

UNIVERSIDAD AMAZÓNICA DE PANDO
ÁREA DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANÍSTICAS
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL



**PROPUESTA DE GUÍA DE PROCEDIMIENTOS PARA LAS
PRÁCTICAS TANATOLOGICAS EN EL SERVICIO DE TRABAJO
SOCIAL DEL HOSPITAL DR. ROBERTO GALINDO TERÁN DE LA
CIUDAD DE COBIJA**

**TRABAJO DIRIGIDO PARA OPTAR A GRADO ACADÉMICO
DE LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL**

Estudiante: Maria Elena Vasco Morales

Tutora: Ingrid Schrakman Camargo

COBIJA – PANDO – BOLIVIA

2020

UNIVERSIDAD AMAZÓNICA DE PANDO
ÁREA DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANÍSTICAS
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL

PROPUESTA DE GUÍA DE PROCEDIMIENTOS PARA LAS PRÁCTICAS
TANATOLÓGICAS EN EL SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL DEL HOSPITAL DR.
ROBERTO GALINDO TERÁN DE LA CIUDAD DE COBIJA

Trabajo Dirigido sometido a consideración de la Universidad Amazónica de Pando, en el Área de Ciencias Sociales y la carrera de Trabajo Social.

Requisito para optar al grado de:

Licenciada en Trabajo Social

Por

María Elena Vasco Morales

Cobija - Pando – Bolivia

2020

Este Trabajo Dirigido, ha sido aceptado en su presente forma por la Universidad Amazónica de Pando, la Dirección del Área de Ciencias Sociales y humanísticas y aprobada por el Tribunal.

FIRMANTES:

Lic. Alfredo Aparicio Callaú

DIRECTORA DEL ÁREA DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANÍSTICAS

Lic. Audrey Francis Ojopi Seegers

TRIBUNAL

Lic. Frida Landívar Ali

TRIBUNAL

M.Sc. Lucimar Soraide Castedo

TRIBUNAL

Lic. Ingrid Schrakman Camargo

TUTORA

Univ. Maria Elena Vasco Morales

POSTULANTE

Dedicatoria.

Dedico a mis hijos María Cecilia y Sebastián quienes son mi inspiración, mi fuerza y mi triunfo, ante todo.

A todas aquellas personas que atraviesan por momentos de dolor y pérdida de un ser querido.

En la vida hay momentos de alegría, tristeza y esperanzas. Momentos que le permiten a una persona crecer, desarrollar y construir el mundo en el que vive.

Este caminar no se hace solo sino junto a las personas que hacen nuestros días brillantes y radiantes, el éxito o el fracaso van en virtud de la interacción de uno con su entorno y de cómo pueda llevar a cabo las diferentes etapas de su vida.

Agradecimientos.

A Dios nuestro creador, quien me dio la oportunidad de pasar por esta vida con igualdad de derechos y oportunidades.

A mis padres Julio y Susana por ser el pilar fundamental en mi crecimiento y educación.

A mis hermanas y hermano por su apoyo y consejos

A todas mis compañeras con quienes atravesé los últimos años y a quienes llegué a querer.

A la Lic. Ingrid Schrakman por apoyarme en la construcción y elaboración del presente.

A las licenciadas Francis Ojopi y Jackeline Mescias por su apoyo en el trayecto del trabajo realizado además de sus consejos y cariño.

A los docentes que formaron mi enseñanza.

A mi compañero, Marco Antonio Gutiérrez Alvis quien me apoyo en todo este proceso con su comprensión y cariño.

A todos, mi eterno agradecimiento.

Índice

Dedicatoria.....	i
Agradecimientos.....	ii
Índice de contenido.....	iii
Índice de Tablas.....	vi
Índice de Anexos.....	vii
Resumen Ejecutivo.....	viii
Introducción	
CAPÍTULO I.....	2
CONSIDERACIONES GENERALES	
1.1. Características Institucionales.....	2
1.1.1. Nombre de la Institución.....	2
1.1.2. Dirección de la Institución.....	2
1.1.3. Nombre del Proyecto, Programa o Actividad a la cual se integra el estudiante.....	2
1.1.4. Importancia Social de la Institución.....	2
1.2. Justificación.....	3
1.3. Planteamiento del Problema.....	5
1.4. Objetivos.....	8
1.4.1. Objetivo General.....	8
1.4.2. Objetivos Específicos.....	8
1.5. Metodología.....	8
1.5.1. Fases.....	8
1.5.2. Técnicas de Investigación e Instrumentos.....	10
CAPÍTULO II.....	11
CONTEXTO INSTITUCIONAL	
2.1. Antecedentes.....	11
2.1.1. Antecedentes Institucionales.....	11
2.1.2. Aspectos Históricos.....	13
2.1.3. Características Generales de la Institución.....	14
2.1.3.1. Ubicación.....	14
2.1.3.2. Infraestructura y Equipamiento.....	14
2.1.3.3. Recursos Humanos.....	16
2.1.3.4. Políticas Institucionales.....	17
2.1.3.5. Financiamiento.....	18
2.1.4. Misión.....	18

2.1.5.	Visión.....	19
2.2.	Población Objetivo de Estudio.....	19
2.3.	Estructura Organizacional.....	20
CAPÍTULO III.....		21
MARCO REFERENCIAL		
3.1.	Marco Legal.....	21
3.2.	Marco Teórico.....	32
3.2.1.	La Muerte a través de la Historia.....	25
3.2.2.	Concepción y origen de la tanatología.....	27
3.2.3.	Perfil del Tanatólogo.....	28
3.2.4.	La Tanatología Clínica Social.....	30
3.2.5.	Los principios de la Tanatología.....	30
3.2.6.	Las practicas Tanatologicas.....	31
3.2.7.	El acompañamiento Tanatológico.....	32
3.2.8.	El proceso de duelo.....	32
3.2.9.	El duelo de un recién nacido.....	33
3.3.0.	Complicaciones del Duelo.....	34
3.3.1.	El Manejo del Duelo.....	34
3.3.2.	Las Etapas del Duelo.....	35
3.3.3.	Los Tipos de Duelo.....	36
3.3.4.	La intervención de Trabajo Social mediante la Tanatología en el proceso de Duelo.....	37
3.3.5.	Teoría de los objetivos terapéuticos específicos.....	39
3.3.6.	Teoría de la Resiliencia familiar.....	40
3.3.7.	Teoría de los Aspectos Socioculturales del duelo.....	41
3.3.8.	Modelo de Intervención de Trabajo Social.....	43
CAPÍTULO IV.....		44
RESULTADOS DEL TRABAJO DIRIGIDO		
4.1.	Diagnóstico de la situación problema.....	44
4.1.1.	Servicio de Trabajo Social en el HRGT.....	44
4.1.2.2.	Recursos Materiales (infraestructura y equipamiento).....	46
4.1.2.3.	Coordinación Interinstitucional.....	46
4.2.2.	Análisis FODA del servicio de Trabajo Social.....	47
4.3.	Actividades Ejecutadas y sus resultados.....	49
4.3.1.	Diagnóstico sobre la Intervención social mediante prácticas Tanatologicas En el servicio de Trabajo Social.....	49
4.3.2.	Intervención de Trabajo Social.....	56
4.3.2.1.	Modelos de Intervención Social.....	60
4.4.	Propuesta de Mejora.....	61

CONCLUSIONES.....	77
RECOMENDACIONES.....	79
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	81
ANEXOS.....	84

Índice de Tabla

Tabla 1. Personal del Hospital Dr. Roberto Galindo Terán.....	16
Tabla 2. Recursos Humanos del Trabajo Social del H.R.G.T.....	45

Índice de Figuras

Figura 1. Estructura Organizacional del H.R.G.T.....	18
Figura 2. Matriz FODA.....	48
Figura 3. Ruta de Atención Tanatológica.....	62

Lista de Anexos

ANEXO 1 “Entrevista”

ANEXO 2 “Entrevista”

ANEXO 3 “Taller FODA”

ANEXO 4 “Taller – Diseño de Estrategias Tanatológicas”

ANEXO 5 “Acta de Validación”

ANEXO 6 “Memoria Fotográfica”

ANEXO 7 “Informes Mensuales”

RESUMEN EJECUTIVO

El presente Trabajo Dirigido, pretende ser precursor en la investigación acerca de las prácticas Tanatológicas mediante la intervención de profesionales en Trabajo Social.

Cuando se planteó abordar el tema, se buscó describir principalmente las principales adversidades por las que atraviesan las familias en procesos de duelo al perder un ser amado.

El objetivo principal del Trabajo Dirigido fue Establecer las prácticas tanatológicas que puede aplicar el servicio de Trabajo Social para brindar apoyo a las familias en duelo al perder un recién nacido, con el fin de mejorar el accionar profesional del servicio de Trabajo Social del Hospital Dr. Roberto Galindo Terán en la gestión 2018, la revisión bibliográfica fue realizada en torno a la temática y el marco metodológico permitió percibir y establecer las prácticas tanatológicas desde la intervención del profesional en Trabajo Social del Hospital Dr. Roberto Galindo Terán en las familias que atraviesan un proceso de duelo por la pérdida d un recién nacido, realizando una comparación de resultados entre el antes y el después de la aplicación de las prácticas tanatológicas..

El trabajo realizado demuestra que las prácticas Tanatológicas son esenciales para apoyar a las familias en proceso de duelo en superar la pérdida de un recién nacido mediante la intervención de trabajo social poniendo en práctica las estrategias y técnicas tanatológicas para de esta manera evitar secuelas destructivas o desintegración familiar.

INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo Dirigido aborda las prácticas Tanatológicas mediante la intervención del profesional en Trabajo Social con familias de recién nacidos que fallecieron en el servicio de Neonatología del Hospital Dr. Roberto Galindo Terán de la ciudad de Cobija.

La vivencia del duelo es una experiencia considerada común a todo ser humano y exige la actitud de “comenzar de nuevo”, la reorganización de lo cotidiano y la renovación de la vida. Sin embargo, el duelo tiene un significado social más amplio, que va más allá de los eventos vividos por las personas, sobrepuesto a la situación de pobreza y de no acceso a los derechos sociales. Partimos del supuesto de que el duelo, en ese contexto, expresa contradicciones más profundas como manifestaciones de la situación social. El duelo genera un sentimiento de sufrimiento que puede ser entendido como un dolor mediado por las injusticias sociales. El vínculo que existe entre el duelo y las prácticas Tanatológicas está en el proceso de apoyo para superar la pérdida durante el duelo mediante las prácticas Tanatológicas.

En este sentido la unidad de análisis de investigación fueron los padres de recién nacidos que han fallecidos y el proceso de duelo en el que se encontraban en el momento de realizar la investigación.

Por otro lado, cabe mencionar que la metodología del trabajo realizado fue de tipo descriptivo mediante la ejecución de fases de trabajo, en la Primera Fase se realizó el Diagnóstico sobre la intervención social mediante prácticas tanatológicas en el servicio de Trabajo Social; En la segunda Fase se establecieron las estrategias tanatológicas mediante un taller de Análisis FODA y dos talleres con la participación de los actores involucrados; de los cuales se elaboró una Guía de Procedimientos de atención Tanatológica de manera participativa; en una tercera Fase se llevó a cabo la Validación de Estrategias Tanatológicas.

CAPÍTULO I

CONSIDERACIONES GENERALES

1.6. Características Institucionales

1.6.1. Nombre de la Institución

Hospital Boliviano Japonés Dr. Roberto Galindo Terán

1.6.2. Dirección de la Institución

El Hospital Boliviano Japonés Dr. Roberto Galindo Terán queda ubicado en el Km. 2 Barrio Tajibos, Av. Manuripi N° 51. Ciudad de Cobija departamento Pando.

1.6.3. Nombre del Proyecto, Programa o Actividad a la cual se integra el estudiante

El lugar en el cual se desarrollará el trabajo dirigido, se denomina Servicio de Trabajo Social, dependiente de Jefatura Médica del Hospital Boliviano Japonés Dr. Roberto Galindo Terán.

1.6.4. Importancia Social de la Institución

El Hospital Boliviano Japonés Dr. Roberto Galindo Terán es el único nosocomio de segundo nivel de la región pandina. Brinda atención en especialidades médicas con el fin de salvaguardar la salud de los usuarios. Cabe resaltar que atiende a usuarios de los 15 municipios que conforman el departamento, así mismo recibe usuarios del departamento del Beni especialmente de la ciudad de Riberalta y Guayaramerin como también de los países fronterizos Brasil y Perú.

1.7. Justificación

Sobrellevar el proceso de duelo de un ser querido es una de las etapas más difíciles del ser humano, y es por ello que es necesario intervenir desde la disciplina de Trabajo Social para brindar apoyo a las familias en duelo, puesto que una de las nuevas tendencias dentro de la profesión son las prácticas Tanatológicas, que no solamente apoyan en momentos de duelo a entornos familiares, sino también, ayudan a personas con enfermedades terminales a aceptar la muerte de una manera menos traumática.

Al ser la Tanatología una tendencia importante e innovadora para la práctica profesional de Trabajo Social, especialmente en el área de la salud, se considera necesario realizar una investigación con el fin de demostrar su efectividad en el servicio de Trabajo Social del Hospital Dr. Roberto Galindo Terán y de esa manera las profesionales la adopten como una herramienta en su ejercicio laboral para ayudar de forma integral a las familias de forma integral a enfrentar una pérdida. Para entrar en contexto sobre el significado de la Tanatología se puede mencionar:

Que la Tanatología es la ciencia de la muerte y sus manifestaciones, la cual gira alrededor del enfermo terminal y se basa en las descripciones y observaciones que sobre él se realizan para ofrecer un diagnóstico y mediante éste, determinar las acciones a seguir (Kubler, 1989, p. 16).

Según lo que explica el autor, en 1901 Elie Metchnikoff quien recibiera el premio Nobel de medicina en 1908, acuñó el término Tanatología, denominándola como la ciencia encargada de la muerte. En ese momento la Tanatología fue considerada como una rama de la medicina forense que trataba de ella y de todo lo relativo a los cadáveres, desde el punto de vista médico legal.

En 1930, como resultado de los grandes avances de la medicina, empezó un período en el que se confina a la muerte en los hospitales, ya para la década de los cincuenta esto se va generalizando cada vez más y así, el cuidado de los enfermos en fase terminal es trasladado de la casa a las instituciones hospitalarias, dando por resultado que la sociedad de esa época "escondiera" la muerte en un afán de hacerla menos visible, para que no le recordara los horrores de la guerra que acababa de terminar.

El concepto y definición de la muerte según Potter y Gutiérrez (1971) ha variado a través del tiempo de acuerdo con la cultura, la religión y el pensamiento predominante de cada pueblo y de cada época, con la creencia o no, de la vida después de la muerte.

