermedad y potenciar las habilidades y recursos propios de los varones, incentivando siempre a generar una actitud de correspondencia más no de dependencia frente a dicha atención, pues la intervención debe estar orientada al empoderamiento y apropiación de los sujetos de su realidad social, en donde se trata de generar una aceptación más no un rechazo respecto a la enfermedad, pues

Las perspectivas metodológicas en el Trabajo Social, hoy, se convierten en escenarios interactivos, participativos y, por lo tanto, democráticos, en los que es posible la deliberación, el reconocimiento de la diferencia, la búsqueda de consensos y la negociación permanente para el desarrollo de la intervención profesional, tratando de superar la mirada instrumental del Otro como ser carente, necesitado o inhabilitado (López, C, Muñoz, N, y Vargas, P. 2013. Pág. 186)

En los casos donde las instituciones tratan a pacientes de escasos recursos es indispensable para garantizar la adherencia al tratamiento generar la mayoría de condiciones posibles para que esto sea continuo y se obtengan los resultados esperados, y ahí es pertinente reconocer la importancia que tienen la asistencia social en este ámbito de la salud, pues el factor económico se afecta en gran medida al enfrentar una crisis de este tipo; uno de los varones entrevistados señala:

“ella me asesoraba a mí en la enfermedad, las consecuencias que eso tenía si me descuidaba, explicándome todo y dándome subsidio para que yo pudiera ir allá cada mes, me daban un subsidio y la Trabajadora Social estaba muy pendiente de

eso, pues cada que iba, cada que iba me ayudaba mucho” (Entrevista 14. Paciente trasplantado renal. 18 de junio de 2017)

Si bien, la asistencia es un medio para garantizar el cumplimiento de derechos de los sujetos con los que se interviene, esta debe trascender al empoderamiento, educación y orientación, elementos fundamentales para la intervención, y no a un asistencialismo.

Por otro lado, a partir del análisis de los relatos de las Trabajadoras Sociales entrevistadas, se destaca que las redes de apoyo socio - familiares suelen ser una herramienta fundamental a la hora de la intervención, ya que el objetivo de generar las mismas es que el sujeto no se encuentre solo en el afrontamiento de su proceso salud - enfermedad, sino que la familia, las personas que lo rodean como afectadas de manera colateral, y algunas instituciones tengan conocimiento de todo lo que pasa y puedan aportar de manera positiva en la intervención, sin desconocer que el profesional no está solo y reconoce el conocimiento y la ayuda que los agentes externos a la enfermedad pueden brindar, así, algunas profesionales expresaron:

“trabajamos como en eso, en esa parte de fortalecer esa red de apoyo (Entrevista 7. Trabajadora Social. 28 de julio, 2017)

“activar ciertas redes de apoyo, nosotros tenemos a veces nexos con fundaciones o miramos a ver qué tipo [...] o si podemos activar redes familiares, aquí también tratamos mucho de eso, de que la familia esté muy conectada con el paciente y con su tratamiento, no se trata de dejarlo solo, uno siempre mira cómo activar esas redes de apoyo” (Entrevista 1. Trabajadora Social. 5 de mayo, 2017)

Así pues, los varones al afrontar la enfermedad y todo lo que ello implica, cuentan con el acompañamiento de Trabajo Social, que hace parte de un equipo interdisciplinario con los que trabaja en pro del cuidado de la salud de los pacientes, y en su intervención se trabaja en conjunto, por ello se puede decir que en las instituciones se logra en cierta medida una intervención integral, con el objetivo de impactar en todos los ámbitos de la vida del paciente, pero, esto se puede ampliar desde los diferentes aportes de Trabajo Social en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, con las herramientas y fundamentación que configuran la profesión y así contribuir en el abordaje de los procesos salud - enfermedad de manera integral, incluyente y equitativa para los varones. En este

sentido es importante reconocer la promoción de la salud como la contribución a la construcción de

un ambiente socio-relacional y comunitario en el que se favorezca la salud, supone reemprender la potenciación de recursos, formales (redes de amigos) e informales (actitudes comunitarias) mediante los que se pueda potenciar la educación para la salud, enfatizando la acción social y preactiva, el desarrollo de recursos humanos y la reconstrucción sociocomunitaria (Moral, M. 2008. Pág 96).

Es así como se trabaja en pro de la reconfiguración de las masculinidades, generando ruptura con el modelo hegemónico, lo que posibilita mayor empoderamiento por parte de los varones de su salud, concepción del cuerpo, y expresión de emociones.

Por otro lado, se encuentra la prevención de la enfermedad, la cual no está desvinculada a la promoción de la salud, basándose en un trabajo de reformulación del objeto o situación en particular en un contexto específico que pueda estar ocasionando algunas reacciones que afectan el área de la Salud Pública como tal, en este caso se mejoran las condiciones en pro de cambiar positivamente dicha situación (Moral, M. 2008), para lo que es fundamental el cuidado de sí en los varones, en donde se encuentra un reto muy grande, que es superar la feminidad como centro de atención en salud. Así pues, estos dos conceptos desde su particularidad, debe tener un mirada amplia, que no solo reconozca los contextos y las situaciones que se presentan en los mismos, sino que debe enfocarse en los sujetos y sus necesidades, en donde los hombres y las mujeres requieren una atención y educación diferente, basada en la diferenciación genérica, reconociendo la desventaja que tienen los varones en su atención en el sistema de salud.

4.3 La intervención con familias como eje transversal

El fortalecimiento de las relaciones familiares para enfrentar las enfermedades catastróficas que han sido diagnosticadas en varones, se convierten en otra de las intencionalidades en el accionar de las trabajadoras sociales, ya que como expresaron algunas profesionales en las entrevistas realizadas, su intervención no solo está enfocada en el paciente, sino también en su familia, con el fin de orientar acerca de los procesos

familiares que se ven afectados con una patología de este tipo; desde la palabra de las Trabajadoras Sociales, en algunos casos específicos

“después de que Trabajo Social identifica una disfunción a nivel familiar logramos traer hijos de lejos, que perdonen a ese papá, que perdonen a esa mamá, [...] básicamente logramos reorganización familiar, concientización sobre consejo de enfermedad, porque muchos por desconocimiento no apoyan o aportan lo que deberían, entonces los sentamos y les decimos, venga este proceso es así, implica esto, entonces va lo de reorganización familiar, concientización, básicamente si recalcamos la importancia del acompañamiento en la familia en estos procesos de intervención.” (Entrevista 5. Trabajadora Social. 23 de junio, 2017)

“es facilitar el proceso de tratamiento en el que está el paciente, para afrontar la enfermedad, para afrontar procesos de tipo familiar asociados a esa vivencia de enfermedad, de alguna manera nosotros lo que hacemos todo el tiempo es facilitar que la enfermedad no haga mucho daño a nivel familiar; sino que la familia pueda continuar su ciclo evolutivo a la par que va dando el soporte que la enfermedad implica, como las demandas que la enfermedad está teniendo para el grupo familiar, entonces lo que hacemos es facilitar esa comprensión de la enfermedad y ese asimilarla, y ese orientar las tareas familiares hacia favorecer el tratamiento” (Entrevista 3. Trabajadora Social. 11 de julio, 2017)

Por lo tanto, desde la formación en Trabajo Social, las y los profesionales cuentan con herramientas para abordar las diferentes situaciones que están generando un impacto ya sea positivo o negativo tanto a los pacientes como a las familias; en este caso en el acompañamiento necesario en el proceso de salud – enfermedad de los varones diagnosticados con alguna enfermedad catastrófica, donde el quehacer profesional tiene mucho para aportar, en cuanto a saberes, herramientas y potenciación de recursos, partiendo de la fundamentación de la intervención para dotar de sentido el hacer, en sintonía con la transformación de la situación problema que enfrentan los varones, logrando por medio de la reflexión y la investigación impactos en la forma en que se abordan los procesos con los varones, por medio de la perspectiva de género, retomando una postura crítica para hacer lectura de la realidad social de manera particularizada.

Una de las expertas entrevistadas manifiesta:

“Los Trabajadores Sociales creo que podemos hacer mucho con las familias de los pacientes, ayudarlos, acompañarlos en ese proceso, porque es un proceso que puede ser de años, puede ser de meses, pero que ninguna familia está capacitada,

no sabe cómo abordar la situación, entonces cuando uno tiene ese entendimiento, yo digo: hay que trabajar más en el recurso humano en salud para que hagan adecuados acompañamientos al paciente y a la familia.” (Entrevista 10. Experta. 1 de junio, 2017)

Así pues, al intervenir con varones diagnosticados con enfermedades catastróficas, la familia juega un papel muy importante como red de apoyo para los varones, siendo las y los trabajadores sociales los profesionales con la capacidad para movilizar este factor, pues el relacionamiento socio familiar es esencial para garantizar un acompañamiento integral a los sujetos en condición de una enfermedad ruinosa, por lo que desde el abanico de posibilidades del quehacer, se deben reflexionar y recrear la intervención, con el fin de lograr transformaciones en la manera en que los varones conciben la salud, la enfermedad y la vinculación de sus redes de apoyo en estas.

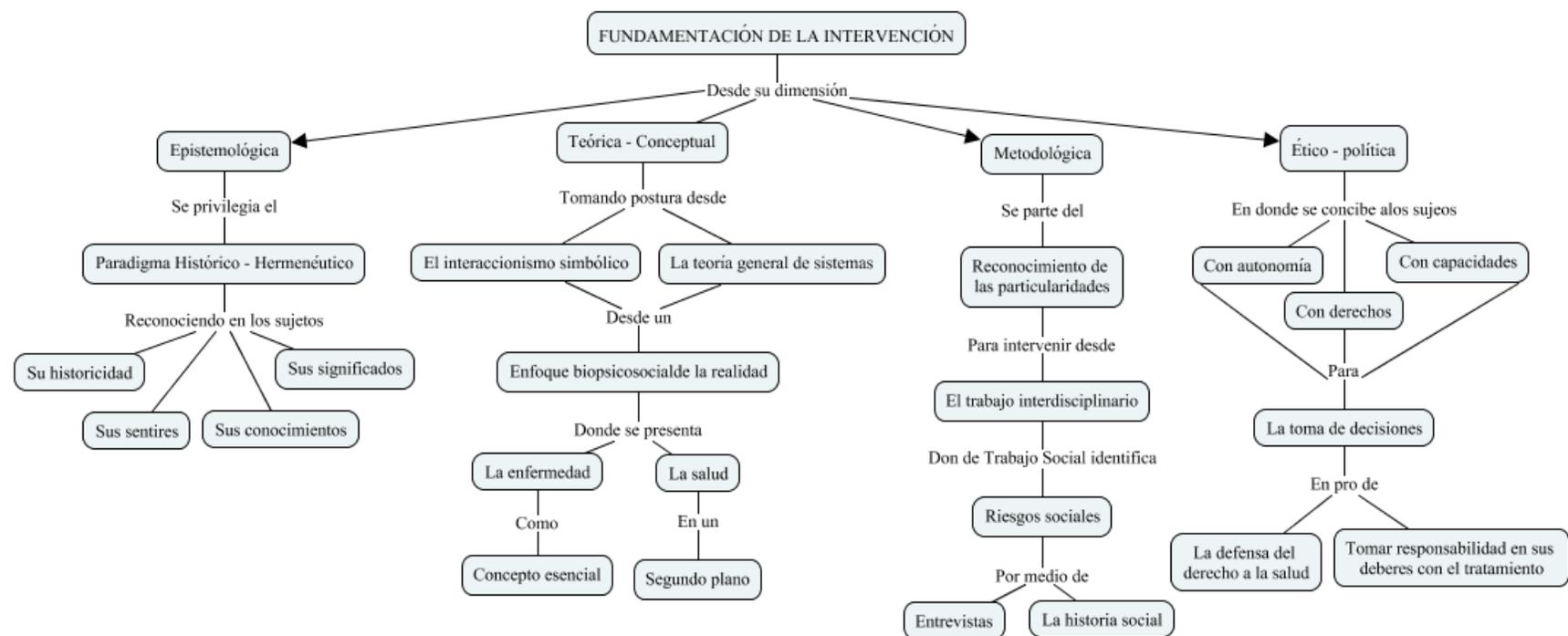


Gráfico 4. Mapa conceptual. Fundamentación de la intervención.

Fuente: elaboración propia

5. TRABAJO SOCIAL, UN QUEHACER FUNDAMENTADO.

Nora Aquin (1996) plantea como clave superar los elementos que hacían de la intervención de Trabajo Social una práctica indiscriminada, por lo que a partir del proceso de reconfiguración del Trabajo Social emprendido desde los años 90' se vienen dando cambios significativos en la profesión, los cuales hacen que se denomine el quehacer profesional en términos de *intervención fundada o fundamentada*, hablar de la intervención en estos términos remite a reconocer que el Trabajo Social tiene una naturaleza de carácter histórico – social permeada por el contexto, y que tiene una justificación que la funda, la cual es la racionalidad científica.

Establecer una intervención fundada para la profesión requiere de trabajo intenso que implica poner en práctica nociones y aprendizajes, apostarle a la intervención desde este lugar es fundamental para la consolidación de la misma, en donde juega un papel central la investigación. La fundamentación como componente esencial en la intervención, contienen un conjunto de conocimientos que sustentan lo teórico y conceptual, lo metodológico y técnico, y las posturas ético – políticas, que son apropiados en el quehacer de los y las profesionales, lo que permite construir y sustentar sentidos con referencia a las intencionalidades, los sujetos con los que trabaja, el objeto de intervención y las propuestas metodológicas en torno al contexto (Cifuentes, R. 2004).