Por su parte Dans refiere que “la muerte como disolución de la unidad organizacional y funcional que compone a un individuo en realidad es un proceso, por lo que no se sabe cuándo comienza hasta que el proceso ha terminado” (2007, p. 66). Esta afirmación, explica que la muerte es algo inevitable para las personas y que no se tiene una conciencia a esta realidad.

Para reforzar este concepto Di Caprio, apoya la noción mencionando que:

La muerte es parte de la vida misma, es el resultado del envejecimiento y deterioro progresivo tanto orgánico como funcional. En otras ocasiones es el resultado del daño producido por diversas enfermedades agudas o crónicas, cuya historia natural llega a su fase terminal a corto, mediano o largo plazo (1999, p. 121).

En algunas ocasiones, éste plazo se ha modificado por los recursos que proporciona el avance científico y tecnológico, los que muchas veces lo único que hacen es modificar la forma y el tiempo de morir.

En la actualidad, el concepto de muerte ha evolucionado, siendo un proceso cada vez más natural, y a ello se le añade el acompañamiento Tanatológico. El término Tanatología según Harper:

No se circunscribe al hecho fatídico, sino a la serie de circunstancias que rodean la muerte de un ser humano, por lo que se considera como una disciplina que estudia el fenómeno de la muerte en los seres humanos y está enfocada a establecer entre la muerte de una persona y la su familia un lazo de confianza, esperanza y buenos cuidados, que ayuden a soportar y sobre llevar el duelo (2010, p. 24).

Lo que considera la tanatología es el acompañamiento al entorno de la persona fallecida, además de la forma que fallece, los posibles traumas en el duelo y la aceptación.

En Bolivia existen dos establecimientos de salud en los cuales las Trabajadoras Sociales practican la tanatología en pacientes oncológicos (pacientes con cáncer terminal) y su entorno familiar, la herramienta se aplica de igual forma en los ámbitos en los cuales la muerte es irremediable. Sin embargo no se tienen datos de que se hayan incorporado prácticas tanatología en los servicios de neonatología de los establecimientos de salud del país. (Suárez, 2018)

En el contexto de la ciudad de Cobija, el único establecimiento de salud de segundo nivel es el hospital Dr. Roberto Galindo Terán, situado en la ciudad de Cobija, mismo que atiende a la población Pandina en general comprendida por quince municipios. En la institución existe el servicio de Neonatología encargado de atender recién nacidos prematuros o con alguna patología al nacer.

El trabajo de investigación se abordó en el servicio de Neonatología con padres y familiares que enfrentaron la pérdida de un recién nacido o un neonato (óbito neonatal) ya que se considera que este proceso de duelo puede llevar a situaciones posteriores traumáticas e irreparables sobre todo en la vida de los progenitores si no se implementan prácticas tanatológicas de apoyo a las familias.

Se consideró importante realizar el Trabajo Dirigido en el servicio de Trabajo Social del Nosocomio con la finalidad de introducir dentro del campo de intervención social las prácticas tanatológicas, acción que beneficiará por una parte, a las familias en situación de duelo al perder un ser querido además de pacientes terminales, y por otro parte, a la práctica profesional en su intervención otorgando estrategias innovadoras que permitan a las profesionales en Trabajo Social ampliar sus conocimientos en el campo de la intervención a nivel individual y grupal.

1.3. Planteamiento del Problema

La muerte de un hijo es considerada una de las situaciones más estresantes por las que puede pasar una persona ya que como menciona (Kaplan, 1999) es una experiencia emocionalmente devastadora para los padres, independientemente de la edad de su hijo, en qué momento haya ocurrido la muerte y el motivo de la misma; para ellos siempre será una muerte prematura, ilógica y frecuentemente “injusta”. Los padres normalmente no contemplan dentro de su esquema y proyecto de vida el que un hijo pueda morir antes que ellos.

Para los padres, enfrentar la pérdida de un ser hijo implica una serie de experiencias no gratas como se explica a continuación:

La dolorosa experiencia de perder un hijo/a es única, personal, particular y cuando ocurre durante el embarazo, en el momento del parto o en la etapa neonatal, provoca una gran afección emocional, a la que se le suman los cambios hormonales y malestares propios del embarazo, parto o puerperio que experimenta la madre, que suelen complicar la experiencia emocional del duelo (Galeno, 2001, p. 21)

Para la mujer, el proceso de pérdida de un hijo puede ser mucho más traumático que para el resto de la familia. “Las mujeres que sufren la muerte de un hijo pueden tener repercusiones a corto y a largo plazo en su vida sexual y reproductiva, que puede verse afectado por el temor a un nuevo embarazo y a sufrir otra pérdida” (Dans, 2007, p. 11). A ello se le puede agregar que la falta de información acerca de los riesgos posibles aumenta la angustia.

EL duelo es un proceso doloroso para todo el entorno familiar, (Ochoa, 2009) menciona que el periodo normal de la resolución del duelo en una madre por un recién nacido muerto, requiere de un tiempo distinto para cada persona, a veces de uno o dos años. (p. 33). Las personas pueden sentirse aún más aislados y solas con su duelo después de una muerte neonatal, ya que se espera que sean fuertes y den apoyo a la mujer. Ellos necesitan igualmente atención y apoyo.

La muerte de un recién nacido siempre será motivo de consternación y duda para sus padres además de no encontrar fundamento en esa pérdida como menciona Domínguez:

Un bebé representa vida, futuro y esperanza. Cuando la muerte neonatal llega a la vida de una familia, causa un profundo dolor, crisis y desequilibrio emocional en cada uno de sus miembros. Ésta conlleva a sensaciones de frustración, ira, impotencia y culpa. El impacto que produce la muerte del bebé en la familia es catastrófico y abrumador (2009, p. 62).

En el Trabajo Dirigido se abordara el problema relativo a la intervención del servicio de Trabajo Social en el Hospital Dr. Roberto Galindo Terán y probablemente el desconocimiento que tienen sobre las *prácticas tanatológicas* y puede que las profesionales no hayan sido capacitadas para poder llevarla a cabo en casos de fallecimiento de un recién nacido en el servicio de neonatología.

La falta de apoyo social a las familias en duelo por la pérdida de un recién nacido puede repercutir de forma negativa ocasionando crisis y desintegración familiar, depresión, vicios y hasta suicidios ante el enfrentamiento de una pérdida, es por ello que el estudio se enfoca en demostrar la importancia de la inclusión de prácticas tanatológicas mediante las profesionales de Trabajo Social del Hospital Dr. Roberto Galindo.

Si bien el dolor es una respuesta emocional propia, que cada ser humano vive y experimenta de manera única debido a factores como la edad, entorno sociocultural y la capacidad que tenga cada persona para recuperarse, cuando las familias se enfrentan a una pérdida inesperada de un recién nacido necesitan apoyo por parte de profesionales en Trabajo Social mediante la intervención de la tanatología para sobrellevar su pérdida y superar el dolor mediante herramientas que solo el Trabajador social podrá aplicar.

En el Hospital Dr. Roberto Galindo Terán, las Trabajadoras Sociales aun no aplican la tendencia de apoyo social conocida como Tanatología, siendo esta una necesidad puesto que es considerada como una problemática latente y sin intervención social profunda en el duelo que afrontan los familiares al perder un recién nacido.

El servicio de Neonatología pese a ser un servicio de atención de Tercer Nivel, fue implementado debido al alto índice de mortalidad neonatal suscitada en la región, por lo que en el año 2000 se implementan dos incubadoras para atender a recién nacido con dificultades, siendo el servicio atendido por pediatras del nosocomio. Actualmente Neonatología cuenta con 8 incubadoras las cuales aún no abastecen a la demanda poblacional de neonatos.

Es importante destacar que según las cifras del SENAM las muertes neonatales en Pando se han incrementado en las gestiones 2015-2017, llegando a 3% de los recién nacidos que fallecen por diversas razones.

En lo que respecta a los padres y familiares que pierden un recién nacido, estos no reciben ningún apoyo profesional para enfrentar esta pérdida, puesto que el servicio de Trabajo Social del hospital Dr. Roberto Galindo Terán no tiene conocimiento sobre prácticas tanatológicas de apoyo a las familias en situación de duelo según se pudo indagar.

Por lo expuesto, se consideró importante realizar el Trabajo Dirigido sobre de intervención de Trabajo Social en los procesos de duelo que enfrentan las familias que perdieron un recién nacido y enfatizar en las herramientas terapéutico-sociales que puedan ayudar a estas familias mediante la tanatología, apoyando en las posibles limitaciones que existen en el accionar profesional del servicio de Trabajo Social del Hospital Dr. Roberto Galindo.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Establecer estrategias tanatológicas para reestructurar la vida y el vínculo familiar tras el proceso de duelo mediante la intervención del servicio de Trabajo Social del Hospital Dr. Roberto Galindo Terán en la gestión 2018.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Determinar la situación del servicio de Trabajo Social con respecto a la intervención en los casos de duelo por la pérdida de un Recién Nacido.
- Diseñar una guía de procedimientos para las practicas Tanatológicas a ser implementadas por las Trabajadoras Sociales del Hospital Dr. Roberto Galindo Terán.
- Validar las estrategias de manera participativa con los actores involucrados.

1.5. Metodología

El presente trabajo dirigido, adopto una metodología descriptiva puesto que permitió percibir y establecer las prácticas tanatológicas desde la intervención del profesional en Trabajo Social del Hospital Dr. Roberto Galindo Terán en las familias que atraviesan un proceso de duelo por la pérdida de un recién nacido, realizando una comparación de resultados entre el antes y el después de la aplicación de las practicas tanatológicas.

Es importante mencionar que el trabajo realizado en la institución responde a un proceso metodológico con una carga horaria y tiempo definido. El trabajo dirigido “identifica las cualidades del objeto de estudio mediante la recopilación de los datos que se pretende obtener, para posteriormente efectuar un análisis y mediación de los resultados del trabajo” (Hernández, 2005, p. 73). Trabajo que fue realizado en el servicio de Neonatología del Hospital Dr. Roberto Galindo, bajo la supervisión del Servicio de Trabajo Social.

1.5.1. Fases

El trabajo dirigido en su metodología de ejecución fue realizado en tres fases de ejecución que se detallan a continuación:

Primera Fase: Diagnóstico

Para realizar la primera fase se planificó el Diagnóstico del servicio de Trabajo Social; además de recopilación datos de acuerdo a lo planificado y procesar los datos para elaborar un informe técnico.

Para poder iniciar el Trabajo Dirigido fue necesario realizar una investigación y recopilación bibliográfica, de las diferentes definiciones relacionadas a las prácticas tanatológicas y teorías que respaldan el marco teórico misma que se realizó mediante fuentes bibliográficas como ser: artículos, revistas, documentos, leyes y normas vigentes en salud. Esta fase fue de gran importancia para la orientación y profundización de conocimientos del marco legal y teórico del presente Trabajo Dirigido.

Segunda Fase: Establecimiento de Estrategias Tanatológicas

En la segunda fase se realizaron 3 talleres, un Taller de Análisis FODA que recabó la información para la elaboración del diagnóstico con la participación y los actores involucrado. Se diseñaron las estrategias tanatológicas en 2 talleres con la participación de los actores involucrados teniendo como resultado la elaboración de una *Guía de Procedimientos de atención Tanatológicas* de manera participativa; y la atención de Servicios Tanatológicos con la aplicación de los instrumentos elaborados.

El diagnóstico del servicio de Trabajo Social fue realizado mediante un análisis FODA en el cual se determinó las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas en cuanto al acompañamiento que deberían realizar los profesionales de Trabajo Social a las familias en duelo y permitiendo determinar si las profesionales en Trabajo Social practican o desarrollan prácticas tanatológicas.

Tercera Fase: Validación de Estrategias Tanatológicas

Para validar las estrategias Tanatológicas se implementaron las estrategias tanatológicas que se encuentran en la Guía, en una pareja que se encontraba en proceso de duelo, elaborando un informe documentado de la implementación.

Al culminar el procesamiento de la información recopilada, se procedió a organizar y socializar el Trabajo Dirigido, previa gestión ante las autoridades administrativas del Hospital Dr. Roberto Galindo Terán y de la Universidad Amazónica de Pando.

1.5.2. Técnicas de Investigación e Instrumentos

En todo proceso de investigación las técnicas e instrumentos son cruciales para lograr los objetivos propuestos, como menciona Hernández “Las técnicas e instrumentos son un conjunto de reglas y procedimientos. Por lo tanto, la técnica constituye una operación especial para recolectar, procesar y analizar información” (2005, p. 43). Mediante estos instrumentos y técnicas se obtuvo la información necesaria para la estructuración de la investigación.

Así mismo para obtener la información que se requiera respecto a las Prácticas Tanatológicas y su aplicación en el Hospital Dr. Roberto Galindo Terán, se realizaron entrevistas, encuestas y talleres informativos, los mismos que fueron validados ante las autoridades del Área de Ciencias Sociales y Humanísticas y Autoridades de la Institución.

- **Entrevistas**

La entrevista fue uno de los recursos más importantes para poder obtener la información que se requería, ya que mediante la entrevista “el investigador formula preguntas a las personas capaces de aportarle datos de interés, estableciendo un diálogo peculiar donde una de las partes

busca recoger informaciones y la otra es la fuente de estas informaciones” (Paradinas, 2001, p. 39). En la investigación la entrevista dirigida a los padres que habían perdido un recién nacido tuvo un componente afectivo, además de permitir la percepción de la etapa de duelo en que se encontraban.

Se realizaron seis entrevistas semi estructuradas a familiares en procesos de duelo, a las tres Trabajadoras sociales y a dos médicos del personal de salud del servicio de Neonatología del Hospital.

- **La Observación**

Mediante la observación se pueden obtener datos que no se dicen pero si se pueden percibir, como menciona (Paradinas, 2011) la observación es la expresión de la capacidad del sujeto investigador, de ver las cosas, verlas y observarlas sin cambiar o distorsionar la realidad. Esta técnica permitirá analizar y estudiar la realidad del objetivo de estudio.

En esta investigación la técnica de la observación permitió acercarnos de manera directa al involucramiento social, reacción, cambios sociales y procesos de duelo, así como el apoyo que reciben las familias al perder un ser querido,

La observación fue aplicada a las profesionales en Trabajo Social, al personal médico del servicio de neonatología y a familiares en proceso de luto por la pérdida de un recién nacido.

- **Talleres Informativos**

Se consideró importante realizar talleres informativos para exponer la importancia de las prácticas Tanatológicas. Cabe recalcar que “los Taller informativos son un poderoso instrumento que permite aplicar algún conocimiento para su práctica en respuesta a una necesidad existente”. (Ochoa, 2009, p. 13). Por lo tanto los Talleres informativos en el servicio de Trabajo Social permitieron que las profesionales del servicio puedan conocer las prácticas tanatológicas y las apliquen como una valiosa herramienta en apoyo a su ejercicio profesional

CAPÍTULO II

CONTEXTO INSTITUCIONAL

2.1. Antecedentes

La Dra. Susana Hurtado realizó en 2018 una investigación profunda sobre el origen de fundación del Hospital Dr. Roberto Galindo con la finalidad de crear el Manual General de funciones actualizado según normativa. Fue creado el 15 de noviembre de 1950 por primera vez. Llevando el nombre en honor a unos del médico pionero en el cuidado de salud en esta parte del territorio Nacional.