Según Alwyn (1998) citado en Cifuentes (2004), la fundamentación posibilita comprender y sustentar la complejidad de la realidad, pero, cabe señalar que no existe una única forma de conocer y de intervenir, ya que cada caso responde a su contexto en particular, así pues, la fundamentación al ser contextual, da paso para la generación de memoria colectiva y dialogar entre las generaciones alrededor de temas de importancia profesional (Alwyn, 1998, citado por Cifuentes, R. 2004).

Así pues, para la presente investigación se hace necesario analizar la fundamentación que orienta los procesos de intervención en Trabajo Social con sujetos masculinos diagnosticados con enfermedades catastróficas, desde cada una de sus dimensiones, las cuales son: epistemológica, teórica – conceptual, propuesta metodológica, y la postura ético – política.

5.1 Fundamentación epistemológica. La lupa para abordar la realidad social.

Retomando a Lima (1975),

la epistemología (episteme: conocimiento; logos: estudio) es la parte de la filosofía que trata de la teoría del conocimiento científico y como tal debe comprender sus problemas, métodos, técnicas, estructura lógica, examen de las categorías e hipótesis en la investigación científica. (Pág. 9)

Por lo tanto, la epistemología hace referencia al estudio y reflexión del conocimiento científico que generan las diferentes disciplinas, lo que implica interrogarse sobre los hechos sociales que analiza, la comprensión de los mismos, y las maneras de transformar la realidad social, desde una postura que posibilite la lectura crítica de estos elementos (Kisnerman, N. 1997)

En la actualidad se habla de conocimiento científico en el Trabajo Social, el cual es una disciplina que tiene contacto directo con la realidad, y su intervención está fundamentada desde lo teórico, metodológico y ético-político en dirección hacia las situaciones problemáticas en las que se encuentra el propósito de generar una transformación. Ahora bien, la dimensión epistemológica de la intervención desde Trabajo Social se relaciona con el concepto de *paradigma*, el cual tiene incidencia en los procesos metodológicos en cuanto a la elección que se hace con respecto al enfoque epistemológico, a partir de allí, se permite dar cuenta de las construcciones y planteamientos en el proceso de intervención, pues se evidencia la comprensión, concepción y la sustentación de la

realidad social, por lo tanto es una categoría importante para fundamentar la metodología. Pues refiere a una cosmovisión, a una manera de ver y entender el mundo. (Camelo, A y Cifuentes, R. 2006)

5.1.1 Orientación de las intervenciones con varones diagnosticados con enfermedades catastróficas.

Como se mencionó, la dimensión epistemológica está estrechamente relacionada con el *paradigma*, el cual es la noción clave que orienta y ordena el pensamiento, con base en el cual se seleccionan o rechazan ideas que dan cuerpo a una teoría o un discurso, además, se legitiman determinadas acciones (Vélez, O. 2003), permitiendo “dar cuenta de distintas construcciones y planteamientos sobre los procesos de conocimiento e intervención; evidencia concepciones, comprensiones y sustentos” (Camelo, A y Cifuentes, R. M. 2006. Pág. 176) lo que lleva a tomar postura frente a las situaciones enfrentadas.

Según Ezequiel Ander Egg citado por García (1998), El Trabajo Social se ha apoyado en conocimientos teóricos de otras disciplinas de la ciencias sociales, como la psicología y la sociología, incorporando técnicas de investigación, intervención y evaluación empleadas por estas, pero manifiesta que lo original de la profesión es la capacidad que ha tenido para integrar estos elementos para su propio accionar. (Ander, E. 1981. Citado por García, S. 1998)

Así pues, desde las intervenciones en el campo de la salud con varones en condición de una enfermedad catastrófica, se hace necesario analizar el paradigma desde el cual toman postura las profesionales partícipes de esta investigación, pues se hace esencial para entender la coherencia que guarda con los demás elementos de la intervención. Por esto, se trae a colación lo expresado por una de las profesionales entrevistadas:

“me parece que el trabajar con pacientes [permite] no solo ver esas potencialidades en ellos sino que ellos también te enseñan a ver la vida muy diferente [...] lo que te enseñan a vos este tipo de pacientes es muy, muy valioso son aprendizajes que vos no vas a tener en otro escenario [...] porque te permiten estar face to face con alguien que ve la vida diferente, y que te está enseñando a vos a ver la vida diferente y que vos estas también motivándolo a que a que siga con su vida, llevando su enfermedad.” (Entrevista 1. Trabajadora Social. 5 de mayo, 2017)

Desde la información generada, se pudo evidenciar que es pertinente desde Trabajo Social retomar elementos que hagan referencia a la historicidad de los varones, a sus sentires y formas de ver el mundo, pues es a partir de esas particularidades que construyen su realidad, reconociendo sus saberes y la posibilidad de compartir con ellos los aprendizajes de la vida cotidiana, la cual está llena de sentidos y experiencias, es por esto que se evidencia una elección por el *paradigma comprensivo – interpretativo*, permitiendo que las intervenciones generen transformaciones a partir del reconocimiento de la vivencia de los sujetos, y la interacción existente entre la profesional y el sujeto que hace parte del proceso de intervención.

Además, en concordancia con este paradigma, también se le da un reconocimiento a los significados que construyen los sujetos de su realidad social, un elemento esencial para comprender sus propias vivencias, particularizarlas y entender la manera en que su condición de enfermedad repercute en los demás contextos en los que se encuentra inmerso, pues una de las profesionales expresó:

“también va ser muy importante identificar el significado que ha tenido la enfermedad para esa persona, para nosotros es fundamental [...] si uno se pusiera a ir más allá, las relaciones sexuales se afectan, la relación afectiva se afecta, son muchas cosas” (Entrevista 2. Trabajadora Social. 17 de mayo, 2017)

Pero, a pesar de que se evidencia un privilegio al paradigma *histórico – hermenéutico*, el cual aporta elementos sumamente importantes a los procesos de intervención y de construcción conjunta con los sujetos involucrados, se sigue viendo que la intervención se enmarca esencialmente en la enfermedad, y aunque se da un

reconocimiento de la palabra y los sentires, el fin último es hacer llevadera su condición de enfermedad, lograr llegar a una calidad de vida estable, en la que se reconoce que esta genera impactos a nivel personal, social y familiar, encaminando la intervención a la búsqueda de alternativas para que la organización y funcionamiento de lo cotidiano continúe, ahora en torno a las nuevas condiciones que implica la enfermedad, lo que se convierte en un reto a nivel profesional, que obliga a plantear otras formas de indagar, investigar y conocer los cambios que genera las enfermedades catastróficas; y aunque el sistema impone que el foco sea la patología, se debe hacer frente y darle el chance a la salud y a la vida, pues son ejes que impulsan la existencia humana, posibilitando superar la mirada biologista, y dejar a un lado el rótulo negativo a los procesos de enfermedad, otorgándoles el sentido de oportunidad y transformación, un manera de andar por la vida, construyendo nuevos significados a la existencia.

5.2 Dimensión Teórica – Conceptual, articulación para fundamentar la intervención

Las y los profesionales tejen la intervención a partir de los enfoques teóricos y marcos conceptuales que las disciplinas aportan para el abordaje de los fenómenos sociales, por medio de la experiencia estos elementos se dinamizan, permitiendo así su reconstrucción para llegar a una adecuada lectura de la realidad, dependiendo del contexto en el que se está interviniendo, para lo que se hace necesaria la reflexión de la acción por medio de la práctica. Rosa María Cifuentes plantea que “es pertinente fundamentar la comprensión de los fenómenos sociales, para reconocer la acción y el posicionamiento profesional [...] La Fundamentación posibilita argumentar, sustentar, comprender complejas realidades” (Cifuentes, R. 2004. Pág. 9)

Teniendo en cuenta lo anterior, cabe señalar que la dimensión teórica – conceptual de la intervención profesional desde Trabajo Social corresponde a la articulación entre teorías y conceptos que fundamentan la intervención, permitiendo “contextualizar

fenómenos y redes de interacción involucrados en la intervención. Se relacionan con la conceptualización de problemas, recursos, satisfactores, sujetos sociales, espacio social, interacción, que constituyen relaciones” (Montoya et al, 2002; citado por Camelo, A, y Cifuentes R, 2006). Así, pues desde esta investigación es necesario conocer la postura teórica que retoman las profesionales entrevistadas para llevar a cabo los procesos de intervención.

5.2.1 La teoría en el Trabajo Social con varones diagnosticados con enfermedades catastróficas

La teoría hace referencia a un

sistema de proposiciones y percepciones a través de los cuales se reconfiguran los hechos y fenómenos, es una aprehensión de la realidad por la vía del pensamiento y está mediatizada por las experiencias y vivencias individuales y colectivas de los sujetos (Vélez, O. 2003. Pág. 17)

Con referencia a la *dimensión teórica*, cabe resaltar que desde Trabajo Social se da prevalencia a teorías que permiten la lectura de los sujetos y objetos de intervención desde el plano histórico, permitiendo la comprensión de subjetividades tanto individuales y colectivas; así pues, se resaltan las posturas construccionistas, puesto que permiten la comprensión de las interacciones sociales, al igual que las perspectivas como “el interaccionismo simbólico, la fenomenología y la hermenéutica” (López, C, Muñoz, N, y Vargas, P. 2013. Pág. 177), las cuales aportan a la lectura de los símbolos, vivencias, experiencias y cotidianidad de los sujetos, lo cual se hace necesario dada la apuesta de la profesión por potenciar las capacidades tanto individuales como colectivas de los sujetos con los que se interviene.

Desde las entrevistas realizadas, se pudo encontrar que en algunos casos se da prioridad precisamente a esos sentires y construcción dialógica de los sujetos con los otros

y otras, dando prioridad al interaccionismo simbólico, así lo expresó una de las profesionales entrevistadas:

“desde el interaccionismo simbólico, que se maneja mucho porque todo lo que usted habla acá con el usuario y su familia termina siendo simbólico, usted hay muchas cosas que no son tangibles, que usted sólo puede construir desde ahí” (Entrevista 6. Trabajadora Social. 26 de julio de 2017)

Elementos que permite una mayor comprensión de la realidad social de los sujetos involucrados en la intervención, por medio de generar nexos con los diferentes contextos en los que se desenvuelve cotidianamente, pues cabe señalar que una de las profesionales expresó:

“pero todo paciente es particular, cada paciente se mira de forma individualizada [...] el paciente hay que mirarlo desde los diferentes contextos” (Entrevista 7. Trabajadora Social. 28 de julio, 2017)

Otras de las profesionales expresó:

“básicamente se trata como de mirar al paciente desde una perspectiva biopsicosocial, donde lo social cumple un papel fundamental dentro de la recuperación de la salud” (Entrevista 2. Trabajadora Social. 17 de mayo de 2017)

Se resalta el hecho de que al estar en el campo de la Salud Pública, específicamente en lo hospitalario, se reconozcan las particularidades de los sujetos y con esto los diferentes contextos en los que está inmerso cotidianamente, en donde asumir una postura biopsicosocial precisamente permite que desde Trabajo Social se pueda intervenir de manera diferente con sujetos diagnosticados con enfermedades ruinosas, lo que posibilita superar la mirada biológica de los procesos salud - enfermedad, lo que se podría nutrir en gran medida con la vinculación de la perspectiva de género, pues desde esta se puede enriquecer y recrear el accionar profesional al posibilitar un abordaje de la realidad desde el reconocimiento de las particularidades existentes entre hombre y mujeres; en el caso específico del trabajo con varones, permite entender sus comportamientos en torno a su proceso salud - enfermedad teniendo en cuenta la construcción hegemónica de masculinidad existente.

Por otro lado, la teoría general de sistemas es muy recurrida para este tipo de intervenciones, pues se vincula a las familias en el accionar, reconociendo sus dinámicas, roles de los miembros, y las crisis que se presentan frente a determinadas situaciones, como por ejemplo con una enfermedad de alto costo, a continuación se presenta lo que una de las profesionales comentó:

“yo trabajo con el paradigma estructural familiar que es el sistémico [...] yo necesito todo el complemento familiar para que ese paciente pueda mejorar su condición y pueda tener mejor calidad de vida, de lo contrario yo sola no sería capaz de hacerlo” (Entrevista 7. Trabajadora Social. 28 de julio, 2017)

Si bien, desde esta apuesta teórica se permite involucrar de manera directa al contexto más próximo de los sujetos como lo es su familia, y a la vez vincular otros con los que tiene relación, es una postura que no posibilita una comprensión de los sentires propios, sino que se parte de concebir a la familia como una estructura que tiene que funcionar de una forma determinada, lo que puede conducir a tener idealizada cierta manera de “*funcionamiento familiar*”, llegando así a una postura funcionalista que no posibilita una interacción abierta y construcción de nuevas maneras de ser y estar en el mundo.