2.1.1. Antecedentes Institucionales

El Hospital Boliviano Japonés Dr. Roberto Galindo Terán como menciona la Dra. Susana Hurtado, es un hospital de segundo nivel, actualmente cuenta con 4 servicios de segundo nivel y 7 correspondientes al 3 nivel. Este aspecto trae problemas a la hora de decidir sobre infraestructura y recursos humanos, y es casi imposible tratar de encasillarlo en la NAC Norma de Caracterización de Segundo Nivel y peor aún y quizás el mayor daño es la ambigüedad en cuanto a la fuente de financiamiento. A ello debemos adicionar el crecimiento desmesurado de la población que demanda atención, duplicando y quizás triplicando la demanda de hace 10 años cuando acredito como “Hospital de segundo nivel Acreditado en primer grado”, desde esa fecha el hospital ha incrementado servicios y por consiguiente responsabilidades pero no así en organización, infraestructura ni equipamiento, condicionando conflictos permanentes con el personal y los usuarios, aspecto que demanda tiempo y energía de las autoridades en la solución de conflictos que debía ser utilizado de mejor manera buscando el crecimiento de la institución y la satisfacción tanto del personal como de los usuarios.

2.1.2. Aspectos Históricos

El Hospital Boliviano Japonés Dr. Roberto Galindo Terán dependiente del servicio departamental de Salud (SEDES), fue refundado el 26 de junio de 1.994 al ser catalogado como Hospital de Segundo nivel con los servicios de Medicina Interna, Ginecoobstetricia, Cirugía General, Pediatría y Emergencias. Tiene una infraestructura de una sola planta y pertenece al Segundo Nivel de atención en salud.

El Dr. Roberto Galindo Terán nació en Cochabamba el 7 de septiembre de 1903. Fue el primer médico pionero en el departamento Pando. Llegó a trabajar en una posta sanitaria conocida como Sheraton de la Población de Cobija, el 15 de noviembre 1950 dejando sus conocimientos profesionales puso en marcha su ejemplo de perseverancia al impulsar la creación del Hospital General de Cobija. Mismo que en sus inicios se encontraba en inmediación de la Plaza Humbert Terrazas en donde actualmente se encuentra el concejo municipal.

Según comentó el Dr. Burgos en una entrevista en 2018 en el nosocomio, fue una ardua batalla con el Ministerio de Salud en ese entonces el implementar el hospital, ya que por la escasa población no se le daba la importancia que requería a la salud regional, sin embargo tras una serie de manifestaciones y constantes peticiones y solicitudes, lograron la implementación del Hospital Dr. Roberto Galindo con escasos equipos y solo tres médicos generales.

Uno de los servicios recientemente reconocido según lo establece la Dra. Susana Hurtado, es el servicio de Trabajo Social, mismo que se implementó conjuntamente con otros como fisioterapia y nutrición hacen 23 años en las instalaciones del Hospital Dr. Roberto Galindo, reconocido como Asistencia Social durante 15 años, mismo que no contaba con profesionales en Trabajo Social siendo asistido por damas que se dedicaban a la labor solidaria con personas necesitadas, figura que cambió en el año 2010 al graduarse la primera promoción de la carrera de Trabajo Social de la Universidad Amazónica de Pando, siendo la primera profesional responsable del servicio la Lic. Aleida Bautista de Flores.

Cabe resaltar que en la investigación realizada, se determinó que desde el año 2010 fungen como profesionales las Trabajadoras Sociales, quienes ya trabajan desde antes en la institución y con la apertura de la carrera de Trabajo Social se profesionalizaron.

2.1.3. Características Generales de la Institución

El Hospital Dr. Roberto Galindo Terán, como lo establece Hurtado (2018) tiene las siguientes características según lo que veremos a continuación.

2.1.3.1. Ubicación

El Hospital Boliviano Japonés Dr. Roberto Galindo está ubicado en la avenida 9 de febrero, barrio 11 de octubre, calle Dr. Roberto Galindo Terán.

El Hospital Roberto Galindo Terán está ubicado al oeste del distrito de Cobija en el Km. 2 B/ Tajibos. A la mano derecha, el hospital se comunica C/ Cedro y a la mano izquierda se comunica Av. Lucio montero y por delante se comunica C/ Manuripi.

2.1.3.2. Infraestructura y Equipamiento

Según lo que se observó en el Hospital Dr. Roberto Galindo se detallan los servicios y dependencias en las áreas de Dirección, Administración, Internación y Consulta externa.

- **Dirección:** se encuentra en el medio del nosocomio, cuenta con una oficina amplia en donde se reúnen los pases de guardia y comités que se conforman en el nosocomio, el director actual el Dr. Erwin Escalante Cartagena es quien dirige las decisiones y acciones conjuntamente con la Jefe Médico Dra. Paola Andrea Moisés Aguilar mediante la toma de decisiones aprobada por el Comité Técnico Administrativo conformado por los jefes y responsables de los 19 servicios del nosocomio que son; Cirugía, Traumatología, Ginecología, Neonatología, Pediatría, Medicina Interna, Oftalmología, Odontología, Emergencias, Unidad de Terapia Intermedia, Laboratorio, Enfermería, Docencia, Hemodiálisis, Farmacia, Administración, Trabajo Social, Nutrición, Imagenología.
- **Administración:** la administración está bajo la dirección del Lic. Ismael Reque Zelada quien se encarga del manejo administrativo de recursos tanto económicos como humanos. Bajo su dependencia está la Jefatura de Recursos Humanos, Asesoría Legal y Contabilidad.
- **Servicios de internación:** Como se mencionó anteriormente el Hospital Dr. Roberto Galindo es un hospital de segundo nivel que cuenta con 4 servicios de tercer nivel. Esta situación se

dio gracias a la demanda e incremento poblacional, además de la espera de concretizar la implementación de un tercer nivel. En lo que respecta a los servicios de segundo nivel en internación están

- a) **Cirugía:** El servicio de cirugía cuenta actualmente con 3 salas de internación con 20 camas repartidas en las tres salas. El servicio de Trabajo Social ingresa diariamente al servicio de cirugía para realizar el registro de paciente internados cerciorándose sobre el seguro médico de cada paciente, quien acompaña al paciente, su procedencia y las necesidades que pueda tener.

- b) **Traumatología:** Traumatología cuenta con 2 salas y 10 camas, cabe resaltar que Cirugía y Traumatología se encuentran en el mismo pabellón de internación. El servicio de Trabajo Social registra diariamente a los pacientes ingresados en Traumatología además de realizar donación de muletas, burritos, botas, apoyadores en coordinación con almacén, como la mayor parte son accidentes de tránsito Trabajo Social trata de realizar categorizaciones (rebajas) en caso de pacientes de escasos recursos.

- c) **Ginecoobstetricia:** Es el servicio con mayor demanda, cuenta con 6 salas y 34 camas, atendiendo a la población urbana y rural en partos quirúrgicos y fisiológicos, además de otras complicaciones ginecológicas como Cáncer de cuello uterino, tumores o quistes. Trabajo Social realiza el registro diario sobre todo de menores de edad que dan a luz además de estar en constante coordinación con la Defensoría de la niñez y adolescencia haciendo conocer los casos de menores de edad, cabe resaltar que la mayor parte de las pacientes tienen seguro del SUMI.

- d) **Pediatría:** El servicio de Pediatría cuenta con 5 salas y 25 camas y cunas en donde se ingresan a los menores de 0 a 12 años. De ellos solo los que tiene 4 años y 362 días de edad cuentan con seguro, lo demás pacientes son institucionales es decir pagan. La mayoría de los pacientes son del área rural-urbana. De igual forma Trabajo Social realiza la ronda diaria para visitar a los pacientes cerciorándose que los menores están acompañados de sus tutores y registrando los casos en el cuaderno de campo.

e) **Medicina Interna:** cuenta con 6 salas y 30 camas, en donde se atienden todo tipo de padecimientos que no sean de carácter quirúrgico. Trabajo Social realiza la valoración de los pacientes previa solicitud de interconsulta por parte del personal médico.

2.1.3.3. Recursos Humanos

Los recursos humanos del Hospital Dr. Roberto Galindo son administrados por la Jefatura de Recursos Humanos a cargo de la Sra. María Esther Ruiz Justiniano quien proporcionó los datos actuales que se detallan bajo la dirección de Administración. En la actualidad los recursos humanos del Hospital se distribuyen de la siguiente forma:

Tabla 1

Personal del Hospital Dr. Roberto Galindo Terán

Personal	Especificación	Cantidad/contratados
Medico	Médicos Generales	18
	Médicos Especialistas	36
Enfermería	Licenciadas	48
	Auxiliares	53
Administrativo	Profesionales	6
	Técnicos superiores	12
	Técnicos medios	23
Fisioterapia, Nutrición y Trabajo Social	Fisioterapeutas	1
	Nutricionistas	2
	Trabajadoras Sociales	3
	Técnicos en Fisioterapia	1
Servicios Manuales	Almacén:	8
	Cocina	12
	Lavandería	8
	Limpieza:	21
	Camilleros:	4
Laboratorio y Farmacia	Profesionales	5
	Técnicos	11
	Auxiliares	6

Fuente: Recursos Humanos – Hospital Dr. Roberto Galindo Terán, 2018.

2.1.3.4. Políticas Institucionales

En la Normativa establecida por el Ministerio de salud conjuntamente con el Servicios Departamental de Salud, enmarcada en los parámetros de caracterización de segundo nivel, el Hospital. Dr. Roberto Galindo Terán maneja las Siguietes Políticas:

- 1.-** El usuario será el actor principal a quien se deberán dirigir las acciones coordinadas de esfuerzos de todos los procesos que integran el Hospital; bajo un modelo de atención integral multidisciplinaria.
- 2.-** La atención de la patología se realizará con el criterio de la medicina basada en evidencias; es decir, con el soporte de la mayor evidencia científica.
- 3.-** Se deberán fortalecer los niveles de operación y el sistema de referencia y contra referencia de pacientes.
- 4.-** Se promoverá el desarrollo de estudios demográficos, económicos, sociales y de salud, que permitan el desarrollo científico y técnico de la atención médica y la detección oportuna de factores de riesgo de salud pública.
- 5.-** Se propiciará la participación de equipos multidisciplinarios de salud, para la identificación y solución de problemas de salud pública en su ámbito de influencia.
- 6.-** Se deberá ejercer una dirección y control del Hospital, en forma sistemática y transparente; con base en los requisitos que marca la acreditación y con la aplicación de los principios de administración de la calidad, establecidos en las normas ISO 9000, en un ambiente que propicie la mejora continua en el desempeño.
- 7.-** Se propiciará la difusión de los trabajos de investigación realizados en el Hospital ante instancias públicas, privadas y sociales; así como el intercambio de información médico científica.
- 8.-** Se fortalecerá la formación, capacitación y el desarrollo técnico y profesional del personal para la salud; asimismo, los programas determinados deberán ser dirigidos a equipos multidisciplinarios para la atención integral y tendrán que ser congruentes con las necesidades y demandas de la población usuaria, reflejadas en los resultados del diagnóstico estratégico.

2.1.3.5. Financiamiento

Según se investigó, en el área de Administración el Lic. Ismael Reque Zelada en la gestión 2018, quien se encontraba desempeñando el cargo de administrador, menciona que el hospital percibe tres ingresos financiadores que son:

- El TGN (Tesoro General de la Nación): con Ítems a algunas personas ya sea profesionales o técnicos, este ente financiador proviene del Ministerio de Salud.
- Ley Financial: con la dotación de Ítems a algunos funcionarios en diferentes áreas, depende de la Gobernación Departamental de Pando.
- Gobierno Autónomo Municipal: es el ente financiador que inyecta más presupuesto, mismo que según el Lic. Reque no alcanza para cubrir los gastos e insumos hospitalarios, debido al incremento de la demanda poblacional.
- Recursos Propios: la captación de recursos propios se obtiene mediante la venta de servicios en el hospital con lo cual, según el Lic. Reque en la entrevista realizada, se pagan insumos y materiales necesarios que se utilizan para la tensión de los usuarios, además de la alimentación, mantenimientos, entre otros.

2.1.4. Misión

“Somos un Hospital público que se caracteriza por otorgar prestaciones de salud con calidad y calidez, en busca de lograr la satisfacción del cliente cumpliendo las normas y reglamentos de atención inmediata, para contribuir en el desarrollo humano del Municipio de Cobija”

2.1.5. Visión

“Queremos ser un Hospital, acreditado, con infraestructura, tecnología avanzada, recursos humanos capacitados y especializados, que brinden atención con calidad y Calidez, solidarios, con equidad de género y generacionales, en vías hacia un tercer nivel”

2.2. Población Objeto de Estudio

Se consideró necesario tomar en cuenta como objeto de estudio a personas que hayan atravesado la pérdida de un recién nacido en el Hospital Dr. Roberto Galindo Terán. Cabe destacar que “la población es el conjunto de todas las unidades de estudio sujeto u objeto y deben situarse en torno a las características del contenido lugar y tiempo a lo cual se denomina muestreo” (Cusi, 2013, p. 15) Por lo tanto, en la investigación se involucró a una familia que atravesó la pérdida de un recién nacido en el servicio de Neonatología.

Parte del objeto de estudio del Trabajo Dirigido, fueron también las profesionales en Trabajo Social y de Neonatología del Hospital Dr. Roberto Galindo Terán.

2.3. Estructura Organizacional

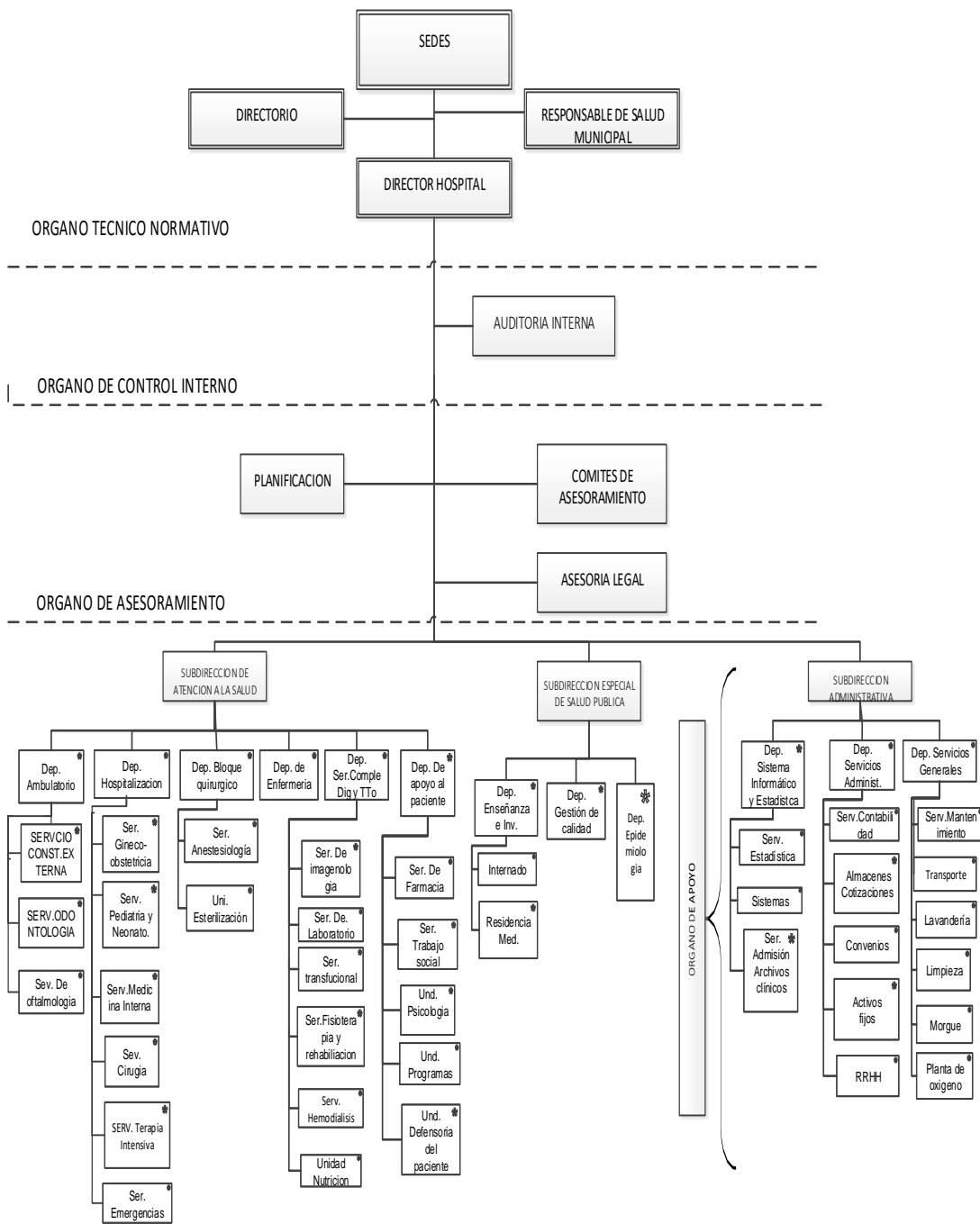


Figura 1: Estructura Organizacional del Hospital Dr. Roberto Galindo Terán.

Fuente: Propuesta de la Estructura a implementarse en la gestión 2018-2019 en la Normativa Hospitalaria, Dirección de Planificación – Hospital Dr. Roberto Galindo Terán.

CAPÍTULO III

MARCO REFERENCIAL

3.1. Marco Legal

En el Marco legal se tomaron en cuenta las leyes, normativas y decretos que rige el funcionamiento del Hospital Dr. Roberto Galindo Terán en el cual posteriormente se aplicaran las herramientas Tanatológicas.

- La Resolución Suprema No. 217055, promulgada el 20 de Mayo de 1997 que aprueba las Normas Básicas de Sistema de Organización Administrativa, en lo referente al Título III Diseño Organizacional Capítulo I Proceso del Diseño Organizacional
- La Ley No. 1551 de Participación Popular, promulgada el 20 de Abril de 1994, determina en el Artículo 130 y del Art. 18 del DS No. 23813 del 30 de Junio de 1994 reglamentario de la Ley transfiere a los Gobiernos Municipales la propiedad de la infraestructura, atención y administración del Sector de Salud
- La Ley No. 1654 Ley de Descentralización Administrativa, promulgada en 28 de julio de 1995, transfiere y delega las atribuciones de carácter técnico administrativo del Poder Ejecutivo a nivel Nacional al Poder Ejecutivo a nivel Departamental. El Art. 5 inciso g) y del Art. 17 del DS. 24206 del 29 de Diciembre de 1995 reglamentario decreta que a partir del 1 de enero de 1996 es responsable de administrar, supervisar y controlar los Recursos Humanos y el funcionamiento de los Servicios de Salud y Asistencia Social el Prefecto
- La Ley No. 2028, promulgada en 28 de Octubre de 1999 decreta que los Gobiernos Municipales debe asegurar el bienestar social de la población a través de la prestación de Servicios de Salud.

3.2. Marco Teórico

En el marco teórico se describen teorías, definiciones y conceptos sobre la tanatología y lo que implica la intervención de trabajo social en el ámbito de la salud con las prácticas tanatológicas.

Trabajos realizados previamente, apoyan el contenido teórico en el entendimiento de la aplicación de la tanatología por Trabajo Social en el área de salud.

Es importante mencionar que las practicas Tanatológicas, son un conjunto de procedimiento que se establecen en dependencia del tipo de pérdida. (Di Maio, 2014) realizó un importante trabajo sobre el duelo en la práctica del Trabajador Social, haciendo una reflexión sobre el tema del duelo por pérdida y muerte y sus manifestaciones en la práctica profesional. El análisis se centra en el duelo vivido por los familiares de las víctimas, como resultado de la violencia urbana, y en los niños que se encuentran en situación de pérdida del derecho de la convivencia familiar. Inicialmente, presentamos contribuciones teóricas acerca del duelo por pérdida y muerte.

El trabajo parte del supuesto de que el duelo, en ese contexto, expresa contradicciones más profundas como manifestaciones de la situación social. El duelo genera un sentimiento de sufrimiento que puede ser entendido como un dolor mediado por las injusticias sociales. O sea, este es experimentado como doloroso por quien vive una situación de exclusión y abandono generada por la desigualdad social y la indiferencia del Estado.

Además de lo mencionado el trabajo establece que el duelo como la muerte o la pérdida de personas con vínculos significativos y la gran importancia del accionar del trabajador o trabajadora social con el duelo en situación de muerte relativa a los cuidados paliativos y en situación de pérdida, con enfoque en el niño o niña que perdió el derecho a la convivencia familiar y en la madre destituida de los cuidados maternos por determinación de la justicia.

Importantes aportes han contribuido a que las prácticas Tanatológicas sean parte de la intervención de Trabajo Social. Entre esas importantes contribuciones está la de Prado, quien menciona:

Que desde el enfoque del Trabajador Social y sus conocimientos Tanatológicos, las consecuencias que puede traer el hecho de tener un enfermo en casa con una enfermedad congénita del corazón. La angustia de la familia ante tal situación y la importancia de la tanatología en el trabajo social. Necesidad que surge en virtud de que ambas se conjugan en el ejercicio profesional y la convivencia entre personas, exigiendo el respeto a la naturaleza del ser humano, sea cual sea su edad, género, capacidad mental o física (2010, p. 30).

Al ser el Trabajo Social una disciplina que maneja problemáticas sociales de toda índole, es importante destacar que los/as profesionales en esta área, tienen un nivel elevado de empatía y humanidad lo que les permite entender el dolor humano.

Considerando lo anterior, “la moral y la ética deberán prevalecer tanto en las instituciones médicas como en sus profesionales que día a día atienden a los pacientes y explican a sus familias los procesos y tratamientos a seguir” (Colegio de Trabajadores Sociales de Colombia, 2003, p. 9). Son los/as Trabajadores/as Sociales, profesionales idóneos es aplicar practicas Tanatologicas ya que la pericia y experticia les da la capacidad de manejar situaciones trágicas como es la pérdida de un ser querido.

Esta investigación es importante porque aborda aspectos relevantes de la vida, la salud y el duelo que inicia cuando se diagnostica una enfermedad en uno de los miembros de la familia; sus repercusiones y trascendencia, el impacto que causa saber que puede convertirse en enfermo terminal y cómo enfrentan la situación atravesando por diferentes ciclos hasta llegar al cadáver.

Comúnmente se observa cómo los problemas de salud afectan a cada persona de diferente manera, su impacto depende en gran parte de cómo era ésta antes de su padecimiento, es decir, la personalidad, la condición física, el estilo de vida, la dinámica familiar y sobre todo cómo resuelven la situación para salir adelante.

De allí la importancia de la familia, la cual debe tener una estructura estable, que permita a los miembros de la misma satisfacer ciertas necesidades de pertenencia, adaptación y protección, para que llegado el momento final, ésta pueda reincorporarse.

La enfermedad crónica tiene una evolución variable que trastorna la vida del paciente y de su familia; primero, por el deterioro físico producido ante la pérdida gradual de las

capacidades y, segundo, porque además de la atención y comprensión que aquel demanda, se necesitan recursos económicos para su tratamiento, el cual siempre tiene un costo elevado.

Ante la presencia de un enfermo intervienen una serie de etapas que afectan por igual al individuo, en aspectos físicos, mentales, psicológicos y sociales y al entorno familiar, en el que sobrevienen cambios bruscos que generan crisis definitivas a las que hay que responder de la mejor manera posible. En este sentido la Tanatología deberá estar pendiente de las alteraciones y modificaciones que se provocan ante la enfermedad, entre las que se encuentra el impacto psicosocial que se produce por el contacto con la enfermedad, el dolor y la muerte.

La intervención social, es un pilar fundamental en el área de salud, de la misma forma en la Tanatología, puesto que como menciona Prado:

Enfatiza los diferentes aspectos del enfermo y su familia, estos aspectos se enmarcan en los sociales, económicos, laborales y las funciones permitidas para el desarrollo del trabajador social; así como el acceso a la información haciendo un análisis de las condiciones socio-económicas y el entorno social que rodea al paciente, permitiendo la cercanía con él y los familiares que lo acompañan. (2010, p. 44).

El Trabajo Social, no solo se encarga de analizar las necesidades de los enfermos, sino también valoran su entorno familiar y las condiciones económicas, esto con el fin de accionar de manera inmediatamente cualquier problemática.

En lo que respecta a la Tanatología, que es una de las especialidades en las que puede un/a profesional en Trabajo Social accionar “trata de la disciplina encargada de encontrar sentido al proceso de la muerte, con un método científico que la ha convertido en un arte y en una especialidad” (Domínguez, 2009, p. 52). Por tanto la Tanatología tiene como objetivo central proporcionar calidad de vida, ya sea a un enfermo terminal fomentando el equilibrio de y entre los familiares. Además se ocupa de todos los duelos derivados de pérdidas significativas que no tienen que ver con la muerte ni con los enfermos moribundos.

La práctica Tanatológica en el proceso de pérdida de un hijo es de las practicas más difíciles de ejercer, puesto que en muy pocas ocasiones los padres están preparados para soportar la muerte de un hijo. “La muerte sin importar a qué edad ocurre, representa un golpe cruel no natural y un evento inoportuno, que en el curso normal de las cosas, no debería haber sucedido”

(Domínguez, 2009, p. 54). Es posible que los padres se sientan fracasados sin importar cuánto han amado y cuidado al hijo y encuentran muy difícil la pérdida.

Se debe tener presente que los ancianos son más susceptibles para las reacciones de duelo complicado, no solo por su edad, su vulnerabilidad física, el número de pérdidas que ellos experimentan, sino por el poco apoyo social que tienen.

3.2.1. La Muerte a través de la Historia

Para comenzar a hacer referencia de la Tanatología que es la ciencia que estudia la muerte primero veremos que es la muerte:

La muerte es un suceso biológico, pero no es menos un suceso psicosocial: puede iniciar o detener un proceso que implica pérdida, aflicción y resolución, así como sus interrelaciones; un proceso que a menudo persiste entre los supervivientes mucho después de que ha ocurrido el deceso. (Corless, Germino, Pitman, 2005, p. 203).

El concepto de cadáver implica el de muerte, y la determinación de ésta, paradójicamente, no ha sido fácil en la historia de la humanidad.

Aunque aparentemente no debería existir dificultad de darse cuenta si una persona se encuentra en estado de muerte o de vida, es interesante asomarse a los pasajes de la historia que sobre este concepto se ha documentado, para comprender así muchos de los ritos o mitos que sobre la muerte se aducen a la fecha.

En el pasado, se identificaba la muerte de una persona con el cese de la función cardiorrespiratoria, pero actualmente se sabe que puede existir la muerte de partes del cuerpo, sin que esto equivalga a la muerte de la totalidad del individuo. Ha habido una evolución importante del concepto de muerte en la historia de la humanidad, sobre todo ligado a los descubrimientos que sobre la reanimación de personas “aparentemente muertas” se fueron suscitando como parte del desarrollo tecnológico de la medicina.

Desde el punto de vista médico, Galeno Menciona que “la confusión que existía sobre el criterio de diagnóstico de muerte en los casos de histeria, asfixia, coma y catalepsia, pues se

daba cuenta que había ocasiones en que las personas presentaban apariencia de muerte, y que no constituían un verdadero estado irreversible” (2001, p. 33).

El mismo autor menciona a algunos médicos que han aportado con la explicación científica de la tanatología:

Naimónides a través de sus observaciones de casos clínicos, pensaba que era posible recuperar la vida después de ahogamiento, y ello fue confirmado cuando Elijah, médico contemporáneo suyo, restauró la respiración en un supuesto muerto por inmersión. Desde ese momento la pérdida de latido cardíaco y la respiración como diagnóstico de muerte empezó a ser cuestionable (Galeno, 2001, p.34)

Por otra parte, están las tradiciones culturales que en diferentes lugares se ejercen al morir una persona, la más conocida y practicadas a nivel mundial es el Velorio.

La práctica de los velorios por ejemplo, se relaciona históricamente con la dificultad de determinar en muchos casos el estado de muerte, “un antecedente de ello se encuentra en el Talmud, donde se pide a los deudos visitar el cuerpo del difunto por tres días para certificar la ausencia de signos vitales antes del enterramiento” (Bucay, 1982, p. 64). El velorio, sería entonces una práctica que varía en dependencia de la cultura de cada país, lugar o comunidad.

El velorio es una práctica cultural, que viene practicándose desde hacen décadas y mucho depende de las costumbres para ejercerla, al respecto se puede mencionar:

Que aparentemente la práctica del velorio de tres días evitaba el entierro de vivos, y la sociedad civil se encontraba conforme con ello, pero esa costumbre fue confrontada en el siglo XIV con la aparición de la Gran Plaga, ya que para evitar la epidemia se requería que los cadáveres fueran quemados lo antes posible. La pobre distinción entre coma y muerte, se reflejó en el miedo de la población al ser quemados vivos ya que en muchos casos de quema, los moribundos “revivían” en las hogueras, lo que causó pánico. y con estos hechos, el temor a la muerte se recrudeció en esa época. El médico del papa, Paulus Zacchiras escribió que durante 1740 a 1850 la única manera de hacer la distinción entre vida y muerte era la putrefacción, y otro investigador contemporáneo Winslow (1740) publicó su libro Signos inciertos de muerte y peligro de enterramiento y disección prematura La población se encontraba cada vez más temerosa y perpleja sobre quién verdaderamente se encontraba muerto (Bucay, 1982, p. 44).