Con los elementos anteriormente expuestos, es pertinente señalar que aunque desde la academia se adquieren unas herramientas para el quehacer profesional, se reconoce que en el campo de la Salud Pública se hace necesario recrear todos esos aprendizajes para ajustarlos a cada contexto, como lo plantea una de las expertas:

“hay que tener herramientas teóricas de formación del Trabajo Social [...] uno tiene herramientas pero no se las sabe todas, pero entonces la pregunta por ese trabajo y por esa intervención tiene que ser capaz de recrearse con lo que la universidad le dio [...] entonces es una intervención que se cruza con lo humano y que yo también creo que te pone el reto de desnaturalizar muchas cosas que son normales” (Entrevista 8. Experta. 19 de mayo, 2017)

Además desde esta investigación es clave reconocer el lugar de los varones en los procesos de intervención, para lo que:

“un aporte y un lineamiento para la intervención hoy, tiene que ser la perspectiva de género, tanto en la lectura de la realidad como en los procesos de acción y evaluación de la intervención, o sea el género debe ser una categoría y un referente que debes estar presente en cualquier proceso de intervención profesional, sea en salud, sea en familias, sea en planeación, si eso se considerara le estaríamos aportando a la equidad de género [...] el género tiene que estar ahí, y yo diría que paralelo a la atención, teniendo en cuenta esas diferencias de género, está otra posibilidad de materializar ese asunto de la equidad de género a través de la educación” (Entrevista 9. Experta. 23 de mayo, 2017)

Pero, lamentablemente el enfoque de género, como se ha repetido, no está presente en los procesos de intervención a los cuales se pudo tener un acercamiento, dado que las profesionales no lo consideran como necesario para su intervención, y a pesar de que se reconocen las particularidades de cada caso, el hecho de tomar postura desde la perspectiva de género permite construir maneras de intervención que cambien muchas pautas de las construcciones genéricas, pues los varones tienen mucho que aportar, y desde Trabajo Social se hace necesaria una intervención enfocada en ellos; lo siguiente lo expresa una de las expertas entrevistadas:

“allí el Trabajo Social tendría que tener una postura, una postura clara en razón a la perspectiva de género, poder comprender, en esa relación social, esas diferencias de lo masculino y lo femenino” (Entrevista 11. Experta. 13 de junio, 2017)

En donde los elementos culturales son claves para entender esas dinámicas genéricas presentes en la sociedad, y partir de las intervenciones desde Trabajo Social se pueden analizar esos elementos que pueden influir en la forma de entender la enfermedad, como lo expresa una de las expertas entrevistadas:

“la particularidad más grande es la cultural, es el tema de la crianza, es el tema de cómo llevan la vida, desde qué posición la llevan, sobretodo en una sociedad que es netamente machista, donde digamos una enfermedad es casi sinónimo de flaqueza en los hombres, cómo entender eso, desde el género, desde lo cultural, porque ellos ya no van a estar en la misma posición ante la sociedad, ante sus familias, ante ellos mismos para asumir la vida y la cotidianidad de la vida” (Entrevista 10. Experta. 1 de junio, 2017)

Así pues, se rescata el hecho de que en la mayoría de los procesos de intervención a los que se pudo tener acercamiento, den prioridad a referentes teóricos que permitan el acercamiento y comprensión de la realidad de los sujetos con los que se interviene, pues como se dijo, esto es fundamental para el Trabajo Social; pero, se hace necesario insistir en la necesidad de vincular la perspectiva de género, pues resulta ser una teoría fundamental para particularizar de manera más profunda los procesos de intervención, en especial con los varones, ya que se de esta manera se hace posible contribuir a una reconstrucción de la concepción de masculinidad predominante.

5.2.2 La enfermedad y la salud como conceptos claves

Los conceptos constituyen una manera de pensar que permite conocer y teorizar los objetos y fenómenos de la realidad, permitiendo establecer una distinción entre los objetos de diferentes categorías, y los fenómenos de diversos géneros (Camelo, A y Cifuentes , R. M. 2006), así pues, como conceptos claves para el análisis de esta investigación se encontraron *la salud y la enfermedad*, los cuales, según Roberto Passos (2011) son fenómenos que se alimentan mutuamente, correspondiendo a modos de existencia como seres humanos. En la actualidad, la salud se entiende “como un conjunto de sustancias, de condiciones del cuerpo y de comportamientos que son evaluados como objetos anormales y factores de riesgo” (Passos, R. 2011. Pág. 67), dejando a un lado la relación del ser humano con el mundo, es decir, su relación con el contexto en el que se encuentra, considerándose así la salud como una responsabilidad personal que no vincula a la sociedad.

Pero, ante este panorama, se hace necesario reconocer la salud y la enfermedad como procesos interrelacionados que trascienden el cuerpo físico, pues también vincula las conductas humanas, y la psiquis de las personas, y por ende, la interacción de los sujetos con su entorno más próximo, abarcando así los espacios como lo son la familia, las organizaciones, las comunidades, etc, reconociendo así que el proceso salud - enfermedad

vincula al entorno en general, mas no se deposita meramente a la responsabilidad individual, lo que le otorga un carácter clave a lo colectivo (Orfila, R. 2009)

A partir de lo encontrado en la generación de la información para esta investigación, frente al concepto de *enfermedad*, específicamente de aquellas que son reconocidas como catastróficas, ruinosas, o como algunas profesionales las denominan: crónicas, expresaron:

“un estado, o una etapa de la vida que de pronto no es fácil [...] una etapa que no todo el mundo espera, la insuficiencia renal es una enfermedad que le puede llegar a cualquiera en cualquier momento” (Entrevista 1. Trabajadora Social. 5 de mayo, 2017)

“muchas veces dentro de la enfermedad crónica no vas a tener alivio, no vas a tener curación” (Entrevista 2. Trabajadora Social. 17 de mayo, 2017)

Así pues, la enfermedad es concebida como un estado o una etapa por la que atraviesan los sujetos, que implica una crisis inesperada, que marca sus vidas, y de cierta manera implica la muerte. Pero, se centra en ver la enfermedad desde lo negativo, limitando la posibilidad de entenderla como una condición que se encuentra inmersa en el proceso de la vida, y que a su vez significa una puerta de posibilidades tanto para el sujeto como para el accionar profesional, pues es importante lo que una de las expertas plantea:

“la enfermedad es una condición humana, que no la queramos ver, que no la queramos nombrar, o que nos duela cuando aparezca, no significa que no exista, hay que reconocerla, y qué implica vivir con una enfermedad, qué implica lo crónico, cómo trabaja, cómo se diagnostica, cómo se interviene, qué demandas de las familias, de los usuarios entendidos como pacientes qué demanda de nosotros los profesionales, pero además también cómo modifica las profesiones” (Entrevista 8. Experta. 19 de mayo, 2017)

Pues se considera pertinente afrontarla como una etapa de la vida que tiene la posibilidad de mostrar nuevas maneras de ser y estar en el mundo, que si bien trae consigo cambios significativos en la existencia de los sujetos, estos cambio pueden representar nuevas maneras de entender la realidad, lo que implica

“potenciar, ese escenario desde la experiencia de la enfermedad, porque es que la enfermedad enseña, y jenseña mucho!” (Entrevista 8. Experta. 19 de mayo, 2017)

Así pues, es necesario entender que la enfermedad está en constante interrelación con la salud, pero a pesar de esto, lo lamentable es que desde lo encontrado en la investigación, se hace reiterativo una y otra vez *la enfermedad*, y se deja a un lado *la salud*, la cual

tiene realidad propia y está profundamente imbricada con la vida. En otras palabras, la salud es una forma de andar por la vida, como nos diría Canguilhem, o una capacidad de romper las reglas existentes y crear nuevas, como sugiere el mismo autor, o la posibilidad de constantemente autoinventarse, como sugeriría la Escuela de Santiago con su concepto de autopoiesis (Granda, E. 2001. Pág. 14)

Siendo esencial tener la salud presente como eje transversal en los procesos de intervención enmarcados en el contexto de la Salud Pública, lo que implica a su vez ampliar la concepción que se tiene de esta, pues no es lo meramente biológico, si no que entran en juego los factores sociales, ambientales, económicos, políticos, emocionales y culturales, los cuales deben hacer parte y tenerse en cuenta en los procesos de intervención que se llevan a cabo; y más aún en la atención a varones diagnosticados con enfermedades catastróficas, pues se hace necesario darle un giro al enfoque que se ha dado desde la enfermedad, y optar por la vida y la salud, lo que se fortalece aún más al entender, comprender y reconocer las características genéricas, enfocada en los varones, pues se debe partir de la construcción hegemónica que se ha hecho de la masculinidad, la cual implica una falta de cuidado de sí en ellos, y desde este punto se imponen retos al Trabajo Social para ampliar los análisis, y lograr transformaciones de grandes impactos desde las intervenciones en este campo, como lo es la vinculación de la perspectiva de género en los procesos de intervención, y así lograr reflexiones de manera más particularizada de la realidad de los pacientes varones con enfermedades catastróficas, con quienes hay mucho por trabajar y resignificar desde su condición genérica, pues se hace necesario particularizar las intervenciones desde allí para lograr una equidad en la atención en salud.

5.3 FUNDAMENTACIÓN METODOLÓGICA

La metodología es una relación dinámica entre la acción y la reflexión. Las diferentes relaciones que se gestan dentro de una realidad social necesitan de la teoría para poder ser comprendidas, esta relación metodología – teoría, permite la orientación del quehacer profesional, superando así lo empírico, y permitiendo adentrarse en la comprensión de la realidad. Por lo tanto, la metodología es un proceso de conocimiento, reflexión y acción, que regula un accionar específico en pro del cumplimiento de objetivos que se vuelven resultados, donde su aplicación debe estar situada en realidades históricas, culturales y sociales, lo que quiere decir, que la pertinencia y finalidad de una propuesta metodológica se encuentra condicionada a un contexto determinado y a los sujetos con los cuales se trabaja (Vélez, O. 2003).

Lo anterior es el punto de partida para analizar la metodología empleada para llevar a cabo las intervenciones con varones diagnosticados con enfermedades catastróficas, a partir de la generación de la información se pudieron encontrar elementos para esta dimensión, los cuales se desglosan a continuación, teniendo en cuenta el enfoque, el método y las estrategias que vinculan lo técnico - instrumental en el quehacer profesional en este campo.

5.3.1 El quehacer desde un enfoque social e interdisciplinario

Los enfoques presentes en la intervención profesional permiten la construcción de maneras de ver la realidad para poder intervenir en ella, en la que se genera una articulación entre lo teórico y lo práctico, materializado en lo metodológico, en donde entra en juego una comprensión de la realidad como totalidad, en la que los sujetos están en constante interacción con su contexto, siendo tarea de la o el profesional de Trabajo Social construir su propio enfoque, desde las particularidades propias de su intervención (Cifuentes, R. 2004).

Así pues, desde las intervenciones con varones diagnosticados con enfermedades de alto costo, se encontró que se parte de reconocer la historia de cada uno de los sujetos, los recursos con los que cuenta para enfrentar las situaciones adversas que puede traer la enfermedad, la manera en que esta se dio, pero también sus creencias, costumbres, condiciones familiares, personales y económicas, lo que se hace visible según las siguientes palabras:

“hay que mirar también como es su cultura, sus creencias [...] hay que mirar la condición personal y particular del paciente y en su defecto la familiar [...] es muy importante, conocer la historia hasta donde nos lo permita, porque la historia es algo del paciente, del médico, dependiendo del contexto, primero conocer esa historia, las condiciones particulares, familiares, su condición laboral, económica y la condición familiar que es lo más importante, si tú conoces la particularidad de un paciente, lo sabes abordar” (Entrevista 7. Trabajadora Social. 28 de julio, 2017)

Los anteriores son elementos fundamentales para orientar la intervención profesional con los sujetos, pues permiten reconocerlos en una historicidad con base en una mirada de contexto integral, pues no se parte de verlo solo en el relacionamiento del cuidado de su enfermedad, sino también de lo que le implica en su interacción social, familiar, y laboral, lo cual es de resaltar, pues permite ampliar el panorama del quehacer profesional, además porque se parte de reconocer a ese otro como parte de una sociedad, en donde se encuentra inmerso en unas particularidades propias del contexto, y desde ahí se puede aportar en gran medida a la atención brindada a los varones, por medio de un reconocimiento y particularización de la misma, según las características genéricas y lo que estas implican en la relación salud - enfermedad - atención - muerte de varones con enfermedades catastróficas, para de esta manera aportar a una atención con equidad para los varones desde la perspectiva de género, la cual no sólo reconoce las características y vulnerabilidades femeninas, sino también las masculinas, que en el contexto actual se hace necesario atenderlas y resignificarlas, de manera tal que se logre una atención de la salud y la enfermedad que supere la postura centrada en las mujeres y vincule a los varones, para que se vean reflejados en esta y por ende construyan nuevas maneras en torno al cuidado de sí.

Por otro lado, un elemento de especial importancia que se encontró desde todas las entrevistas realizadas, es el componente del trabajo interdisciplinario, el cual posibilita que se aborden de manera integral las condiciones de los sujetos diagnosticados con este tipo de enfermedades, en donde Trabajo Social ocupa un lugar fundamental en la atención de estas personas, lo que se evidencia con lo planteado por algunas de las profesionales entrevistadas:

“a veces programamos reuniones donde hay otras personas del equipo también, entonces no es solo el Trabajador Social, sino que también está el médico, el psicólogo, a veces nutricionistas, a veces químico farmacéutico, como dependiendo de la intención de lo que queremos lograr con la familia dentro del proceso de tratamiento.” (Entrevista 3. Trabajadora Social. 11 de julio, 2017)

“se hace trabajo interdisciplinario porque nosotros solos no trabajamos” (Entrevista 6. Trabajadora Social. 26 de julio, 2017)

“acá hay nutrición, psicología, trabajadoras sociales, nefrólogo, médico general, coordinadora de enfermería, auxiliares y jefes todo ese proceso en que nosotros hacemos y queremos es mejorarle la calidad de vida a un usuario” (Entrevista 7. Trabajadora Social. 28 de julio, 2017)

El trabajo interdisciplinario para la atención a varones con enfermedades catastróficas es fundamental, pero lo lamentable, es que se encontraron algunas instituciones que no cuentan con la presencia de una o un profesional de Trabajo Social, en especial algunas fundaciones que trabajan con pacientes diagnosticados con VIH/Sida, o en instituciones donde atienden personas con artritis reumatoidea, y hasta en una institución donde se brinda atención a personas diagnosticadas con cáncer, lo cual es preocupante, pues no hay una atención y acompañamiento integral a estas personas; aunque se resalta que las instituciones que atienden pacientes con Insuficiencia Renal Crónica que están en tratamiento con diálisis peritoneal o hemodiálisis, cuentan con el área de Trabajo Social, lo que aporta un reconocimiento de la importancia de la profesión en el abordaje integral de su realidad, y de lo que aporta para la atención de los sujetos en este contexto, en lo que se puede avanzar considerablemente al vincular la perspectiva de género, pues es preciso

trabajar con varones de manera tal que se pueda fortalecer su relación con la salud y el cuidado de sí.

5.3.2 El método, maneras de intervenir profesionalmente

El método es la forma en la que actúa el o la profesional, compuesta por un conjunto de razonamientos que respaldan sus acciones de acuerdo con los momentos que se encuentren presentes en el método, los cuales son: estudio, diagnóstico, programación, ejecución, evaluación y sistematización. Del estudio a través del análisis se obtiene un encuadre de la situación para desarrollar las estrategias pertinentes, del diagnóstico se respalda la conceptualización y las tareas para comprender la realidad por medio de un razonamiento reflexivo para describir las situaciones específicas, con la planificación, se indica el camino de las acciones a realizar con un razonamiento analítico, y con la sistematización se reflexiona analíticamente toda la experiencia haciendo uso de la teoría. (Vélez, O. 2003).

Desde las intervenciones en el campo de la salud con varones en condición de una enfermedad ruinosa, se encontró que para iniciar el proceso se parte de un estudio socio – demográfico, socio – económico y familiar de cada sujeto involucrado, con el fin de establecer *riesgos sociales*, es decir, esos factores que pueden obstaculizar el adecuado proceso de estabilidad de la salud en los sujetos, y son precisamente esos focos en los que interviene el o la Trabajadora Social; además, cada proceso es sistematizado en la historia social, en la que se tiene el registro de todo el proceso que se lleva con cada persona. Estos elementos dejan ver claramente que el método empleado por las profesionales entrevistadas permiten que entren en juego todos los componentes antes mencionados, pero, estos se pueden fortalecer si se hacen a partir de una postura desde la perspectiva de género, pues precisamente reconocer las particularidades de los varones que se encuentran en este momento de su proceso salud – enfermedad en una condición de enfermedad catastrófica,

va a llevar a que se les reconozcan sus diferentes maneras de ser y estar en el mundo, lo que lleva a poder enfatizar en esas condiciones culturales que hacen que los varones enfrenten la enfermedad de determinada manera, y por ende, se pueden generar mayores impactos en la intervención.

Un aspecto a resaltar es que la intervención no se queda solo con la persona que es diagnosticada con alguna enfermedad, sino que se vincula también a la familia, y se permite hacer intervenciones en grupo, pues como lo planteó una de las expertas entrevistadas: [en el campo de la Salud Pública] *“tenemos las posibilidades de desarrollar todos los tipos de intervención propios del Trabajo Social”* (Entrevista 9. Experta. 23 de mayo, 2017), lo cual se pudo dar cuenta a partir de lo expresado por las profesionales; pero, a pesar de esto, el obstáculo que tiene la intervención es que se centra en las patologías y en el manejo de las mismas, lo que se puede trascender y ampliar, pues en los procesos salud – enfermedad como se planteó antes, no se deben centrar en este último componente, pues el cuidado de la vida y la salud son esenciales, y se deben enfatizar antes de que una persona llegue a una condición de enfermedad.

Por otro lado, es pertinente señalar que algunas profesionales expresaron que:

“Mientras esté hospitalizado, nosotros hacemos seguimiento de acuerdo al criterio médico y al criterio que tengamos cada una dependiendo a la primera evaluación” (Entrevista 2. Trabajadora Social. 17 de mayo, 2017)

“hay que aclarar que la atención que se hace acá es de hospitalización, es decir, que nosotros no podremos hablar de una intervención después de que salga de la clínica, la intervención que Trabajo Social hace acá, es sólo durante el tiempo de hospitalización, es decir en el momento que ingresa y hasta el momento que egresan, después de ahí a muchos de esos usuarios les perdimos la pista y ya no tenemos contacto con ellos” (Entrevista 6. Trabajadora Social. 26 de julio, 2017)

Lo que es lamentable, pues muchos sujetos solo reciben acompañamiento por parte de Trabajo Social mientras estén hospitalizados, más no durante todo el tiempo y

tratamiento de su enfermedad, pues se encontró que esto solo se da en personas con Insuficiencia Renal Crónica que estén en tratamiento con diálisis o hemodiálisis, pero, en trasplante renal, y en las demás enfermedades catalogadas como catastróficas contar con un o una profesional de Trabajo Social es mínimo, sea porque se llega a una hospitalización o porque el médico tratante remite a esta área ya que considera que puede haber un *riesgo social*, pero como tal el accionar profesional no está siempre presente, lo cual evidencia una falla en la atención integral en salud a los sujetos, pues no se hace una vinculación de todos los ámbitos que influyen en los procesos salud - enfermedad, sino que se están limitado en la patología biológica, sin trascender al relacionamiento con lo social, familiar, emocional, y laboral, elementos fundamentales para brindar un acompañamiento de calidad a los varones en condición de enfermedad de alto costo.

5.3.3 Estrategias que vinculan lo técnico - instrumental

Según Rosa María Cifuentes (2004), las técnicas corresponden a conjuntos de procedimientos utilizados por una ciencia, en este caso el Trabajo Social, para lograr conseguir los objetivos propuestos en la intervención, lo que corresponde a la acción propiamente dicha, por lo que se hace necesario que éstas guarden coherencia con los métodos empleados (Cifuentes, R. 2004)

Así pues, retomando lo encontrado en la investigación, una de las técnicas fundamentales para intervenir en el contexto de la salud, propiamente dicho con varones en condición de enfermedades catastróficas, es por medio de *las entrevistas*, en donde se da privilegio a la palabra y es a partir de esta que se realiza un encuadre con los sujetos, se hace el diagnóstico, y con este se permite definir los focos de intervención y se orienta como tal el proceso, esto lo hacen constar algunas profesionales al indicar:

“por medio de la conversación, siempre tengo unas preguntitas como claves [...] (se retoman elementos como) su estado de salud, su situación familiar, su ubicación geográfica, ¿dónde viven? ¿En qué barrio viven? ¿Cuál es su contexto? ¿Cómo es

su situación económica? [...] uno trata como de conocer la historia completa, entonces: ¿cuándo le dio la enfermedad renal? ¿Por qué le dio? ¿Dónde vive? ¿Con quién vive? ¿Qué hace? ¿Quién sostiene la casa económicamente? ¿Cómo son las relaciones con los hijos? porque muchas veces, digamos que las enfermedades se empeoran un poquito más por esos entornos como tan vulnerables.” (Entrevista 1. Trabajadora Social. 5 de mayo, 2017)

“durante la misma entrevista cuando uno está indagando como aspectos familiares, sociales, uno va detectando cositas. [...] uno sabe más o menos por donde se va a enrutando a través de una entrevista [...] para darle la orientación” (Entrevista 4. Trabajadora Social. 16 de junio, 2017)

“se le hace la entrevista al paciente, es una entrevista abierta no puede ser cerrada, realmente tenemos que hacerla abierta para poderle dar ese hilo a la comunicación y poder definir [...] el segundo paso que es la inducción al paciente es una entrevista abierta para poder conocer todo el contexto social, económico, laboral y poder identificar esas redes de apoyo o esos tejidos de red” (Entrevista 7. Trabajadora Social. 28 de julio, 2017)

El hecho de privilegiar una técnica como lo es la entrevista, abre la posibilidad de entrar en el mundo de significados de los sujetos, y así otorgarles un reconocimiento como poseedores de conocimiento y vivencias, con capacidad para expresarse y reconocerse, aunque esta podría ampliarse considerablemente y tener un mayor alcance si se tiene en cuenta la perspectiva de género, pues el poder partir del reconocimiento de las particularidades de los varones posibilita que la intervención tenga un horizonte mucho más amplio, pues los masculinos también tienen una carga emocional que ante la construcción hegemónica de masculinidad ha puesto una barrera para que se expresen de manera abierta, lo cual implica que las y los profesionales se piensen estrategias que posibiliten la expresión de los varones, y a su vez una comprensión de sus sentires, pero lamentablemente una vez más se encontró que las características genéricas no son primordiales al momento de intervenir, lo que se puede ver con la expresión de una de las profesionales:

“Independientemente si es hombre, si es mujer, se tiene cómo en cuenta su estado de salud, su entorno, su familia, su sustento económico” (Entrevista 1. Trabajadora Social. 5 de mayo, 2017)

Pero, retomando las palabras de una de las expertas entrevistadas, partir desde una postura de la perspectiva de género es fundamental, pues:

“tenemos la idea de que el hombre no sufre, que el hombre no llora, que el hombre no se enferma, que el hombre no le duele, pero además: le da miedo, no nombra [...] Claro que toca retomar elementos asociados al género, porque la atención en salud también tiene que ser capaz de pensarse la particularidad de los requerimientos del caso por cada caso [...] ¿qué implica disponerse para entender la fragilidad de ese masculino que es frágil también? [...] eso está atravesado por discursos de poder, y el poder vinculado y materializado en el cuerpo” (Entrevista 8. Experta. 19 de mayo, 2017)

Por otro lado, otra de las técnicas empleadas es el *informe social*, el cual según Bibiana Travi (2006) es un instrumento central en la toma de decisiones para la intervención profesional, este debe ser claro, conciso e imparcial, registrando cada encuentro que se tiene con los sujetos; esta técnica es muy valiosa, puesto que permite la sistematización de los procesos de intervención, siendo esto un elemento fundamental para fortalecer el quehacer profesional, pues permite la reflexión de la acción. Con referencia a esta técnica, una de las Trabajadoras Sociales entrevistadas dijo:

“primero cuando nos llega un paciente miramos la historia clínica, miramos el ingreso, muchos de los médicos escriben cositas como claves de la parte social, el paciente donde vive, si es casado, o sea, como esa parte mínima sociodemográfica [...] visualizar pues en la historia clínica cuál es el riesgo social [...] y ya después vamos a donde los pacientes, los evaluamos, venimos y hacemos el informe social en la historia” (Entrevista 2. Trabajadora Social. 17 de mayo de 2017)

Otras de las estrategias encontradas es generar nexos con instituciones, generando así redes interinstitucionales para la garantía de derechos con los sujetos con los que se interviene, según sus particularidades, es así cómo se genera

“contacto con redes de apoyo, por ejemplo ponerlos en contacto con la mesa de diversidad, mandarlos para una fundación, gestionar un lugar donde se puedan quedar después de egreso, [...], explicar cómo hacer el trámite para tener acceso al servicio de salud, contactar a la familia para que le brinda soporte” (Entrevista 6. Trabajadora Social, 26 de julio, 2017)

Lo que posibilita un mejor acompañamiento a los sujetos, para generar mayor impacto en las condiciones de vida a partir de una atención integral que involucre a varios sectores sociales en su responsabilidad con el cuidado de la salud, reconociendo las implicaciones de todos los contextos en los procesos salud – enfermedad.

Y por último, cabe destacar que los procesos de intervención educativos se enmarcan en la adherencia a los tratamientos, es así como entra en juego nuevamente lo planteado por Granda en cuanto a tener como centro la enfermedad, siendo un limitante en los alcances profesionales, pues desde Trabajo Social se puede ampliar este accionar, desde la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, generando de esta forma aportes significativos a la manera en que se conciben los procesos salud - enfermedad, encontrando en estos posibilidades de resignificar la existencia, lo que se amplía si se trabaja desde la perspectiva de género, pues como lo expresó una de las expertas entrevistadas: *“que nosotros como trabajadoras sociales, podemos acompañar los procesos educativos y fomentar en la educación en salud un enfoque de género”* (Entrevista 11. Experta. 13 de junio, 2017) Además de hacer una real prevención de la enfermedad, según lo plantea otra de las expertas entrevistadas:

“Trabajo Social puede hacer mucho en educación para la salud, entonces es un elemento que hay que tener en cuenta: educación para la salud, que se haría antes de; y ya en salud cuando ya se está vivenciando todo [...] Y lógicamente eso tiene que ser en compañía de equipos multidisciplinarios, acompañar a los médicos acompañar a las enfermeras, acompañar a todos aquellos profesionales de la salud que tengan que ver con un paciente digamos con un tipo de estas enfermedades” (Entrevista 10. Experta. 1 de junio, 2017)

Lo que impacta directamente en el accionar profesional en el campo de la salud, pues sería más amplio, y por ende centrado en lo positivo que ofrecen los procesos salud - enfermedad a los varones, trascendiendo la concepción negativa y limitante de una enfermedad catastrófica por ejemplo, lo que indiscutiblemente impone retos profesionales, para los que las y los profesionales de Trabajo Social tienen capacidades formativas para afrontar y generar nuevas maneras del quehacer que se ajusten a los contextos de la intervención.