Otro acontecimiento que influyó sobre el criterio de defunción se ocasiono por un nuevo descubrimiento médico. En Francia (1740-1767) se empezó a enseñar la respiración artificial y muchas víctimas de ahogamiento, antes consideradas muertas, podían volver a la vida, la población nuevamente se preguntaba que era la muerte y si siempre se podría evitar a través de una tecnología. Por ello, en el siglo XVIII las técnicas de resucitación incluían golpes y sacudidas para reanimar a la persona.

Nuevamente la sociedad tuvo conocimiento de la ciencia a través de la novela de ficción y apuntaló las ideas positivistas imperantes, la ciencia se volvía cada vez más el poder ilimitado del hombre sobre la muerte.

La muerte es parte de la vida misma como manifestó (Di Caprio, 1999) es el resultado del envejecimiento y deterioro progresivo tanto orgánico como funcional. En otras ocasiones es el resultado del daño producido por diversas enfermedades agudas o crónicas cuya historia natural llega a su fase terminal a corto, mediano o largo plazo. En algunas ocasiones este plazo se ha modificado por los recursos que proporcionan el avance científico tecnológico y lo que muchas veces lo único que hacen es modificar la forma y el tiempo de morir.

La manera como se ve e interpreta a la muerte, ya sea como un acontecimiento general o ajeno, cambia cuando afecta a una persona en particular, cuando el enfermo o sus familiares se enteran de la posibilidad de la cercanía o la inminencia de la muerte, por lo que es importante conocer sus reacciones y actitudes en estas circunstancias (Veatch, 1976, p.41).

En tanatología se entendiendo por muerte según (Kubler, 1989), la pérdida de una persona. Es decir, lo que experimentamos como muerte es la pérdida de la pareja, del familiar, del amigo, es la pérdida de una relación personal y no solamente la pérdida de unos órganos vitales. El Tanatólogo experimenta que la muerte se siente y se sufre.

3.2.2. Concepción y origen de la Tanatología

Para comprender las prácticas tanatológicas, primero se realizara un análisis del origen y concepción de la tanatología.

El proceso de muerte y los estudios Tanatológicos según Potter:

Son parte de una ciencia humana que trabaja, con los enfermos terminales pero sobre todo con sus familiares o con cualquier persona que haya sufrido una pérdida (pues cualquier tipo de pérdida produce un duelo), interviene en crisis (como intentos de suicidio) y brinda apoyo al equipo médico. Basada en el principio de cuidar más allá de curar. (1971, p. 55)

La Tanatología como menciona Potter, es el conocimiento científico de la muerte, sus ritos y significado concebido como disciplina profesional, que integra a la persona como un ser biológico, social y espiritual para vivir en plenitud, es así como se define a la tanatología.

Una definición más concreta de Tanatología es considerarla como el estudio de la vida que incluye a la muerte, “proviene del origen griego thanatos (muerte) y logos (estudio o tratado) el objetivo de la tanatología es proporcionar ayuda profesional al paciente con una enfermedad en etapa terminal y a sus familias” (Kubler, 1989, p. 21). Claro que anteriormente se mencionó, que el procedimiento Tanatológico no solo apoya a un enfermo terminal, sino también a su entorno familiar que esta por perder a ese miembro de la familia.

Algunos aportes teóricos de Kubler mencionan que la tanatología:

Fue aceptada como ciencia a partir de los años 50's. Desde su concepción y hasta la actualidad, se ha tratado a la tanatología de manera interdisciplinaria e incluye la evaluación de nuestra relación con la muerte y no tanto a las especulaciones o creencias (religiosas, culturales o de otra índole). La meta última del tanatólogo es orientar al enfermo hacia la aceptación de su realidad, aceptación que se traduce en esperanza sobre la situación real. Esto incluye una mejor calidad de vida, una muerte digna y en paz. (1989, p. 114).

Por la importancia que tiene la tanatología, el estudio debe empezar con una visión de lo que es el hombre, sus necesidades, sus emociones y sus respuestas para entender y comprender sus dolores. Sobre todo esos sufrimientos que existen y son los más fuertes: el de la muerte y la desesperanza.

3.2.3. Perfil del Tanatólogo.

El perfil profesional está comprendido en los requisitos con los que debe contar el especialista en el área que desempeña, según (Kubler, 1989) un Tanatólogo debe tener el siguiente perfil humano:

- Tener un profundo conocimiento, científico total de lo que es la Tanatología.
- Ser capaz de tener empatía con las personas.
- Desarrollar una gran habilidad para identificar rápidamente las necesidades de sus pacientes.
- Aptitud para las relaciones interpersonales.
- Tener un buen sentido del humor: ser capaz de reírse de lo absurdo de una situación y de él mismo.

El Tanatólogo es el profesional que trabaja con pacientes terminales y tiene la capacidad para tolerar el contacto cercano con la muerte, el sufrimiento, la incertidumbre, la impotencia. Posee efectivas capacidades de escucha y responde adecuadamente, es consciente de sus propias limitaciones y por consiguiente de la frustración como elemento inseparable de la terapia al moribundo, posee un sólido entrenamiento y dispone de mecanismos de soporte propios.

El Tanatólogo es entonces aquel profesional capacitado que entiende, conoce el tema de la muerte y ayuda brindando apoyo durante todo el proceso de muerte, en la elaboración del duelo y así lograr vivirlo de una manera positiva.

Otra finalidad del Tanatólogo según Kubler:

Es procurar que el paciente o cualquier ser humano que sufra una pérdida, se le trate con respeto, cariño y comprensión para ayudar a que conserve su dignidad hasta el último momento. La Tanatología ayuda tanto a los pacientes terminales o en fase terminal como a los familiares y allegados desde que el familiar es diagnosticado, durante el proceso y posterior a la muerte para la elaboración del duelo. (1989, p. 118)

En algunos casos, los profesionales en Trabajo Social se especializan en Tanatología, sobre todo en el área de la salud, puesto que la misma profesión y el perfil profesionales permite que sean ellos quienes desempeñen las funciones tanatológicas.

Es necesario establecer que el campo profesional del Trabajador Social, exige desarrollarse mediante modelos de intervención perfectamente definidos sobre su acción, de tal manera que se plantee el enfoque metodológico así como la concepción de un desarrollo teórico-práctico de nuestro ejercicio profesional a fin de analizar los esquemas operativos de nuestra intervención, encaminados a satisfacer las necesidades de la población usuaria de los servicios de los índices de Salud, coadyuvando a la

intencionalidad de proporcionar una atención integral a los pacientes. (Simones, 1999, p.8).

Desde este marco de referencia, el Trabajo Social debe estar considerado como una actividad sustantiva, en cuanto a que lo social requiere atender paralelamente a lo biológico y a lo psicológico. Al respecto, Fonnegra enfatiza que:

El apoyo psicológico ante la inminencia de la muerte consiste en la posibilidad de construir entre dos: el enfermo y la trabajadora social con entrenamiento en tanatología, un espacio de confianza, definitivamente terapéutico con el objetivo de romper las barreras de la incomunicación y facilitarle al enfermo el hablar y depositar en otro los miedos, las angustias, incluso el terror, sin la preocupación de dañar o empeorar las cosas, como puede ocurrir con un familiar por ejemplo. (2017, p. 92).

La intervención de Trabajo Social mediante las practicas Tanatologicas, viene a ser una bisagra entre el entorno familiar y el proceso de duelo o el enfermo que esta por morir

3.2.4. La Tanatología Clínica Social

La Tanatología Clínica puede ser entendida como la terapia científica ante el proceso de muerte. Como menciona Metchnikof “la tanatología clínica estudia lo que es la muerte, empezando por el punto de vista filosófico y cultural, la terapia tanatológicas en el proceso de morir tanto con el paciente como con los familiares y el manejo del duelo” (1908, p. 42). Desde brindar la noticia de deceso a los familiares, hasta acompañar al enfermo terminal, viene a ser un proceso Tanatológico que requiere experiencia, dedicación y mucha empatía.

El objetivo de la Terapia Tanatológico es “comprende el dolor ante la muerte y la desesperanza que ocasiona cualquier tipo de pérdida, tomando al hombre de manera integral en sus aspectos bio-psico-social y espiritual, cualquiera que sea la religión o credo que profese” (Potter, 1971, p. 21). Este tipo de práctica se aplica en instituciones de salud, en el caso del Hospital Dr. Roberto Galindo, pude ser aplicada en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica, pacientes con Cáncer terminal o entornos familiares que perdieron un ser querido de forma inesperada.

3.2.5. Los Principios de la Tanatología

Está basada en el principio de cuidar más allá de curar, según lo investigado, la Tanatología propone disminuir los sufrimientos de los pacientes, mejora la calidad de vida, ayuda a que se preparen para la muerte y que algunos pacientes se reconcilien con la vida según el caso.

La Tanatología es necesaria ante el dolor y la desesperanza de perder a un ser querido, cuando se pierde un trabajo, cuando se termina una relación de pareja, ante el dolor de sufrir la pérdida de un miembro físico (amputación) ya sea por accidente o enfermedad, cuando se sufre una pérdida material, ante el impacto que causa el saber que se tiene una enfermedad incurable (Gutiérrez, 2006, p. 23).

Ante cualquier otra circunstancia que genere una pérdida ya sea física o emocional o material, todas estas son pérdidas que motivan una situación de duelo y un especialista en Tanatología puede intervenir para apoyar a la persona en el manejo de estas situaciones.?

3.2.6. Las Practicas Tanatologicas

Según (Kubler, 1989) las practicas Tanatologicas ayudan a crear en las personas sistemas de creencias propios sobre la vida y la muerte, no como una fantasía o castigo sino como la aceptación de la muerte como un proceso natural. El autor menciona que las practicas Tanatologicas consisten en:

- Preparar a la gente para asumir la muerte propia y la de las persona cercanas.
- Educar a tratar en forma humana e inteligente a quienes están cercanos a la muerte.
- Entender la dinámica de la pena desde un punto de vista humano, donde se acentúe la importancia de las emociones.

Uno de los puntos más importantes dentro la tanatología es el principio de autonomía el cual le permite al individuo tomar sus propias decisiones relacionadas con el proceso de morir. La dignidad de la persona se comprende sólo a través del respecto a la libertad (Kubler, 1989).

Otro de los aspectos importantes dentro de la tanatología es aprender los diferentes medios por los cuales el paciente puede tener ese principio de autonomía.

Por ejemplo, pueden llevarse ciertas acciones, desde la realización de testamentos (como testamento vital o jurídico), legados, responsabilidades, o voluntades anticipadas (este último se refieren a la posibilidad que legalmente se ha establecido en algunos países en cuanto a solicitar el rechazo a la prolongación de la vida por medios innecesarios en circunstancias específicas). Uno de los grandes retos que se tiene con respecto al estudio de la tanatología es educar a las personas desde niños y jóvenes sobre los aspectos que involucren el respeto al proceso la muerte (Fonegra, 2017, p.33).

Como se cita anteriormente, la importancia en aplicar herramientas Tanatologicas es fundamental, para enfrentar el proceso de pérdida, lo que a cada ser humano le espera y es inevitable.

3.2.7. El Acompañamiento Tanatológico.

La acción de acompañar como toda forma de vida requiere de un conjunto de habilidades (comunicar, escuchar, confrontar, respetar, empatía, etc.) saber acompañar implica reconocer y entender la realidad del otro y entrar en ella, en lugar de exigir que la otra persona entre en nuestra forma de ver las cosas, la persona primero tiene que ser comprendida, escuchada, aceptada y respetada para ella, que es lo que quiere y procurar dárselo si está a nuestro alcance o bien ayudarla de alguna forma a que se obtenga lo que desea y conocer lo que es importante.

El proceso de acompañamiento como menciona es una parte medular e inevitable en nuestra existencia, ya que hay relaciones que nos sumergen en periodos de tristeza, confusión y dolor. (Dans, 2007). Es un acto de amor, pero no es invasivo, ni determinante, es un vínculo sólido pero respetuoso de la individualidad del sufriente y de su necesidad de reconstruir su propia vida.

3.2.8. El Proceso de Duelo.

Todos los seres humanos en algún momento atravesamos por el duelo al perder un familiar o ser querido, “la palabra duelo proviene del latín dolos, engaño y lugere, llorar, hace referencia a la pérdida diciendo que una pérdida debe ser vista como algo que era, para entrar a otro lugar donde hay otra cosa que es” (Bucay, 1982, p.3). Pese a saber que en algún momento perderemos a alguien amado, muchas culturas no están preparadas para este momento y esta situación tiende a ser traumática en ocasiones, como ser la pérdida de un hijo.

El duelo es el estado y proceso que sigue a la pérdida de un ser querido y esta pérdida es definitiva, por lo que casi siempre se asocia con la muerte, pero se puede dar un duelo sin muerte, tal como un divorcio, la pérdida de un miembro del cuerpo, la pérdida del empleo, etcétera (Bucay, 1982). Otro término importante que se utiliza durante el proceso de duelo es el luto:

El término “luto” del latín *lugere* (llorar) es la aflicción por la muerte de alguna persona querida; Se manifiesta con signos visibles externos, comportamientos sociales y ritos religiosos. El duelo es la matriz que reúne la respuesta a las separaciones de ambientes, bienes materiales, roles sociales, valores afectivos, lazos afectivos, la salud y la separación de las personas queridas (Di Caprio, 1999, p. 43).

El tener que atravesar el proceso de duelo cuando se pierde un ser querido es un proceso largo, lento y doloroso cuya magnitud dependerá en gran parte de la dimensión de lo perdido y de las características peculiares de cada persona y tiende a la adaptación y armonización de nuestra situación interna y externa frente a una nueva realidad.

3.2.9. El duelo de un recién nacido.

Entre los procesos de duelo con mayor impacto emocional esta la pérdida de un hijo, aun si este fuere recién nacido. “Cuando la muerte de un recién nacido llega a la vida de una familia, causa un profundo dolor, crisis y desequilibrio emocional en cada uno de sus miembros” (Kaplan, 1999, p. 34). Esta pérdida puede causar frustración, ira, impotencia y culpa. El impacto que produce la muerte del bebé en la familia puede llegar a ser catastrófico y abrumador.