5.4 LA POSTURA ÉTICO-POLÍTICA COMO DIMENSIÓN FUNDAMENTAL DE LA INTERVENCIÓN

Las y los profesionales de Trabajo Social en el medio en el que se encuentran desempeñando su quehacer, están rodeados de diversas situaciones que los llevan a ver la vida de una forma particular, esto se debe a su vivencia, su educación, su contexto, sus relaciones con las personas, las acciones en que está inmerso en su cotidianidad, es lo que lo llevan a constituirlo como ciudadano, que está inserto en una sociedad la cual tiene unas normas y leyes que debe respetar y cumplir. (Fóscolo, N. 2004)

Desde la intervención profesional del Trabajo Social se involucra a otros y otras, es así como entra en juego la cuestión ética, y se busca una transformación, involucrando una cuestión política. Actualmente, la apuesta política de Trabajo Social está sustentada “en la construcción de sujetos sociales, políticos y autónomos para participar activamente en asuntos que les competen.” (López, C, Muñoz, N, y Vargas, P. 2013. Pág. 189). Por otro lado, en cuanto a la ética, se tiene como punto de partida la responsabilidad, el compromiso de los y las Trabajadoras Sociales con la construcción de la profesión, por lo cual es necesaria una revisión constante como sujetos poseedores de valores individuales y colectivos, en donde entran en juego la autonomía en la toma de decisiones, la libertad en los actos morales, y la responsabilidad que tiene el accionar profesional. Siendo así, la postura ética hace referencia a la manera en la que actúa el sujeto, y lo político hace alusión a cómo va la profesión y la comunidad profesional, al igual que la apuesta que se tienen al momento de generar transformaciones por medio de la intervención (López, C, Muñoz, N, y Vargas, P. 2013)

5.4.1 La ética en la intervención

La intervención que se hace desde Trabajo Social con varones diagnosticados con enfermedades catastróficas, se ve mediada por diversos factores que incide directamente en la manera en que se orientan los procesos, en los cuales las y los profesionales se encuentra en un marco normativo no solo de la institución en la que se vincula laboralmente, sino que está sujeto a unas normas y leyes sociales a las que se debe acoger e implementar rutas de acción que vayan de acuerdo a ellas y a los objetivos que tenga la misma entidad ya sea pública o privada, y esto de una u otra forma le da un marco de acción a la o él Trabajador Social, pero es cada profesional que en última instancia le da la intencionalidad a su accionar, es justo ahí donde la ética y los valores que tienen cada profesional cobran vida y tiene un valor sumamente importante.

Desde la información generada para esta investigación, una de las profesionales entrevistadas reconoce que se sienten en confianza al ver que sus ideales, valores, normas y demás están al mismo nivel de la institución de la cual hace parte, en donde manifiestan su conformidad al ver que la labor que allí desempeñan es valiosa no sólo para otras personas, sino para sí mismas, pues manifiesta:

“A mí me ha pasado algo muy bonito y es que he contado con instituciones que han seguido con los valores que tengo desde casa, [...] y he contado con instituciones que cuentan con los mismos valores, el respeto por el otro” (Entrevista 3. Trabajadora Social. 11 de julio, 2017)

La intencionalidad del Trabajo Social en aras de llevar al cumplimiento de su objetivo en una institución determinada, debe tener una claridad conceptual y metodológica, esto no se construye meramente con la articulación entre la teoría y la práctica, pues tiene un trasfondo valioso en los valores, que se sustentan en la emotividad, lo personal y lo formativo de cada persona, eso es lo que dota de carácter su ejercicio profesional, a través de su compromiso y responsabilidad no solo con su quehacer profesional, sino con los sujetos a los cuales se enfrenta diariamente (Falla, U. Gómez, S. 2011). Desde lo expresado por una de las profesionales, se da cuenta el reconocimiento de

la autonomía de los sujetos, de sus capacidades propias y potencialidades para enfrentar las situaciones de su vida cotidiana, dejarlos ser sin tener que imponer lo que él o la profesional piense, lo cual es fundamental dentro de la ética profesional, pues da cuenta del respeto hacia los sujetos involucrados en la intervención, y el reconocimiento de sus propias capacidades, una de las profesionales expresa:

“Uno los empieza como a motivar, uno nunca los empuja, ni les dice vea: usted vaya haga esto [...] porque eso también tiene que nacer de ellos, eso tiene que nacer desde el mismo ser, pero uno empieza como a sugerirles y a meterse como por los laditos” (Entrevista 1. Trabajadora Social. 5 de mayo, 2017)

Lo anterior expresa lo humanista de la intervención profesional, ya que desde una apuesta profesional con compromiso con los otros y las otras se busca que los sujetos se empoderen de sus capacidades y “si a una persona se la trata como capaz de hacer cosas, de asumir un protagonismo, de tomar sus propias decisiones y elecciones, se le crean las condiciones para que pueda hacerlo” (Ander-Egg. 2012. Pág 66) lo que promueve al desarrollo de sus propias capacidades y potencialidades.

En el campo de la salud, y más que todo en situaciones donde se interviene con población con enfermedades catastróficas, en donde los tratamientos son costosos e implican un gasto significativo para el Estado, el profesional debe moverse en situaciones que ameritan la toma de decisiones y que deben estar bajo la norma, siendo política cada acción que se realice, ya sea de la institución o directamente del marco legal del país, y es allí en donde la ética obliga a actuar de una manera responsable, en la que se asuma las consecuencias de alguna decisión, ya sea tomada bajo instancias legales y procedimentalmente acertada, en las que debe ser su prioridad la protección y el desarrollo de la vida, lo que se puede ejemplificar de la siguiente manera:

“eso suena muy cruel, pero realmente es así porque a la hora de evaluar, hay que considerar si después de ese trasplante, nosotros no alcanzamos a garantizar que vaya a haber adherencia, ni que ese trasplante pueda funcionar desde la parte social, pero si hay factores de riesgo que incrementa la posibilidad de que ese trasplante se pierda de manera temprana, entonces hay que pensar si ese usuario es apto para ser trasplantado o es mejor que se siga en diálisis, no es una decisión que

tomes sólo trabajo social porque eso va después a una junta médica, pero sí tienen de cierta manera como peso” (Entrevista 6. Trabajadora Social. 26 de julio, 2017)

Además, cabe destacar que se pudo evidenciar una confidencialidad de los procesos llevados a cabo con cada sujeto, pues las profesionales en ningún momento hablaron de la intimidad de alguno de ellos, y al momento de sugerir un contacto con algún varón para realizar una entrevista, ellas no lo suministraron, pues es fundamental respetar la intimidad de cada sujeto, de quienes siempre se expresaron de manera respetuosa, lo que da cuenta de la confidencialidad como uno de los principios fundamentales en el quehacer profesional, el cual según el Código de Ética de los Trabajadores Sociales en Colombia (2015) es “otorgar a la información obtenida el carácter de secreto profesional, respetando la privacidad de los sujetos” (Consejo Nacional de Trabajo Social. 2015. Pág. 28) y las profesionales entrevistadas manifestaron lo importante que es este aspecto en la intervención social.

Con lo anterior, se evidencia que la postura ética que tienen las trabajadoras sociales entrevistadas, van acorde a lo estipulado en el código de ética, más cabe mencionar que al hablar de las enfermedades catastróficas, nos referimos a padecimientos modernos que son producto de los modos de la vida actual; por lo tanto es un reto para el profesional ir transformado esas posturas, que se acoplen a los nuevos contextos, como plantea Matus (2003) “la intervención social debe aportar a la construcción de nuevas subjetividades” (Matus. 2003. Pág. 122) que permitan que los sujetos sean más reflexivos, con una postura clara de su situación, para saber cómo defenderla y poder generar transformación, por lo que desde Trabajo Social hay que apostarle a la generación de cambios en la manera en que un los varones interpretan su realidad, de hacerlos conscientes en los temas de salud, y en especial el cuidado de sí, en pro de generar transformaciones en los roles tradicionales de las masculinidades.

5.4.2 Lo político en la intervención profesional

En el contexto en que se encuentra el o la profesional, quien representa un área de suma importancia para cualquier país, debe estar mediado por Leyes y Normas establecidas previamente, teniendo el deber de velar por hacerlas cumplir a cabalidad, al igual que darle orientación a su intervención según su postura política, pues como lo afirma Norma Fóscolo (2004), es el o la profesional quien desde el conocimiento del contexto en el que interviene, toma decisiones desde la intervención con los sujetos.

La actuación profesional tiene un enfoque socio-político, enmarcada en situaciones particulares de la sociedad en donde está presente algún grado de inconformidad social, y la vulneración de derechos humanos; así pues, el accionar profesional en el campo de la salud demanda tener una postura crítica a cada situación, en la que se pueda hacer un reconocimiento de los sujetos como poseedores de derechos, siendo fundamental la defensa y empoderamiento de los mismos, en donde la apuesta política de cada profesional es fundamental para apostarle a las transformaciones sociales desde la intervención. Además, su quehacer se fundamenta en unos principios y valores que buscan comprender la diferencias de cada sujeto para obtener relaciones de equidad, por lo que se hace indispensable tener en cuenta las condiciones genéricas de los varones involucrados en las intervenciones.

Algunas de las Trabajadoras Sociales entrevistadas, manifestaron su interés por hacer valer el cumplimiento de los derechos de los sujetos por medio de su intervención, y que en muchas ocasiones por el sistema en el cual se rigen, les son vulnerados, a lo que expresaron:

“Se debe garantizar que los derechos y los deberes de los usuarios se cumplan”
(Entrevista 4. Trabajadora Social. 16 de junio, 2017)

“Cuando es el único recurso es la forma para que la gente adquiera su tratamiento y demás, entonces me encanta hacer como ese tipo de asesorías, y decirles métase

por aquí, péguese de este artículo de este decreto, haga esto, haga lo otro y llevar un poquitico de esperanza” (Entrevista 5. Trabajadora Social. 23 de junio, 2017)

Así, se da cuenta de que se procura una defensa de los derechos en salud, pero, se pudo encontrar que esto depende de las instituciones en las que se encuentren, pues desde el ámbito privado no se da mucho privilegio a esto, lo que ocurre contrariamente en el ámbito público en donde se puede dar una mejor defensa de los derechos; pero, se considera que dentro de la ética y apuesta política de las y los profesionales ante cualquier situación se debe enfatizar en un real empoderamiento de los derechos de los sujetos, pues esto garantiza la construcción de mejores condiciones sociales.

Frente a lo anterior hay que tener en cuenta que uno de los focos fundamentales de la intervención, y que debe transversalizar todo el accionar profesional, es reconocer a los sujetos como poseedores de conocimientos, contribuir a su empoderamiento en derechos, e involucrarlos de manera activa en los procesos acompañados, pues son esenciales para la toma de decisiones de vida enmarcadas en la sociedad, en relación con sus propias vivencias y significados de la realidad. Esto lo afirma una de las profesionales que dicen que la importancia de la intervención muchas veces está:

“En poder ayudar a la gente, en sentir que vos en si no podes resolver, podes llevar un poquitico de esperanza y poder dar una solución que tal vez la persona la tenga pero en medio de su crisis no la ve, es eso básicamente, me da mucha satisfacción [...] Lo que más me gusta es poder orientar a la gente como para que salga del limbo que está, y hacerle ver las cosas un poquito diferentes [...] A veces después que el paciente que ya es terminal, ya no hay mucho que hacer pero llevar un poquitico de esperanza para esa familia, acompañamiento, ver ellas como se reorganizan con los consejos y orientación que le da, eso es una satisfacción muy importante.” (Entrevista 5. Trabajadora Social. 23 de junio, 2017)

Lo anterior da cuenta del humanismo que transversaliza la profesión, el cual según Ander-Egg (2012):

Visto desde el accionar propio del trabajador social, se trata de la cualidad por la cual un profesional tiene la capacidad de penetración y comprensión activa del otro,

en lo que es y en lo que son sus necesidades, problemas, emociones, preferencias, deseos, los centros de interés y las maneras de pensar de las otras personas con las que tenemos relaciones personales o laborales (Ander Egg. 2012. Pág. 47)

Por medio de esto, la intervención social va más allá de la resolución de problemáticas de manera superficial, logrando profundizar e involucrar otros aspectos que permitan dar un trato más humanizante a los varones con los que se interviene, logrando una comprensión holística de su realidad y por ende de la manera en que afrontan sus procesos salud - enfermedad.

Por otro lado, de la mano de las instituciones se puede fortalecer en muchos aspectos la intervención, pues es posible conjugar las diversas necesidades que tienen los sujetos, ya que desde la profesión se trabaja desde estas, y en las cuales se enfoca teniendo una postura frente a ellas, marcando la intervención como controladora y autoritaria, paternalista y compasiva o emancipadora, en la cual una mirada desde los derechos humanos a la ética profesional tiene la necesidad de comprometerse con el conocimiento, empoderamiento y promoción de los y las profesionales, sujetos e instituciones que se hagan responsables de las políticas sociales y el sistema de justicia.

CONCLUSIONES

A lo largo de los años, la salud masculina socialmente ha sido considerada un tema tabú ya que culturalmente se ha impuesto un ideal frente a lo que le compete al género masculino, en donde se piensa que tiene unas funciones dadas en diversos ámbitos de la vida cotidiana, esta concepción ha sido reproducida continuamente, presentándose aún hoy en día como un patrón repetitivo que muchas veces no deja ver más allá de lo que pasa realmente, por lo que esta construcción hegemónica de la masculinidad y sus efectos en la salud se ha convertido en un tema de interés para investigaciones a partir de los años 80' s, con lo que se ha podido conocer y analizar esas realidades que están ahí y que pocas personas se atreven a indagar.

Desde esta investigación se buscó develar los procesos de intervención del Trabajo Social con sujetos masculinos diagnosticados con enfermedades catastróficas, reconociendo la Salud Pública como uno de los campos de acción para la profesión que ofrece múltiples opciones para el quehacer profesional, y tomando como foco el ámbito hospitalario en el que se aporta desde un acompañamiento integral a los sujetos por medio del seguimiento, evaluación y análisis de las situaciones de la salud; así pues, se analizó la concepción del sujeto; la construcción del objeto de intervención; las intencionalidades presentes en el accionar profesional y la fundamentación epistemológica, teórica – conceptual, metodológica y ético política a la hora de intervenir con los varones en esta condición.

En primera instancia, cabe señalar que desde el Trabajo Social como disciplina, se ha indagado poco sobre situaciones que involucren a los varones, dando privilegio a los estudios orientados a las mujeres y menores de edad. Por otro lado, en el caso de las enfermedades catastróficas o ruinosas, si bien no ha sido directamente desde Trabajo Social, se ha presentado un avance importante en los estudios e investigaciones que han sido desarrolladas en Colombia y en diferentes lugares del mundo, lo que ha llevado a que desde la Salud Pública se vea como un tema de relevancia y al que se debe prestar atención.

Pero a pesar de esto, se presentan vacíos legislativos en materia de las enfermedades ruinosas, pues aunque en la Ley Colombiana se establezcan las patologías catalogadas de este tipo, solo se hace énfasis en la atención y tratamiento para la Insuficiencia Renal Crónica y el VIH/ Sida, sin embargo, para las demás enfermedades de alto costo no se hace una especificación para su atención, y por ende se puede ver fracturada un abordaje integral para los sujetos.

Ahora bien, teniendo en cuenta el objeto de investigación antes dicho, es preciso plantear las conclusiones encontradas en cada una de las dimensiones de la intervención profesional del Trabajo Social. Frente a la concepción que tienen de *los sujetos* las Trabajadoras Sociales entrevistadas, se hallaron tres tendencias: primero, lo ven como sujetos de derechos, con potencialidades y capacidades; segundo, como sujetos con deberes en torno a su enfermedad y adherencia a los tratamientos; y por último, les concibe como sujetos con inestabilidad emocional y/o frágiles; estas posturas permean el accionar, y ante la última, cabe cuestionarse acerca de la manera en que se involucran a los sujetos en los procesos, pues esta limita la relación que se construye con los otros.

En cuanto a las *diferencias genéricas*, se encontró distinción en la manera de asumir la enfermedad, como por ejemplo: las mujeres tienen mejor adherencia que los hombres a los tratamientos, pues a ellos se les dificulta asimilar estos procesos, lo que se puede dar gracias a la construcción hegemónica de la masculinidad, pero, cuando tienen buen soporte social como la esposa, una hermana o las hijas, que por lo general son las que asumen el rol de cuidadoras, a ellos se les facilita seguir adecuadamente los tratamientos; también los varones son muy precisos al momento de expresar lo que piensan o sienten por lo que la información generada en las sesiones se puede ver limitada, es por esto que en ocasiones las profesionales preguntan a la cuidadora acerca de aspectos de la cotidianidad que el sujeto no manifiesta claramente. De lo anterior se puede decir que la cultura y la sociedad tiene fuerte influencia en los comportamientos y actitudes que tienen las personas

de acuerdo al género, pues juegan un papel central en la construcción del mismo, en donde tiene influencia en la manera de asimilar los procesos salud – enfermedad.

En relación con lo anterior, otro hallazgo importante de la investigación fue que en la intervención no se hace una distinción entre hombres o mujeres según sus condiciones genéricas, y si bien, las profesionales se enfocan desde las particularidades de cada sujeto, no se parte del enfoque de género que permite acercarse más a la comprensión de las particularidades de cada sujeto, pues es fundamental entender que la construcción genérica marca diferencias entre hombres y mujeres en su forma de ser y estar en el mundo, elemento que aporta a un abordaje de manera integral, y más cuando se trata de trabajar con varones, ya que desde la construcción tradicional de la masculinidad ha dado como resultado una construcción de pautas comportamentales en los varones, las cuales afectan su manera de ser y estar en la sociedad, generando repercusiones en la manera en que asumen la vida, los riesgos, las emociones, la salud y la enfermedad.

Por otro lado, en cuanto al *objeto de intervención*, se destaca que este es construido de manera particularizada según las características y condiciones de cada sujeto, aunque no se tienen en cuenta condiciones genéricas para esto. Como objeto primordial, se encuentra la adherencia a los tratamientos, lo que remite a un objeto centrado en la enfermedad, limitando de cierta manera el accionar profesional, pues este se pueden direccionar a la educación, para reforzar las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, vinculando a los varones al cuidado de sí, superando la construcción tradicional de masculinidad que prima socialmente.

En cuanto a las *intencionalidades* de la intervención enmarcadas en este contexto, se concluye que van en concordancia con las que tienen las instituciones donde se atienden a varones diagnosticados con enfermedades ruinosas, es decir, el tratamiento de la enfermedad por medio de la adherencia a los tratamientos, por lo que el accionar se

direcciona a la asesoría frente la enfermedad, y activar recursos propios de los sujetos para afrontar las situaciones que implican las mismas. Además, un aspecto a resaltar es que desde las intervenciones se vincula a la familia, o en su defecto a las personas más cercanas al sujeto en condición de algún padecimiento objeto de este estudio, permitiendo así realizar intervenciones en grupo.

Y, como último elemento necesario a abordar desde esta investigación, se encuentra la *fundamentación de la intervención*, desde sus diferentes dimensiones. En primer lugar, desde la *fundamentación epistemológica* se privilegia tomar postura desde el paradigma histórico – hermenéutico, desde el cual se da un reconocimiento de la historicidad, sentires, saberes, y significados que poseen los sujetos, dando así mayor importancia a su palabra, lo que permite construir procesos de intervención en los que los sujetos involucrados tengan un papel activo dentro de los mismos, pues son precisamente ellos y ellas quienes tienen todo el potencial para afrontar las situaciones difíciles a las que se enfrentan, en torno a las cuales han construido unos significados desde su experiencia en la vida cotidiana, lo cual es esencial tener en cuenta al momento de intervenir.

En segundo lugar, desde la *fundamentación teórica*, se encontró que las profesionales retoman su referente teórico desde dos corrientes, una es el interaccionismo simbólico, desde el cual permiten dar prioridad a lo propio de cada sujeto, reconocer sus particularidad, y trabajar desde allí; y por otro lado, se encuentra la Teoría General de Sistemas, desde la cual se analiza la interrelación de los diferentes contextos en los que se encuentran inmersos los sujetos, para lograr una armonía entre los mismos. Desde ambas posturas, se resalta que las profesionales parten de un reconocimiento de la realidad biopsicosocial de los sujetos, lo que permite trascender la mirada biologista de los procesos salud – enfermedad, y vincular en estos los demás ámbitos de la vida en la que los sujetos se desenvuelven cotidianamente.

En cuanto a los *conceptos* claves para las intervenciones, se pudo ver que ante todo se da un reconocimiento de la *enfermedad* como un estado por el que está atravesando el sujeto, el cual tiene implicaciones marcadas para su vida, pues trae consigo problemáticas al impactar todas las esferas de su vida, así, se puede decir que las intervenciones retoman este concepto de manera permanente, lo que implica que sea el centro de atención, dejando a un lado la *salud*, limitando así el accionar profesional y por ende los alcances y transformaciones que se pueden generar.

En tercer lugar se encuentra la *dimensión metodológica*, en la construcción de esta se parte de las particularidades de cada proceso, siendo llevados de manera particularizada, en donde Trabajo Social hace parte de un equipo interdisciplinario que atiende de manera integral a los varones diagnosticados con enfermedades ruinosas, aportando desde un enfoque biopsicosocial de la realidad a la identificación de riesgos sociales que puedan obstaculizar el normal funcionamiento de los tratamientos de cada varón, valiéndose de un arsenal técnico en donde se privilegia la entrevista, para construir la historia social de cada sujeto y con ello brindar un acompañamiento acorde a cada situación.

Y por último, desde la fundamentación *ético – política*, las profesionales mostraron mucho respeto hacia los sujetos con los que intervienen, procurando siempre la confidencialidad de la información de cada uno, lo cual es fundamental en la relación establecida, además, se reconocen las capacidades y autonomía de cada sujetos, lo que lleva a que las profesionales no impongan lo que consideran que deben hacer, teniendo esto como referencia para la toma de decisiones de manera coherente con la realidad de cada varón; y, en cuanto a la apuesta política, se busca la defensa y garantía del derecho en salud, aunque esto depende de las instituciones en las que labora cada profesional, pues desde el ámbito público es complejo este asunto, y, se trabaja en el cumplimiento de los deberes que tiene cada sujeto con su tratamiento.

RECOMENDACIONES

A partir de los hallazgos de la investigación, se plantean las siguientes recomendaciones para el quehacer profesional del Trabajo Social en el campo de la Salud Pública, en específico la labor que se hace en el ámbito hospitalario con varones diagnosticados con enfermedades catastróficas:

- ❖ Retomar una postura desde la perspectiva de género, aún más enfocado en varones, pues precisamente por la construcción social y cultural que se hace de los géneros y aún más en el contexto colombiano, se hace pertinente profundizar en este enfoque desde la intervención, y con esto, generar aportes en cuanto igualdad y participación activa de los varones en su proceso de atención en salud, pues se hace necesaria una reconfiguración de lo masculino, que permita transformar la realidad de los varones diagnosticados con enfermedades de alto costo, y por ende, tener una mirada más amplia que permita acercarse a la comprensión de las particularidades de cada sujeto, desde la construcción genérica que marca diferencias entre hombres y mujeres en su forma de ser y estar en el mundo, elementos que aporta a un abordaje de manera integral.

- ❖ Analizar y comprender el proceso salud – enfermedad en los varones a partir del reconocimiento de sus particularidades genéricas, y de esta manera apostarle a la transformación de la construcción hegemónica de la masculinidad, lo que tendría un impacto directo en el cuidado de sí de ellos y en el diseño de políticas públicas en salud.

- ❖ Superar la enfermedad como principal foco de atención en este contexto, pues desde Trabajo Social se puede aportar mucho más, a partir de la dinamización de los saberes, con lo que se puede apostar a tomar como principal objeto de intervención la salud, trabajando en la promoción de esta, para una verdadera prevención de la enfermedad, encontrar las potencialidades y oportunidades que surgen en los procesos salud – enfermedad de los varones.

❖ Apostarle desde la intervención al empoderamiento de los derechos de los sujetos involucrados en estos procesos, en pro de lograr una mejor atención en salud, que sea de calidad e integral, donde adquieran las herramientas necesarias para empoderarse de sus derechos en salud.

❖ Contribuir a la construcción de Políticas Públicas que no se centren únicamente en las mujeres, niños, niñas, adolescentes y adultos mayores, sino que se vincule en estas a los varones, para apostarle a la igualdad y participación de ellos en temas de la salud, e ir rompiendo con la construcción hegemónica de la masculinidad.

❖ En relación a las y los futuros profesionales de Trabajo Social, es necesario hacer hincapié en la necesidad que desde la academia se generen apuestas para contribuir a la formación de profesionales críticos en el área de la salud, que se interesen por defender, atender e intervenir con calidad y compromiso las diversas situaciones del proceso Salud - Enfermedad que los colectivos humanos enfrentan.

❖ Por último, se hace necesario reforzar las investigaciones en este campo, pues lamentablemente hay un gran vacío en este tema, en el cual desde Trabajo Social se puede aportar desde el área de la salud pública, por medio de la educación en los temas de salud, para reforzar todas las estrategias que se están direccionando a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Además, se hace necesario potenciar la investigación profesional, pues con esta se llega a aportar en gran medida al abordaje integral de los varones en condición de enfermedad catastrófica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alcaldía de Medellín. (2012) *Mapa de indicadores Básicos en Salud 2012*. Secretaría de Salud. Recuperado de: <https://www.medellin.gov.co/irj/portal/medellin?NavigationTarget=navurl://5f2ee2d7a16ae700cf3c25aa380d731f>

Alcaldía de Medellín (2016) *Plan de desarrollo Medellín cuenta con vos*. Alcaldía de Medellín: Medellín.