La parte más traumática de la pérdida de un recién nacido la lleva la madre. Como menciona Bucay “la madre pierde una parte de sí misma es lo que genera tristeza, culpa, un vacío emocional y físico. La madre comenzaba a organizar su vida en torno al bebé, tenía expectativas acerca de la maternidad” (1982, p. 55). Cuando es una muerte inesperada, la negación puede llegar a ser más intensa, la etapa de shock podría perdurar más porque el dolor está inhibido, podría llegar a sentirse confundida y abrumada.

Para el resto de la familia puede hasta llegar a ser un tanto indiferente. Para el padre puede también llegar a ser un proceso traumático, sin embargo “podría sentirse obligado a ser él quien tiene que ser fuerte, apoyar, cuidar, consolar a su pareja y a su familia” (Bucay, 1982,

p.55). No hay que ignorar los sentimientos del padre, pues él también padece la pérdida de su hijo y en el que también había depositado expectativas e ilusiones.

El enfrentamiento con la muerte de los hermanitos puede impactar de manera enérgica, “mucho depende de la etapa del desarrollo en la que se encuentren, para comprender la muerte del bebé. Es difícil este punto, ya que los niños, supuestamente, son los que entierran a los ancianos” (Bucay, 1982, p. 55). La situación para los hermanitos va a depender mucho de los padres, puesto que si los padres pierden el equilibrio, el impacto en los niños puede llegar a ser traumático.

3.3.0. Complicaciones del Duelo.

El duelo, por lo general, tiene una duración entre uno y dos años, durante este período el dolor se siente con una intensidad diferente. Según algunos investigadores el dolor más intenso se siente alrededor de los dos meses después del fallecimiento y empezará a disminuir aproximadamente entre los nueve o diez meses.

La pérdida de un recién nacido como menciona Gutiérrez (2006) a veces podría complicarse y desencadenar un duelo patológico o no resuelto, esto se deberá a la incapacidad del individuo de expresar sus emociones o restarle importancia a la vida del bebé. Las causas podrían ser la negación de la muerte del neonato, la fijación en la etapa de shock debido al inmenso dolor que representa una pérdida de esta índole, el duelo crónico que se manifiesta con sentimientos de ira, tensión, pánico, apatía, autocastigo, fatiga; o caso contrario euforia, como un mecanismo de defensa para no darle paso al dolor. (Gutiérrez, 2006) Este aspecto podría traducirse en la distorsión de la realidad, pensar que el bebé era innecesario en su vida y que no le hace falta, estos tipos de duelo podrían desencadenar una serie de trastornos de impacto profundo.

3.3.1. El Manejo del Duelo

El manejo del duelo es aceptar la pérdida como una realidad, pero para algunas personas que llegaron a la aceptación puede motivar un movimiento mental y emocional hacia algo más, hacia un nuevo objetivo. Es desarrollar una nueva opción en donde se encuentre un significado

que nos conecte con todas las capacidades y recursos que poseemos y que aunque pareciera que terminan, no se acaban.

Manejar el duelo se traduce en salir de la sensación de dolor, de temor, de incapacidad, de inseguridad, de pérdida junto con todos los temores y creencias limitantes que implica y, retomar, otra vez nuestra vida. Se trata de generar nuevos objetivos resolviendo el duelo lo más pronto posible pasando por las diferentes etapas necesarias y viviendo cada una de ellas. Darse uno cuenta de que las pérdidas son inherentes de la vida pero ésta ni acaba ni se detiene (Harper, 2010). La pérdida de un ser amado es realmente el reto de vida más difícil para todas las personas, sin embargo, superarlo permite para seguir creciendo, superarse, y desarrollarse como ser humano.

3.3.2. Las Etapas del Duelo

De acuerdo con el Modelo Escalonado (Kubler, 1989), existen diferentes etapas por las que pasa el individuo que se encuentra en fase terminal:

Fase de negación. Es la etapa considerada como la más difícil, ya que existe la negación fuerte cuando la gravedad del padecimiento se realiza de manera directa y con escasa sensibilidad o simpatía.

Fase de ira. El paciente llega al conocimiento de que es a él al que le toca morir y a nadie más. Se llena de sentimientos de irritación, envidia, amargura, y siempre se pregunta ¿por qué yo?

En contraste con la fase de negación, esta fase es muy difícil de afrontar para la familia y el personal y se debe a que la ira se desplaza en todas direcciones y se proyecta contra lo que les rodea, a veces casi al azar.

Fase de Pacto. En esta fase, el enfermo ya no desea vivir largos años, sino que espera vivir para cumplir ciertos objetivos temporales.

Fase de depresión. El paciente reconoce que ya no puede seguir negando su enfermedad, ni puede dilatar la llegada de la muerte. Su insensibilidad y/o estoicismo, su ira y su rabia, serán pronto sustituidos por una gran sensación de pérdida. Es una especie de luto anticipado del que

brotan una buena disposición para asumir la propia muerte y morir sereno. Los profesionales pueden ayudarlo, brindando un marco adecuado para que el enfermo resuelva problemas personales pendientes, como son: reconciliaciones, previsiones financieras, cuidado de los hijos, etc.

Fase de aceptación. Si el paciente tuvo tiempo y la ayuda Tanatológica necesaria, llegará a la aceptación de su muerte sin depresión ni enojo.

En este punto se dan grandes momentos de silencio pero es aquí donde algunas comunicaciones están más llenas de sentido, la comunicación pasa de verbal, a no verbal.

La esperanza es lo único que generalmente persiste a lo largo de todas las fases anteriores especialmente después de la etapa de negación. La mayoría de los pacientes, dejan abierta una posibilidad de curación, de descubrimiento de un fármaco, o de un éxito de última hora en un proyecto de investigación. Es esta chispa de esperanza, la que los sostiene durante días, semanas o meses de sufrimiento.

3.3.3. Los Tipos de Duelo

La tipología de duelo (Domínguez, 2010) se da de acuerdo a la persona que se va a perder, sin embargo existen técnicas para apoyar en el proceso, entre los Tipos de duelo tras una pérdida se puede mencionar los principales:

Duelo anticipatorio: Es el que se expresa por adelantado cuando una pérdida se percibe como inevitable. El duelo anticipatorio termina cuando se produce la pérdida, con independencia de las reacciones que puedan surgir después. A diferencia del duelo convencional cuya intensidad disminuye con el paso del tiempo, el duelo anticipatorio puede aumentar o disminuir en su intensidad cuando la muerte parece inminente. En algunos casos, sobre todo cuando la muerte esperada se demora, el duelo anticipatorio llega a extinguirse y el individuo expresa pocas manifestaciones agudas de duelo cuando la muerte se produce. *Duelo normal.* El duelo normal se inicia inmediatamente después, o en los meses subsiguientes a la muerte de un ser querido. Los signos y síntomas típicos del duelo son: tristeza, recuerdo reiterativo de la persona fallecida, llanto, irritabilidad, insomnio y dificultad para concentrarse y llevar a cabo las labores cotidianas. El duelo tiene una duración variable que, normalmente no es superior a

seis meses, sin embargo un duelo normal puede acabar provocando un trastorno depresivo completo que requiera tratamiento.

Duelo patológico. El duelo patológico o anormal puede adoptar diversas formas, que van desde la ausencia o el retraso en su aparición, hasta el duelo excesivamente intenso y duradero, pasando por el duelo asociado a ideaciones suicidas o con síntomas claramente psicóticos.

Tienen mayor riesgo de sufrir un duelo patológico los que experimentan una pérdida repentina o en circunstancias catastróficas, los que están aislados socialmente, los que se sienten responsables de la muerte (ya sea real o imaginaria su responsabilidad), los que tienen historia de pérdidas traumáticas y los que mantenían una relación de intensa ambivalencia o dependencia con el fallecido.

Otras formas anormales de duelo se producen cuando algunos aspectos del duelo normal se distorsionan o magnifican hasta alcanzar proporciones psicóticas. Por ejemplo, identificarse con el fallecido adoptando alguno de sus rasgos o atesorando sus pertenencias puede ser considerado normal; pero creer que uno mismo es el fallecido o estar seguro de que se está muriendo de lo mismo de lo que murió el difunto no lo es (Kaplan, 1999, p.78).

En síntesis, el duelo es un proceso doloroso y traumático que precisa apoyo emocional, de preferencia si es apoyo profesional, apoyo Tanatológico.

3.3.4. La Intervención de Trabajo Social mediante la Tanatológicas en el proceso de Duelo.

La intervención de Trabajo Social mediante el acogimiento es una forma de comprender las reacciones emocionales que ocurren cuando se amenazan los lazos o se rompen.

(Di Maio, 2014) hace referencia a una serie de principios básicos que debe adoptar el Trabajador/a Social en el manejo de prácticas Tanatológicas, enlistando algunos principios básicos de conducta del profesional en esa etapa del trabajo.

- Estar sentado al dar malas noticias.
- suministrar informaciones claras y precisas. Evitar clichés.
- No hacer promesas que no pueda cumplir.

- Reconocer que el sufrimiento es natural y que cada uno tiene su ritmo para luchar con el proceso del duelo.
- No debe intentar hacer que la persona pare de sufrir rápidamente.
- Hablar libera el estrés. Estar disponible para escuchar, sin juzgar o criticar. Escuchar es ayudar.
- No cambie el asunto, no se preocupe en responder a las preguntas.
- Dar espacio para el silencio y el contacto físico. Tocar, proteger físicamente es una forma de acogimiento no verbal.
- Identificar las emociones del doliente y las suyas, pues fuertes emociones dificultan la comunicación.

Estos principios, en la intervención junto a los familiares y pacientes en cuidados paliativos están relacionados a las reglas fundamentales establecidas por la Organización Mundial de la Salud sobre los cuidados paliativos, con el objetivo de estandarizar los principios básicos sobre este tratamiento.

Por otra parte (Santos, 2011) menciona que los objetivos de aplicar la Tanatología se pueden establecer de la siguiente manera:

- a) Promover el alivio del dolor y de otros síntomas que causan sufrimiento.
- b) Afirmar la vida y considerar la muerte como un proceso natural.
- c) No pretender apresurar ni retardar la muerte.
- d) Integrar los aspectos psicosociales y espirituales al cuidado del paciente.
- e) Ofrecer un sistema de apoyo con la intención de ayudar a los pacientes a que vivan activamente tanto como sea posible hasta la muerte.
- f) Ofrecer un sistema de apoyo para ayudar a la familia a luchar con la enfermedad del paciente y su propio duelo.
- g) Utilizar equipo para abordar las necesidades de los pacientes y sus familiares, lo que incluye consejos para el duelo, si aplica.
- h) Reforzar y mejorar la calidad de vida e influir positivamente el curso de la enfermedad.

En el trabajo con pacientes en cuidados paliativos es común que el duelo anticipado se manifieste. (Kübler, 1989) describe las fases vividas por los pacientes en inminencia de muerte, denominadas “etapas del morir”.

- 1) Negación: posterior a la comunicación del diagnóstico, el paciente reacciona con una defensa temporal. Cree que hubo un error en el diagnóstico y, de esa forma, o busca otros médicos o no cree y continúa haciendo planes para el futuro.
- 2) Conflicto: etapa en la que hay conflicto del paciente con el equipo de salud y con las personas cercanas. Escepticismo espiritual.
- 3) Negociación: el paciente hace promesas para curarse. Dios es la figura clave.
- 4) Depresión: viendo la imposibilidad de cura, el paciente se deprime y se cierra en su mundo con pocas posibilidades de interacción.
- 5) Aceptación: el paciente pasa a entender su real situación y busca dar un sentido mayor a su vida; revive momentos, organiza su estructura familiar y deja los asuntos resueltos.

Además de estos, es necesario que el profesional en Trabajo Social también conozca el conjunto de reacciones ante una pérdida significativa de un duelo normal, para que sepan cómo intervenir y dar soporte a sus pacientes y familiares.

Los cuidados prestados deben ser ofrecidos desde el inicio, para que el médico, el equipo de salud, el paciente y la familia creen un vínculo de confianza.

Los cuidados paliativos tienen como finalidad asegurar al enfermo y a la familia calidad de vida, y constituyen una respuesta organizada a la necesidad.

3.3.5. Teoría de los objetivos terapéuticos específicos

Alonso, Menéndez y Gonzales (2013) mencionan que los objetivos terapéuticos planteados deben tener presente a la persona que padece la situación de crisis, a su familia, a las redes de apoyo social natural y estructural, y al equipo de atención. Son los siguientes:

- **En el ámbito personal:**
 - Conocer el capital social, familiar y comunitario con que se cuenta.
 - Evaluar la autopercepción, satisfacción y adecuación del apoyo social recibido.
 - Reconocer y fomentar la red de seguridad de las personas (familia, amigos).

- Impulsar y enseñar estrategias a través de las cuales la persona pueda captar la atención de los demás y compartir sus reflexiones y necesidades
 - Estimular la capacidad empática, el ponerse en el lugar del otro.
- **En el ámbito familiar:**
 - Promover de forma proactiva la vinculación familiar, las relaciones paterno-filiales y el buen trato.
 - Fortalecer la capacidad de las familias para establecer relaciones sociales.
 - Conocer el capital social, familiar y comunitario con el que cuenta la familia y/o el cuidador o cuidadora.
 - Evaluar la autopercepción, satisfacción y adecuación del apoyo.
 - Ofrecer modelos y estrategias, y promover iniciativas adecuadas para la atención.
- **En el ámbito comunitario:**
 - Fomentar el capital social comunitario (aumenta la confianza y la cooperación).
 - Estimular la confianza y las relaciones de reciprocidad en los individuos.
 - Aumentar el flujo de información de la red.
 - Promover la participación y estimular sentimientos más fuertes de cercanía y confianza entre los miembros de la comunidad.
- **En el ámbito profesional:**
 - Sensibilizar a los equipos profesionales en el sentido de que las personas que tienen redes de apoyo presentan una mayor fortaleza ante situaciones de crisis.
 - Promover fuertes compromisos entre los equipos profesionales y los grupos de la comunidad, así como la participación cívica.
 - Realizar actividades sociales y garantizar la accesibilidad a servicios y recursos de la comunidad.
 - Ofertar actividades artísticas, culturales y creativas para personas en riesgo de aislamiento, deprimidas y con ansiedad.
 - Cooperar en la búsqueda de estrategias para satisfacer las necesidades que se hayan objetivado de forma conjunta (comunidad y profesionales).

3.3.6. Teoría de la Resiliencia familiar

Se concibe la resiliencia familiar como la capacidad de superar situaciones adversas, saliendo fortalecidos todos sus componentes y con esperanzas en una situación mejor que se construye desde el trabajo y el esfuerzo.

La teoría de la Resiliencia familiar según McDougal enfatiza en que

La resiliencia no es únicamente un acto de la consciencia, sino un tejido que se va confeccionando a lo largo de la existencia, que requiere distintos grados de positividad, desde los reflejos y los automatismos hasta los actos de la determinación voluntaria más deliberados, en los que tanto los medios como los fines son delicadamente discernidos. El origen de la resiliencia es el anhelo, es el deseo, es la intuición, es la ilusión vislumbrada de algo bello, distinto, algo mejor; es el ensueño. Una vez cargado de afecto un acontecimiento, formará parte de la memoria y podrá formar parte del relato de alguien que se narra a sí mismo, constituyéndose también en el hilo conductor de su identidad, de su mismidad histórica. (1923, p.44).

Quienes logran obtener un estado de resiliencia, logran adquirir sosiego y paz en momentos difíciles y gracias a ello, logran superar ese proceso doloroso por el que atraviesan.

La persona resiliente “se caracteriza por construir una autoestima consistente, independiente, con capacidad de relacionarse, sentido del humor, moralidad, creatividad, emprendimiento, pensamiento crítico” (McDougal, 1923, p. 45). Son personas que contagian positividad y buena energía, ayudándose a sí mismas y a los demás.

El autor describe una serie de características que forman parte de las fortalezas de las familias resilientes, y que les permite afrontar las situaciones adversas que viven.

3.3.7. Teoría de los Aspectos socioculturales del duelo.

Anteriormente se mencionó que el proceso de duelo depende mucho de la cultura de las personas. Freud (1917) y Bowlby (1997) parten de la idea común de que los seres humanos experimentan la pérdida del cuerpo físico y la posibilidad de una existencia sobrenatural. Freud lo atribuye a que el ser humano no puede negar el hecho físico de la muerte, pero sí que esta suponga, para uno mismo, el fin de la existencia. Los ritos funerarios constituyen una de las acciones sociales conocidas en las etapas más tempranas de la evolución del ser humano. Desde

la época prehistórica, existía un interés especial tanto por la forma en que debía tratarse el cuerpo del difunto como por la realización de los rituales, que podían tener distintos objetivos.

Cada comunidad, etnia o cultura, desarrolla distintos procedimientos alrededor del proceso de muerte. “Cada uno de estos procesos encierra significados diferentes que suelen resultar útiles para la continuidad de la vida de aquellos que han perdido a sus seres queridos”. (Torralba, 1998, p.19). Aunque el hecho de morir es un acto único y unipersonal, generalmente la muerte en nuestra sociedad tiene muchas connotaciones de tipo social, probablemente porque algo que en general resulta doloroso, al ser compartido, permite mayor apoyo y asistencia.

Cada cultura organiza distintos rituales en torno a la persona fallecida, o en el proceso de final de vida, que raramente se desarrollan en la intimidad. En el entorno de nuestra cultura mediterránea (aunque cada vez con una influencia menor), se apuesta por acercarse a la persona antes de su fallecimiento como algo socialmente obligatorio, y quizás también desde la convicción de que así se beneficiará tanto a la persona enferma como a su entorno cuidador. Este tipo de acciones raramente se lleva a cabo por un único motivo, sino que se entremezclan un sinnúmero de motivaciones (Torralba, 1998, p.21)

Pueden ser muy variados los objetivos que llevan a las personas a realizar estas acciones, desde una actitud aparentemente compasiva para mostrar el aprecio por la persona enferma, pasando por la necesidad de realizar una despedida en vida para evitar posteriormente sentimientos negativos, hasta la satisfacción de la curiosidad por cómo se está llevando el procedimiento.

La familia o el entorno cuidador será quien vele por evitar acciones innecesarias en esos momentos. En lo que se refiere a los rituales después del fallecimiento, sin embargo, en general se agradece la presencia de las personas y la participación social, hasta el punto de que el número de asistentes dará una idea de la importancia de la persona fallecida.

De hecho, es la propia sabiduría popular de cada cultura la que, consciente del dolor por el que se pasa, ya sea a nivel individual o colectivo, propone desarrollar medidas y conductas adecuadas que faciliten una experiencia de duelo saludable, tanto en el terreno individual como a nivel grupal o social. Llevar a cabo este tipo de rituales permite, y a la vez facilita, canalizar sentimientos como la rabia, el enfado, la tristeza, etc. En este sentido, los profesionales que atienden situaciones de proceso de duelo proponen, en su mayoría, la realización de estas

propuestas como un bien preciado del que puede beneficiarse el conjunto de las personas implicadas.

Los grupos vulnerables pueden igualmente beneficiarse de los rituales propuestos, ya que en esta participación, e identificando su pesar o proyectándolo, elaboran su propio duelo de forma natural. No obstante, hay que tener en cuenta que requerirán atención y apoyo, y será necesario encontrar una o varias figuras que jueguen ese papel. En el caso de dudas sobre su implicación o no en tales acontecimientos, siempre se les debería brindar la posibilidad de ser ellos mismos quienes decidieran si desean participar, cómo, cuándo y de qué forma, de manera que se sintiesen empoderados para tomar sus propias decisiones. Sea cual fuere la decisión que tomen las personas vulnerables, los adultos responsables deberán reconocerla como la más acertada dadas las circunstancias del momento, a fin de que no se sientan censuradas ni enjuiciadas (Kaplan, 1999).

En el proceso de atención a situaciones de duelo en las horas inmediatas al fallecimiento, la atención social cumple una función fundamental, ya que contribuye a la comprensión de la naturaleza de la situación que se está viviendo y a pensar en las medidas que se tomarán y en el posible beneficio o perjuicio de acciones a realizar.

3.3.8. Modelo de Intervención de Trabajador Social

Para comenzar es necesario definir a que nos referimos con lo que es un modelo de intervención:

El Modelo de intervención social viene a ser la herramienta fundamental de análisis, descripción, y predicción de los que la ciencia dispone para llevar a cabo sistematización, control y comprensión de los aspectos más relevantes de la realidad física y social (Álvarez, 2014, p. 55).

Los modelos de Trabajo Social describen, en general, lo que sucede durante la actividad práctica y que, al ser aplicables de forma estructurada a un amplio muestrario de situaciones, como menciona Payne “extraen una serie de principios y pautas de actividad que le dan coherencia y uniformidad a la práctica” (1995, p. 7). De esta manera se puede decir que un modelo de intervención no es exclusivamente una forma de actuar, sino también una forma de

pensar y de entender ese actuar. Una forma que abarca no solo el cómo, sino también el cuándo, dónde, para qué y por qué.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS DEL TRABAJO DIRIGIDO

4.1. Diagnóstico de la Situación Problema

4.1.1. Servicio de Trabajo Social en el HRGT.

Según los datos recabados en el Hospital Dr. Roberto Galindo, el Servicio de Trabajo Social fue implementado aproximadamente en el año 1998 con el nombre de Unidad de Asistencia Social. La primera responsable fue la Sra. Maricruz Vaca, quien no tenía una formación profesional en el área pero era parte de las damas voluntarias de Caritas Bolivia y las hermanas misioneras de la Iglesia Católica.

Desde ese entonces, fueron pasando por el servicio varias damas que se dedicaban a realizar acciones de voluntariado, asistencia y recaudación social.

Ya en el año 2010, después de graduarse los primeros 28 profesionales en Trabajo Social de la Universidad Amazónica de Pando, asume la Responsabilidad del Servicio de Trabajo Social la Lic. Aleida Bautista quien cumplió una gestión de 2 años.

Actualmente la responsable del servicio de Trabajo Social es la Lic. Francis Ojopi Seeghers quien desde el año 2014 asumió la Jefatura del servicio, quien mencionó: *Al tomar el mando, el servicio no contaba con ningún tipo de instrumento o herramienta establecida y aprobada por el Comité Técnico del Hospital, conjuntamente con la Lic. Martha Salazar y la Lic. Jackeline Mescias elaboramos los instrumentos que actualmente utilizamos; la Ficha Social, Ficha de Categorización, Ficha de Visita Domiciliaria, Ficha de Valoración en Historia Clínica, el Informe Social de Referencia y el Cuaderno Diario de Registro. Instrumentos con los cuales hasta el momento se vienen manejando para poder cumplir a cabalidad con las funciones que realizan* (Francis Ojopi, comunicación personal, 20 de agosto 2018).

Actualmente el servicio de Trabajo Social funciona en los turnos de mañana y tardes. Cuenta con tres profesionales en Trabajo Social establecidas de la siguiente forma:

Tabla 2

Recursos Humanos del Servicio De Trabajo Social del H.R.G.T.

Nombre y Apellido	Año de Titulación	Cargo	Días de Trabajo y horario	INMEDIATO SUPERIOR	Dependencia Financiera
Lic. Francis Ojopi Seeghers	2010	Jefe de Servicio	Lunes a viernes 07:00 -13:00	Jefe Medico	Ley Financial
Lic. Martha Salazar Cuba	2010	Trabajadora Social	Lunes a viernes 13:00. -19:00	Jefe de Servicio T.S.	TGN
Lic. Jackeline Mescias Cruz	2018	Trabajadora Social	Lunes a viernes 07:00. -19:00	Jefe de Servicio T.S.	Gobierno Autónomo Municipal de Cobija

Fuente: Elaboración Propia, 2018.

En lo que respecta a las funciones establecidas que realizan las Trabajadora Sociales según la Normativa de Caracterización de Segundo Nivel están:

- a) Formular el diagnóstico de los problemas sociales de los pacientes en consulta externa, hospitalización y emergencia en forma integral brindando alternativas de solución.
- b) Realizar el estudio y la evaluación técnica para hacer la calificación de la situación socio - económica del paciente en Hospitalización y emergencia en el ámbito familiar y comunitario que requiera apoyo y valoración social.
- c) Estimular, orientar y monitorear la investigación, en el campo de su competencia, así como apoyar la docencia, en el marco de los convenios correspondientes.
- d) Programar y evaluar el servicio social del hospital tomando en cuenta el horario establecido en consulta externa y Hospitalización, para el cumplimiento de los objetivos del Hospital.
- e) Registrar y Archivar las referencias y contra referencias de los pacientes

Sin embargo como mencionan las profesionales del servicio, sus funciones van más allá se lo que establece la normativa ya que también gestionan recursos e insumos médicos, pasajes, coordinaciones interinstitucionales, atenciones personalizadas, visitas domiciliarias, atención de casos de víctimas de violencia, seguimiento de pacientes transferidos a tercer nivel, charlas y orientación familiar, entre muchas otras actividades.

4.1.2.2. Recursos Materiales (infraestructura y equipamiento)

En lo que respecta a la infraestructura y equipamiento del servicio de Trabajo Social, el mismo cuenta con una oficina de 5mx2,5 m² ubicado en el ingreso del Hospital, ambiente que el personal a adecuado para poder atender a los usuarios según la necesidad que se requiera.

Su equipamiento consta de un equipo de computación, dos escritorios de madera, tres estantes, una vitrina, dos sillas giratorias, dos sillas de madera y un sillón tripe de espera.

Cuentan con un pequeño almacén de muestras médicas que obtienen de los mismos médicos del hospital y algunos medicamentos que los pacientes al abandonar el nosocomio regalan y donan para beneficio de otros pacientes. Además cuentan con prendas de vestir para recién nacidos, niños y adultos, mismas que cada 6 meses van renovando en una colecta que ellas mismas realizan con sus conocidos.

El servicio de Trabajo Social no cuenta con ningún tipo de financiamiento de apoyo económico para poder colaborar a las personas con necesidades en el área de salud, por lo que acuden a otros métodos alternativos de solución como es la búsqueda de apoyo por autoridades municipales, departamentales, instituciones entre otras.

4.1.2.3. Coordinación Interinstitucional

Entre las principales actividades que realiza el servicio de Trabajo Social se puede mencionar que la coordinación interinstitucional, ya que este accionar les permite realizar una intervención social completa y establecer alternativas de soluciones reales y precisas sin divagar en el apoyo que se le tiene que dar a los pacientes. Lo que mencionan además es que existen dos tipos de coordinación. Una es la coordinación social solidaria y la otra es la coordinación interinstitucional.

- **Coordinación Social Solidaria:** son las instituciones que apoyan a pacientes a poder realizar sus tratamientos médicos en el caso del requerimiento de Trabajo social. Esta por ejemplo la Agencia Boliviana de Aviación Regional Cobija, quienes donan mensualmente dos pasajes completos previo trámite que debe presentar trabajo social. Esta también la flota Yungueña, quienes donan pasajes al área rural del departamento a requerimiento de Trabajo

Social. Carita Parroquial es otra de las instituciones que apoya en lo que concierne a medicación y alimentación en caso de pacientes sin recursos previa solicitud de Trabajo Social. El grupo policial GACIP, apoya según requerimiento de Trabajo Social en la obtención de recursos económicos mediante campañas sociales para personas que lo requieran, estas instituciones entre otras viabilizan a la resolución de problemáticas sociales.

• **Coordinación interinstitucional:** La coordinación que realiza el servicio de Trabajo Social con otras instituciones va de acuerdo con el caso que se presente, es decir, casos de menores de edad se coordinan acciones con la Defensoría de la Niñez y Adolecías, casos de Violencia a mujeres adultas con el SLIM y FELCV, casos de presidiarios con el Régimen Penitenciario, casos de adultos mayores con el SEDEGES, casos de Transferencias con los Hospital de Referencia de Tercer Nivel.

Este tipo de accionar es lo que permite que la intervención de las Trabajadoras Sociales del servicio del Hospital se lleve a cabo de forma correcta y coordinada además de viabilizar una solución inmediata a las necesidades de los pacientes y sus familias.

4.2.2. Análisis de FODA del servicio de Trabajo Social

Se ejecutó un Taller FODA en el servicio de Trabajo Social con la finalidad de obtener de la misma persona la información necesaria para fortalecer el accionar y la intervención del servicio de Trabajo Social.

Para mejor entendimiento, el diagnóstico FODA según (Gutiérrez, 2001) es una técnica especial para evaluar y según los resultados que se obtenga de los mismos actores, proponer propuestas de mejora. FODA significa; Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas por las que atraviesa la institución. Las Fortalezas y Debilidades son internas y se deben cambiar desde dentro, las Oportunidades y Amenazas son Externas y se deben proveer desde fuera.

Al realizar en el servicio el Taller de análisis FODA, se les pidió a las Trabajadoras Sociales identificar cuáles son las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas del servicio de Trabajo Social según su percepción, concepción y accionar en su día a día previa disertación y explicación del significado del taller.

Las respuestas de las Trabajadoras sociales se expresan en el siguiente cuadro



Figura 2: Matriz FODA de Trabajo Social

Fuente: Elaboración propia, 2018.

El análisis FODA, permitió percibir las falencias existentes el servicio como se describe en la figura. Falencias que repercuten negativamente en la intervención social y sobre todos en los usuarios.

Una de esas falencias en la ausencia de prácticas innovadoras como ser las practicas Tanatologías como métodos de apoyo en el proceso de duelo cuando un paciente fallece. Por lo tanto seguidamente se establecerá la importancia de incluir *prácticas Tanatologicas en el Proceso de Duelo* ante la pérdida de un paciente y la intervención que realiza la Trabajadora Social en estos sucesos.