Ander, E. (1972). Cómo ayudar se transformó en una profesión. En: *Introducción al Trabajo Social*. Buenos Aires: Editorial Hvmánitas. (PP. 95 - 111)

Ander, E. (1972). Qué hacen los Trabajadores Sociales. En: *Introducción al Trabajo Social*. Buenos Aires: Editorial Hvmánitas. (PP. 29 – 70)

Ander-Egg, E. (2012). Capítulo 3: Cualidades, capacidades y actitudes vitales que expresan el Perfil Profesional de un Trabajador Social inspirado en una concepción humanista: En: *Humanismo y trabajo social*. Interacción y Perspectiva Revista de Trabajo Social 2012 Vol.2 n°1 pp.47-79

Aquín, N. (1995.) *Acerca del Objeto del Trabajo Social*. Recuperado de: <http://www.ts.ucr.ac.cr/perspectiva.htm>.

Aquín, N. (1996). La relación sujeto – objeto en Trabajo Social. En: *La especificidad del Trabajo Social y la formación profesional*. PP 67 – 82. Argentina. Espacio Editorial.

Arango, L. (2011) *El trabajo y la Ética del Cuidado*. Universidad Nacional de Colombia. La Carreta Editores. Recuperado de: <http://sgpwe.izt.uam.mx/pages/egt/Cursos/SeminarioTNC/Arango.pdf>

Arias, S. (2007) *Aportes de una lectura en relación con la ética del cuidado y los derechos humanos para la intervención social en el siglo XXI*. Universidad de la Salle Facultad de Educación, Universidad Javeriana. Recuperado de: <http://www.humanas.unal.edu.co/tsocial/files/5912/7670/1813/revista9->

Aportes%20de%20una%20lectura%20en%20relacin%20con%20la%20tica%20del%20cuidado.pdf

Betancourt, G. y Llamas, C. (2011) *Enfermedades huérfanas sin apoyo en Colombia*. Universidad Nueva Granada. Facultad de Ciencias Administrativas. Bogotá. (PP. 1- 48).

Bonino, L. (2001). *Salud, varones y masculinidad*. Recuperado de: https://scholar.google.com/scholar?start=10&q=m masculinidades+y+salud&hl=es&as_sdt=0,5&as_vis=1

Bürgin, M. Hamilton, G y Otros. (2014) ¿Qué significa “enfermedades catastróficas”? En: *Respuestas a las enfermedades catastróficas*. Fundación CIPPEC. Buenos Aires. Primera edición. (PP. 13 – 29). Recuperado de: <file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/bb223ling2anx740.pdf>

Bustamante, D, Cardona, L, Y Mesa, M. (2009) *Intervención de trabajo social frente a la problemática de niños y niñas con cáncer y sus familias en el contexto actual de la salud enmarcada en la ley 100 de 1993*. Medellín: Universidad de Antioquia.

Camelo, A y Cifuentes, R. (Octubre 2006). *Aportes para la fundamentación de la intervención profesional en Trabajo Social*. En: Revista Tendencia & Retos. N° 11 (PP. 169-187)

Cano, S, Carvajal, V, y Rendón, M. (2006). *Cuidados paliativos en pacientes terminales oncológicos y sus familias: una intervención desde el trabajo social*. Medellín: Universidad de Antioquia.

Cardona, J. Peláez, L. López, J. Entre otros. (2009) “Calidad de vida relacionada con la salud en adultos con VIH/sida, Medellín, Colombia”. Escuela de Microbiología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/html/843/84322449008/>

Cifuentes, R. (2004). *Aportes para “leer” la intervención de Trabajo Social*. San José, Costa Rica: XVIII Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social. La cuestión Social y la formación profesional en Trabajo Social en el contexto de las nuevas relaciones de poder y la diversidad latinoamericana.

Cifuentes, R. (2014). Modalidades, estrategias y técnicas de investigación cualitativa. En: *Diseño de proyectos de investigación cualitativa*. (PP. 43 - 100) Buenos Aires: Noveduc.

Cisterna, F. (2005) *Categorización y triangulación como procesos de validación del conocimiento en investigación cualitativa*. Recuperado de: http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/34876362/categorizacion_y_triangulacion.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1489008585&Signature=LXSbAwxNHEhZyVUutSDKOJ6KtK0%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DCATEGORIZACION_Y_TRIANGULACION_COMO_PROC.pdf

Clínica Medellín (Noviembre, 2000) Explorando soluciones concertadas. En: *Periódico El Pulso*. Medellín, Colombia. Año 2. No. 26. Recuperado de: <http://www.periodicoelpulso.com/pdf/El%20Pulso%2026%202000%2011.pdf>

Congreso de Colombia. (Julio 15. 2005) *LEY 972 DE 2005. Por la cual se adoptan normas para mejorar la atención por parte del Estado colombiano de la población que padece de enfermedades ruinosas o catastróficas, especialmente el VIH/Sida*. Págs. 1 - 5. Recuperado de: <http://www.ins.gov.co:81/normatividad/Leyes/LEY%200972%20DE%202005.pdf>

Congreso de Colombia (3 de Agosto de 2009) *Proyecto de Ley N° 113 de 2009. Por el cual se adiciona el Artículo 9 de la Ley 797 de 2003 y se dictan otras disposiciones*. Recuperado de: <http://legislacion.vlex.com.co/vid/proyecto-ley-ca-mara-451367214>

Consejo Nacional de Trabajo Social. (2013). *Código de Ética profesional de los Trabajadores Sociales de Colombia*. Bogotá: Grupo Editorial Ibañez.

Consejo Nacional de Trabajo Social. (2014). *Trabajo Social en el Sistema de Salud Colombiano – Perfiles y competencias básicas del Trabajador Social*. Bogotá: C.N.T.S

DANE- *Estimaciones conciliación censal 1985-2005 y Proyecciones 2005-2020*. Recuperado de:

http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/8Tablasvida1985_2020.pdf

De Keijzer, B. (1997). El varón como factor de riesgo: masculinidad, salud mental y salud reproductiva. En: Tuñón E. Coordinadora. *Género y salud en el sureste de México*. Villa Hermosa: ECOSUR/UJAD. (PP. 67-81)

De Keijzer, B. (2003). Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. *La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina*. Lima, Perú: Foro Internacional en Ciencias Sociales y Salud, 137-152.

El congreso de la república de Colombia (23 de diciembre de 1993) El Sistema General de Seguridad Social en Salud: Objetos, fundamentos y características del sistema En: *Ley 100 de 1993* Recuperado el 7 de octubre de 2016 de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=5248>

Elterman, D y Pelman, R (2014) *Salud masculina: un Nuevo paradigma, estrategias para la atención de salud, apoyo educación e investigación*. Revista Médica Clínica Las Condes, (PP. 40-45). Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/276482117_Salud_masculina_un_nuevo_paradigma_estrategias_para_la_atencion_de_salud_apoyo_educacion_e_investigacion

Entrevista # 1, Trabajadora Social, 5 de mayo, 2017. Medellín.

Entrevista # 2, Trabajadora Social, 17 de mayo, 2017. Medellín

Entrevista # 3, Trabajadora Social, 11 de Julio, 2017. Medellín.

Entrevista # 4, Trabajadora Social, 16 de junio, 2017. Medellín.

Entrevista # 5, Trabajadora Social, 23 de junio, 2017. Medellín.

Entrevista # 6, Trabajadora Social, 26 de julio, 2017. Medellín.

Entrevista # 7, Trabajadora Social, 28 de julio, 2017. Medellín.

Entrevista # 8, Experta: Natalia Andrea Arroyave Botero, 19 de mayo, 2017. Medellín.

Entrevista # 9, Experta: Nora Eugenia Muñoz Franco, 23 de mayo, 2017. Medellín.

Entrevista # 10, Experta: Luz Helena Barrera Pérez, 1 de junio del 2017. Medellín.

Entrevista # 11, Experta: Josefina Díaz Restrepo, 13 de junio, 2017. Medellín.

Entrevista # 12, Experta: Claudia Isaza, 23 de mayo, 2017. Medellín.

Entrevista # 14. Paciente trasplantado renal: Gilfus de Jesús Jaramillo. 18 de junio, 2017. Medellín

Entrevista # 15, Coordinador Unidad Renal Dialiser. 11 de agosto, 2017. Medellín

Estrada, J. (2011). La articulación de las categorías género y salud. En: *Teoría crítica de la sociedad y la salud pública*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia y Universidad de Antioquia. (PP. 149 - 163)

Falla, U. Gómez, S. (2011). *La intervención en lo social y la construcción de un proyecto político del Trabajo Social*. Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca. Colombia

Farak, L, Escobar, O, y Guerra, R. (2012). *Investigación documental de la intervención del trabajo social con familias en el campo de la salud a partir de los trabajos de grado realizados entre los años 2000 y 2010 en las facultades de trabajo social de la universidad de Antioquia y la Universidad Pontificia Bolivariana*. Medellín: Universidad de Antioquia.

Faur, E. (2004). Capítulo 1: El pensamiento sobre la masculinidad. En E. Faur, *Masculinidades y Desarrollo Social: Las relaciones de género desde la perspectiva de los hombres*. Bogotá: Arango Editores. Recuperado el 8 de septiembre de 2016 de: <http://www.unicef.org/ecuador/masculinidades.pdf>

Fóscolo, N (2004). *La ética ciudadana: una fundamentación de la ética profesional del trabajador social*. Revista Confluencia, año 1, número 4. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales Universidad Nacional de Cuyo. Mendoza, Argentina.

García, S. (1998) *Especificidad y Rol en Trabajo Social*. Lumen Hvmánitas. Buenos Aires.

González, A. (Octubre – diciembre 2003). Los paradigmas de la investigación en Ciencias Sociales. En: Islas. (PP. 125-135)

Guerrero, D, y Guzmán, M. (2013). *Procesos funcionales en la familia, cuando la madre o el padre son ostomizados, aportes desde el trabajo social*. Medellín: Universidad de Antioquia.

Granda, E. (2001) *Políticas Públicas Saludables*. En: Varios autores (2011). *Edmundo Granda Ugalde. La salud y la vida*. Volumen 3. Quito. (PP. 12 -20)

Grupo Banco Mundial. (2016). *Esperanzas de vida al nacer*. Recuperado de: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.FE.IN?end=2014&start=2014&view=bar>

Hernández, Y. Ramírez, E. y Salgar, K. (2012). *La batalla entre el dicho y el hecho: percepción de los jóvenes varones sobre el cuidado de sí en salud*. Medellín, Colombia.

Hospital Universitario San Vicente de Paul, Medellín (Noviembre, 2000) *No se deben asegurar planes de beneficios, sino personas*. En: *Periódico El Pulso*. Medellín, Colombia. Año 2. No. 26. Recuperado de: <http://www.periodicoelpulso.com/pdf/El%20Pulso%2026%202000%2011.pdf>

Iñiguez, L. (2003). El análisis del discurso en las ciencias sociales: variedades, tradiciones y práctica. En: *Análisis del discurso. Manual para las ciencias sociales*. Barcelona: Editorial UOC. (83 - 123)

Kisnerman, N. (1981). Richard C. Cabot, creador del Trabajo Social Hospitalario. En: *Trabajo Social y salud pública*. Buenos Aires: Editorial Hvmanitas. (PP. 115 - 120)

Kisnerman, N. (1997). Lo social. En N. Kisnerman, *Pensar el Trabajo Social* (PP. 85-143). Buenos Aires – México: Hvmanitas.

Kisnerman, N. (1998). *Pensar el Trabajo Social. El objeto, la unidad de trabajo y los objetivos*. Buenos Aires: Hvmanitas.

Lamas, M. (1995). Cuerpo e identidad. En: Arango, L, León M, y Viveros, M [compiladoras]. *Género e identidad. Ensayos sobre lo femenino y lo masculino*. Bogotá DC: Ediciones Uniandes. (PP. 61 - 81)

Leal, G. (Enero – Junio 2015). Las escuelas de servicio social en Colombia. En: *Tendencias y Retos*. Vol. 20. N° 11

Lima, B. (1975) *Epistemología del Trabajo Social Buenos Aires*. Hvmánitas.

Lifstchitz, E. (agosto, 2011) *¿Qué son las enfermedades catastróficas?* Consultorio de salud No. 2. Argentina. (PP. 1 - 4.)

Lopera, B, y Ocampo, N. (2014). *Transformaciones en la estructura de la familia de un adulto mayor con trasplante de órganos vitales una mirada desde el trabajo social*. Medellín: Universidad de Antioquia.

López, C, Muñoz, N, y Vargas, P. (2013) Contribuciones epistemológicas para la resignificación del concepto de intervención social y profesional desde el Trabajo Social. En: Valderrama, M. Y Vargas, P [Compiladoras]. *Fundamentos teóricos y metodológicos de la intervención en Trabajo Social. Memorias II Seminario Internacional*. Buenos Aires: Lumen Hvmánitas. (PP. 169 - 196)

Mardones, F. (Julio 2004) *Algunos antecedentes sobre la inequidad en la situación de salud del adulto mayor en Chile*. Revista Cubana Salud Pública. Vol. 132. No. 7. Pontificia Universidad Católica de Chile. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004000700013&lng=en&nrm=iso&tlng=en

Matus, T (1999) *Propuestas contemporáneas en Trabajo Social, hacia una intervención polifónica*. Buenos Aires: Espacio.

Matus, T (2003). La construcción del Trabajo Social contemporáneo. Congreso XI de Trabajo Social, Revista Prospectiva N° 8. Manizales 19-22. Recuperado de: <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/1184/1/Prospectiva%208%2Cp.111-122%2C2003.pdf>

Medellín cómo vamos. (2016). *Informe de Calidad de vida de Medellín 2012 – 2015*. Unidad Coordinadora: Medellín.

Medellín cómo vamos. (21 de Octubre de 2017). *Medellín Cómo Vamos*. Recuperado de: <http://www.medellincomovamos.org/>

Mejía, L, y Vallejo, V. (2013). *El quehacer de los profesionales en trabajo social del equipo interdisciplinario en pacientes jóvenes esquizofrénicos y sus familias del hospital mental de Bello-Antioquia-HOMO*. Medellín: Universidad de Antioquia.

Ministerio de la Protección Social. (Julio 27 de 2007). *Resolución 2565 de 2007*.

Ministerio de la Protección Social. (Octubre 21 de 2009). *Resolución 3974 de 2009*.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Salud Pública*. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/SaludPublica.aspx>

Montoya, S. (Mayo - Agosto. 2017) Calidad de vida en pacientes trasplantados renales de una institución prestadora de servicios de salud en Medellín, Colombia. En: *Revista Universidad y Salud*. Vol. 19 N°.2. Ciudad Universitaria Torobajo: San Juan de Pasto, Nariño- Colombia. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-71072017000200237&script=sci_arttext&tlng=es

Moral, M. (2008). *Crítica a la visión dominante de salud – enfermedad desde la psicología social de la salud*. Patologización preventiva de la vida cotidiana. *Boletín de Psicología*, 85 – 104.

Mosquera, M, y Morales, N. (2013) *Dinámicas familiares y cuidados paliativos de mujeres con enfermedades crónicas degenerativas*. Medellín: Universidad de Antioquia.

Muñoz, N. (2011). La salud pública con perspectiva de género... apuntes para un debate sobre su fundamentación. En: *Teoría crítica de la sociedad y la salud pública*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia y Universidad de Antioquia. (PP. 163 - 174)

Muñoz, N. (2013). *Varones y cuidado de sí. Los costos del privilegio para la salud masculina*. Medellín, Colombia.

Nieto, L. (Noviembre, 2005) *Análisis del Comportamiento de la Siniestralidad por Enfermedades Catastróficas en una Empresa Promotora de Salud-Colombia*. *Revista de salud pública*. Vol. 7.

OPS/OMS *Cáncer en las Américas. Indicadores básicos 2013*. Recuperado de: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=25331&Itemid=270.

OPS/ OMS, Ministerio de Salud y Protección Social República de Colombia. *Indicadores básicos. Situación de Salud en Colombia 2011*. Recuperado de: http://achc.org.co/documentos/investigacion/estadisticas_sector/externas/OPS/10.%20Indicadores%20Basicos%20de%20Salud%20Colombia%202011.pdf

Orfila, R. (enero - junio 2009). *Una mirada al proceso salud enfermedad a través de las Ciencias Sociales*. Vol. 2. N° 3. Valencia, Venezuela: Universidad de Carabobo. (PP. 105 - 126)

Passos, R. (2011). ¡Otra salud es posible!. En: Varios autores. *Edmundo Granda Ugalde. La salud y la vida. Volumen 3*. Quito, Ecuador. (PP. 65 - 74)

Pratt, H. (2001). *Diccionario de sociología*. México: Fondo de cultura económica.

Quintero, J. y Correa, L. (2009). *Enfermedades catastróficas en el sistema general de seguridad social en salud en Colombia*. Universidad de Cartagena. Revista jurídica Mario Alario d´ Filippo. (PP. 1 – 19)

Ramírez, D, y Castañeda M. (Enero – Junio de 2011) Encuentros y rupturas en la historia del Trabajo Social en Brasil y Colombia. En: *Revista Trabajo Social*. N° 13 (PP. 9 - 31)

Restrepo, C. (2013). *Contexto colombiano de la década de los 80s y su incidencia en la concepción del cuidado de sí en la salud masculina*. Medellín, Colombia.

Rincón, H. Castillo, A. Reyes, C y otros. (Julio, 2006). *Atención psicosocial integral en enfermedad catastrófica (Atinar)*. Revista Colombiana de Psiquiatría, Suplemento vol. XXXV. (PP.1 -28.)

Santos, H. (abril - junio. 2006) *Relación entre la pobreza, iniquidad y exclusión social con las enfermedades de alto costo en México*. Revista Cubana Salud Pública. Tabasco, México. Vol. 34. No. 2. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662006000200007&script=sci_arttext&tlng=en

Santos, H. (abril - junio. 2008) Pobreza y marginalidad como criterio de priorización para las enfermedades catastróficas en México. Revista Cubana Salud Pública.

Vol. 34. No. 2. Ciudad de la Habana. Recuperado de:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000200003

Santos, H. Martínez, S y otros. (2011) *La demanda potencial y la oferta de servicios de salud para las enfermedades catastróficas en México*. Revista, Gerencia, Política, Salud. Bogotá.

Taylor, S, y Bogdan, R. (1992). La entrevista en profundidad. En: *Introducción a los métodos cualitativos de investigación* (1ª reimpression) España: Editorial Paidós. (PP. 100 - 132)

Travi, B. (2006). *La dimensión técnico - instrumental en Trabajo Social*. Buenos Aires: Editorial Espacio.

Vargas, P, y Muñoz, N. (2011). *Informe final de investigación. Estado del arte sobre la fundamentación teórica y metodológica de la intervención profesional en Trabajo Social: estudio realizado en cuatro países latinoamericanos (Argentina, Brasil, Chile y Colombia) Periodo 1998 – 2008*. Medellín: Universidad de Antioquia.

Vélez, O. (2003). La cuestión metodológica: convergencias operativas o especificidad funcional. En: *Reconfigurando el trabajo social. Perspectivas y tendencias contemporáneas* Buenos Aires: Espacio. (PP. 53 – 94).

Viveros, M. (2001). Masculinidades. Diversidades regionales y cambios generacionales en Colombia. En: *Hombres e identidades de género*. Colombia: Universidad Nacional de Colombia. (PP. 35 - 152)

ANEXOS

Anexo 1

INTERVENCIÓN DESDE TRABAJO SOCIAL CON VARONES DIAGNOSTICADOS CON ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS

Línea de énfasis: Intervención en Trabajo Social con énfasis en Salud Pública

Universidad de Antioquia. Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Departamento de Trabajo Social.

Nombres investigadoras:

Eliana Sierra Alzate
Elizabeth Padierna Cano
Yury Paola Jaramillo Velásquez
Entrevista semi - estructurada

Objetivo: conocer a través de una conversación, la manera en que se desarrollan los procesos de intervención profesional con sujetos masculinos diagnosticados con enfermedades catastróficas.

Dirigida a: profesional de Trabajo Social

Fecha: _____ **Hora de inicio:** _____ **Hora de finalización:** _____

Lugar: _____

Preguntas de caracterización:

Nombre: _____

Estado civil: _____ **Edad:** _____ **Sexo:** _____ **Universidad de egreso:** _____
Entidad en la que trabaja: _____

Tiempo de vinculación con la entidad: _____

Aspectos a desarrollar

Tema I: sujeto de intervención

¿Cómo es la relación establecida con los sujetos que interviene?

¿Qué piensa de los sujetos con los que interviene?

¿Qué elementos de la cotidianidad de los varones son tenidos en cuenta en la intervención?

¿Qué impactos considera ha tenido la intervención en la vida de los sujetos?

Tema II: objeto de intervención

¿Cuándo asumes un campo de trabajo cómo sabes en qué asuntos concretos intervenir?

¿Qué elementos se priorizan para la intervención profesional?

Tema III: intencionalidades

¿Cómo llegó a este escenario laboral?

¿Qué le motiva a estar ahí?

¿Te gustaría estar en otro campo de trabajo?

Tema IV: fundamentación teórica, conceptual, epistemológica, metodológica y postura ético político

Descríbenos la ruta que sigues para el proceso de intervención

Descríbenos un día de trabajo.

Anexo 2

**INTERVENCIÓN DESDE TRABAJO SOCIAL CON VARONES
DIAGNOSTICADOS CON ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS**

Línea de énfasis: Intervención en Trabajo Social con énfasis en Salud Pública

Universidad de Antioquia. Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Departamento de Trabajo Social.

Nombres investigadoras:

Eliana Sierra Alzate
Elizabeth Padierna Cano
Yury Paola Jaramillo Velásquez

Entrevista semi - estructurada

Objetivo: conocer desde la experiencia de varones diagnosticados con enfermedades catastróficas, la manera en que se han desarrollado los procesos de intervención desde Trabajo Social.

Dirigida a: sujetos masculinos diagnosticados con enfermedades catastróficas.

Fecha: _____ **Hora de inicio:** _____ **Hora de finalización:** _____

Lugar: _____

Preguntas de caracterización: Nombre: _____

Estado civil: _____ **Edad:** _____ **Ocupación:** _____

Aspectos a desarrollar

Tema I: llegada a la institución

¿Cómo llegó a vincularse con esta institución?

¿Cómo fue el proceso de recepción?

Tema II: acompañamiento desde Trabajo Social

¿Cómo se inició el proceso de acompañamiento con el/la Trabajadora Social?

Descríbenos el proceso de acompañamiento con él o la Trabajadora Social.

¿Cómo se ha sentido durante el acompañamiento con el/la Trabajadora Social?

Tema III: consideraciones frente al proceso

¿Cómo considera que ha influido el acompañamiento desde Trabajo Social en su vida? Considera que el acompañamiento desde TS le ha servido ¿Cómo?

¿Cómo considera que se puede mejorar del proceso de acompañamiento con el/la Trabajadora Social?

Anexo 3

INTERVENCIÓN DESDE TRABAJO SOCIAL CON VARONES DIAGNOSTICADOS CON ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS

Línea de énfasis: Intervención en Trabajo Social con énfasis en Salud Pública

Universidad de Antioquia. Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Departamento de Trabajo Social.

Nombres investigadoras:

Eliana Sierra Alzate

Elizabeth Padierna Cano

Yury Paola Jaramillo Velásquez

Entrevista semi - estructurada

Objetivo: conocer a través de una conversación los elementos centrales para llevar a cabo procesos de intervención desde Trabajo Social con varones diagnosticados con enfermedades catastróficas.

Dirigida a: Trabajadoras y Trabajadores Sociales formados en el área de la salud y con amplia trayectoria del ejercicio profesional en el mismo.

Fecha: _____ **Hora de inicio:** ____ **Hora de finalización:** ____ **Lugar:** _____

Preguntas de caracterización:

Nombre: _____

Estado civil: ____ **Edad:** ____ **Sexo:** ____ **Universidad de egreso:** _____

Entidad en la que trabaja: _____ **Tiempo de vinculación con la entidad:** ____

Aspectos a desarrollar

Tema I: fundamentación del Trabajo Social

¿Cuál es la importancia del campo de la Salud Pública para Trabajo Social?

¿Cuáles son las posibilidades de la profesión en el campo de la Salud Pública?

¿Cómo contribuye Trabajo Social a los procesos de atención a varones diagnosticados con enfermedades catastróficas?

¿Qué propuestas haría para que los y las Trabajadoras Sociales fortalezcan su quehacer en este campo?

Tema II: varones en los procesos de intervención

¿Es necesario retomar elementos de género para la intervención profesional? ¿Por qué?

¿Qué particularidades son importante tener en cuenta acerca de los varones para trabajar con ellos?

¿Cómo aporta la intervención con varones a generar transformaciones sociales?

Anexo 4

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: intervención desde Trabajo Social con varones diagnosticados con enfermedades catastróficas

Cordial saludo:

Como estudiantes de pregrado de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de la Universidad de Antioquia, llevamos a cabo una investigación sobre la intervención desde el Trabajo Social con sujetos masculinos diagnosticados con enfermedades catastróficas.

Para el desarrollo de esta investigación se requiere disponer de una hora en el encuentro, para la realización de una entrevista semi - estructurada, que va orientada al tema de estudio, la cual será registrada a través de grabación auditiva y registro fotográfico de ser necesario.

La entrevista será estrictamente confidencial, su nombre real no será utilizado en informes, a menos que así lo desee, de lo contrario estos serán codificados a través del uso de pseudónimos, su participación es voluntaria y en el momento que considere pertinente puede retirarse de esta.

Agradecemos su disposición, colaboración y esperamos pueda proporcionarnos su valioso conocimiento.

Cordialmente: investigadoras a cargo:

Eliana Sierra Alzate
Elizabeth Padierna Cano
Yury Paola Jaramillo Velásquez

DESEO PARTICIPAR EN ESTA INVESTIGACIÓN SI _____ NO _____

Si está dispuesto a participar de esta investigación por favor diligencie los siguientes datos:

Fecha: _____

Nombre completo: _____

Teléfono: _____

E – mail: _____

Firma: _____