4.3. Actividades ejecutadas y sus resultados

4.3.1. Diagnóstico sobre la Intervención social mediante *prácticas tanatológicas* en el servicio de Trabajo Social.

Mediante la aplicación de entrevistas realizadas a padres que perdieron un recién nacido ya sea en el parto o después de nacer como también a las Trabajadoras Sociales del Hospital Dr. Roberto Galindo se pudieron constatar una serie de parámetros que nos permitieron establecer la necesidad de implementar *prácticas tanatológicas* mediante el servicio de Trabajo Social.

- **Profesionales en Trabajo Social:**

Las entrevistas fueron realizadas directamente a las 3 profesionales en Trabajo Social que integran el servicio de Trabajo Social.

Se les pregunto a las profesionales de Trabajo Social que procedimientos realizan en situaciones de óbito o pérdidas de un paciente a lo cual las tres profesionales manifestaron: En casos de óbito solamente realizamos la coordinación administrativa del Certificado de Defunción, gestionando en algunos casos la referencia al lugar de origen y obteniendo la donación del féretro (Jackeline Mescias, comunicación personal, 20 de septiembre. 2018).

Se coordina con el servicio en donde fallece la persona para la entrega del certificado de defunción y la familia se encarga de lo demás (Martha Salazar, comunicación personal, 20 de septiembre. 2018)

Los protocolos médicos en el hospital son claros cuando un paciente fallece, muchas veces intervenimos en la cuestión económica, por lo que pueda adeudar el paciente, categorizamos en dependencia de la situación económica además de gestionar en ocasiones el ataúd y el traslado desde la morgue hasta la funeraria (Francis Ojopi, comunicación personal, 20 de septiembre. 2018).

En síntesis, la atención que brindan las profesionales del servicio de Trabajo Social es de carácter administrativo, además de gestionar socialmente apoyo económico a las personas que lo requieran, pero no realizan en ningún momento una reunión con la familia y mucho menos terapia familiar para enfrentar la pérdida.

Seguidamente se preguntó si en el servicio de Trabajo Social, llevan a cabo contingencia emocional. Entiéndase que la contingencia emocional según (Fiedler, 2010) describe la manera en que se calma a personas en situación de desesperación emocional, ya sea por recibir una noticia impactante o por ser parte de un acontecimiento inhóspito que pueda marcar sus vidas.

En ese instante en que profesionales del área social y psicológica accionan brindando a estas personas sosiego, esperanza y calma cuestión que no permitirá que sucedan hechos trágicos posteriormente.

A la entrevista las Trabajadoras Sociales mencionaron: No hemos recibido capacitación para tratar a las personas que atraviesan el proceso de duelo, la verdad es que en lo personal me aflige bastante la situación (Jackeline Mescias, comunicación personal, 20 de septiembre. 2018).

Una sola vez fui a un taller pero trataba de violencia sexual, en él se tocó el tema de contingencia emocional pero para las víctimas de violencia, en cuanto a familias en duelo yo no puedo opinar por que no trato a estas personas, generalmente se van nomas, creo que nos hace falta capacitarnos en la atención en estos casos (Martha Salazar, comunicación personal, 20 de septiembre. 2018)

Creo que el duelo es un proceso íntimo y bastante delicado, realmente se necesita mucha experiencia y conocimiento para ayudar a las personas que lo atraviesan y más aun a las madres que pierden un bebe, es bastante difícil no ponerse en el lugar ese momento. Pienso que sería bastante bueno que podamos capacitarnos (Francis Ojopi, comunicación personal, 20 de septiembre. 2018).

Las trabajadoras sociales del hospital mencionaron que en lo que respecta a contingencia emocional de personas en proceso de duelo, no realizan este tipo de intervención ya que no habían sido capacitadas para hacerlo, sin embargo tienen un vago conocimiento sobre la contingencia en el área de violencia, por lo que se enfatiza que no se realiza contingencia emocional en casos de fallecimiento.

Por lo tanto se consideró importante preguntar en que forma apoyan las Trabajadoras Sociales a los familiares de un paciente fallecido en el momento de duelo a lo cual respondieron

El apoyo se torna en relación a la documentación y la coordinación que se debe realizar con el servicio donde fallece la persona, así como el apoyo en lo que pueda adeudar, la extensión del Certificado de Defunción y en algunos casos la gestión de un féretro para el proceso velatorio según el ritual cristiano (Martha Salazar, comunicación personal, 20 de septiembre. 2018).

Como mencione antes, coordinamos los tramites de defunción (Jackeline Mescias, comunicación personal, 20 de septiembre. 2018)

Según la valoración social y la categoría que se otorgue al caso se procede a apoyar en descuentos o gestiones sociales (Francis Ojopi, 20 de septiembre. 2018)

Cabe destacar que la intervención social es uno de los pilares fundamentales del Trabajo Social y la gestión social es parte de esta intervención. Sin embargo es necesario establecer una relación empática con el entorno en duelo implementando estrategias Tanatológicas que permitan sobre llevar de mejor manera las fases del duelo.

Al preguntarles las Trabajadoras Sociales si conocías sobre las prácticas Tanatológicas, se obtuvo una negativa a la respuesta con excepción de la Jefe de servicio quien menciona: Una vez conocí una Trabajadora Social especializada en Tanatología, ella trabajaba en el Oncológico del Hospital de Clínicas de la ciudad de La Paz, en ese entonces me llamo la atención pero no indague a profundidad de que se trataba (Francis Ojopi, comunicación personal, 20 de septiembre de 2019)

Este dato es un claro reflejo de la necesidad que existe en el servicio de Trabajo Social del Hospital Dr. Roberto Galindo Terán de implementar una *Guía de Prácticas Tanatológicas* que apoye a las profesionales en la intervención y accionar cuando los pacientes fallecen o van a fallecer.

Cuando se explicó en qué consisten las practicas tanatológicas, las profesionales en Trabajo Social consideran importante fortalecer sus conocimientos para brindar una mejor atención a los pacientes y sus familiares en proceso de enfermedades crónicas y duelo. Mencionando además que no tenían conocimiento de cómo ayudar a las personas a superar ese proceso y que les beneficiaria mucho como profesionales conocer estas prácticas, de igual forma mencionaron que estaban ansiosas por obtener este conocimiento y poderlo aplicar.

Para ello se consultó a las trabajadoras sociales puedan mencionar según su experiencia laboral en el hospital, en qué servicio se debería implementar con más énfasis las practicas tanatológicas, a lo cual mencionaron que los servicios donde existen más óbitos es el servicio

de Neonatología y Terapia Intermedia, así mismo en Emergencias y Medicina Interna con menor énfasis y también en Hemodiálisis.

Cerrando la entrevista se les consulto su opinión sobre implementar practicas Tanatologicas en su accionar profesional en el hospital a lo cual mencionaron que no les perjudicaría en lo más mínimo, al contrario coadyuvaría el accionar que llevan adelante brindando soporte en casos de fallecimientos, enfermedades terminales y muertes prematuras.

- **Padres de recién nacidos fallecidos**

Al realizar la entrevista a dos parejas de padres que han perdido un recién nacido se interrogo sobre el motivo de la pérdida o fallecimiento, en uno de los casos fue malformación congénita y en otro de los casos asfixia neonatal.

Seguidamente se les pregunto a los padres si en el momento de la perdida, habían recibido apoyo o asistencia social por parte del personal de Trabajo Social para enfrentar la perdida:

No recibí ningún apoyo, es más la forma en que me dijeron que él bebe había muerto fue muy fea, no tienen sensibilidad (Mateo Pérez, comunicación personal, 05 de octubre. 2018)

Solo nos brindaron apoyo en la obtención de un féretro para recién nacido ya que no contábamos con la economía suficiente (Carla Mamio, comunicación personal, 9 de octubre. 2018)

Corroborando con las acciones que realizan las trabajadoras sociales quienes en sus entrevistas mencionan que solo realizan gestiones en caso de ser necesario o que se requiera el apoyo de Trabajo Social, sin embargo los padres de los recién nacidos no mencionaron que las profesionales conversaron o brindaron algún apoyo emocional a la familia.

Se les pregunto a los padres cuáles fueron las circunstancias más difíciles por las que atravesaron para poder sobre llevar la pérdida del recién nacido a lo cual respondieron:

La parte más difícil fue la falta de información, no esperábamos que él bebe tenga malformación congénita, además de no saber cómo contarle a los demás familiares esa tragedia

hemos pensado mucho en no intentar tener más hijos (Mateo Pérez, comunicación personal, 05 de octubre. 2018)

Primero buscamos culpables, mi esposo me culpo, yo lo culpe a él y los dos culpamos a los médicos, no entendíamos razones, reaccionamos de forma violenta con amenazas de por medio, además de sentir la impotencia con la que lidiamos durante mucho tiempo (Carla Mamio, comunicación personal, 9 de octubre. 2018)

Como se puede apreciar, las reacciones de los seres humanos son distintas una a otras y lógicamente ante el fallecimiento de un hijo la reacción en algunos casos puede ser violenta. En otros casos lleva a la depresión y decisiones que afectan a largo plazo. Es por ello que las Practicas Tanatologicas son indispensables para este tipo de situaciones.

Para concluir la entrevista y debido a lo delicado sentimentalmente que es abordar este tipo de interrogantes se consideró importante preguntar si como padres consideraban necesarios que existan ciertos parámetros de apoyo emocional en el proceso de duelo a lo cual ambas parejas de padres respondieron rotundamente que era muy necesarios.

Nos hubiese sido de gran ayuda en la primera semana, los primeros días son lo peor realmente es como estar muriendo en vida. Yo creo que no tendría este trauma de no querer intentar tener más hijos si me hubieran apoyado (Carla Mamio, comunicación personal, 9 de octubre. 2018).

Yo creo que como seres humanos nunca estamos listos para perder un familiar aun sabiendo que la muerte es lo más seguro que tenemos en la vida. Sin embargo, cuando se trata de un hijo el impacto de la muerte es mucho peor, para nosotros fue una etapa traumática y un tiempo estuvimos separados (Mateo Pérez, comunicación personal, 05 de octubre. 2018).

Como resultado de las entrevistas aplicadas, se puede decir que las Practicas Tanatologicas son importantes en el accionar de Trabajo Social y su aplicación será de gran impacto en la intervención social en los casos de fallecimiento de un paciente, un recién nacido, un enfermo crónico u otros.

- **Taller de Análisis FODA con la información obtenida y en el diagnóstico y los actores involucrados.**

Se realizó un Taller de Análisis FODA en el cual participaron las Trabajadoras Sociales del Servicio de Trabajo Social y la Tutora Institucional en el cual se pudo recolectar las opiniones y conceptos de cada una para poder realizar el análisis mencionado. Obteniendo como resultado que el servicio de Trabajo Social precisa la implementación de las Practicas Tanatologicas para su aplicación en el Hospital Dr. Roberto Galindo Terán.

Mediante el taller y con el apoyo de algunas entrevistas realizadas a las profesionales del servicio de Trabajo Social, se realizó el Diagnostico planificado, determinando que el servicio carece de comodidades inmobiliarias además de que el espacio físico del ambiente que utiliza el servicio no abastece para la atención de los usuarios y esto dificulta en ocasiones la atención personalizada hacia las personas, además de ello, no cuentan con presupuesto para realizar visitas domiciliarias o seguimiento de los casos.

En el 2015 el equipo de Trabajadoras Sociales del Hospital Dr. Roberto Galindo Terán, realizo el Manual de Funciones del servicio de Trabajo Social que fue aprobado por el Comité Técnico Administrativo en el cual se menciona que las funciones son:

- 1) Estudio y valoración socioeconómica de usuarios que demanden atención
- 2) Investigación social y evaluación socioeconómica
- 3) Orientación, gestión y seguimiento de referencia y contra referencia asistida
- 4) Gestión de atención médica y exámenes complementarios en casos especial
- 5) Ubicación de familiares, visitas domiciliarias, seguimiento de casos especiales
- 6) Atención a víctimas de violencia intrafamiliar, sexual, maltrato y otros
- 7) Registro, atención y seguimiento a adolescentes embarazadas
- 8) Apoyo a pacientes en situación de crisis
- 9) Contención emocional a familiares
- 10) Apoyo y gestión a grupos formales y no formales
- 11) Gestión, orientación y apoyo a personas con capacidades diferentes
- 12) Apoyo en la formación de estudiantes de Trabajo Social en pregrado en calidad de Tutoría institucional

- 13) Coordinación interinstitucional de campañas de apoyo social a personas de escasos recursos
- 14) Tramite y gestión de pasajes solidarios a personas de escasos recursos
- 15) Tramite y gestión de apoyo a personas con cáncer
- 16) Coordinación y gestión de albergue, vestimenta y alimentación para personas procedentes del área rural.
- 17) Coordinación con instituciones externas de apoyo a la salud

Como se puede apreciar dentro de las funciones establecidas que realizan en el servicio de Trabajo Social, no están incluidas las *Practicas Tanatologicas*.

- **Diseño de la Guía de Procedimientos Tanatológicas. “Primer Taller”**

El diseño de la guía fue elaborado enfatizando sobre lo que es la Tanatología y lo que implica el Proceso de Muerte, se realizó una presentación en diapositivas en las cuales se explica lo que es la Tanatología.

Para poder llevar a cabo el proceso de duelo e implementar estrategias Tanatológicas es necesario entender que “la muerte como un pasaje hacia otra forma de vida” (Kubler, 1989, p. 44) y que conocemos el proceso de duelo.

En base a la revisión bibliográfica y análisis de distintos estudios científicos e investigaciones realizada sobre la Tanatología, mediante en un taller con las profesionales en Trabajo Social del Hospital Dr. Roberto Galindo Terán, se diseñaron las estrategias Tanatologicas y posteriormente se elaboró el diseño final de la *Guía de Practicas Tanatologicas* desde la Intervención de Trabajo Social en el Hospital Dr. Roberto Galindo, misma que será aplicada por las profesionales del servicio.

4.3.2. Intervención de Trabajo Social

La intervención social es la acción inmediata en la cual actúan los profesionales en Trabajo Social, permitiendo estas experiencias adquirir la pericia en diferentes campos, ya sea en el educativo, en servicios básicos, proyectos o salud.

En el campo de la salud, el trabajo social es definido como la actividad profesional que tiene por objeto la investigación de los factores psicosociales que inciden en el proceso

salud- enfermedad, así como el tratamiento de los problemas psicosociales que aparecen con relación a las situaciones de enfermedad (Ituarte, 1992, p. 44).

Es así que el conocimiento de la realidad de cada paciente es fundamental, por lo que este proceso lleva implícito estudiar al usuario e identificar las redes de relaciones (familia, institución, situación de marginación o exclusión).

En este sentido, la intervención de los trabajadores sociales en el área de salud se centra específicamente en la enfermedad y sus efectos sociales, mediante la aplicación de métodos y técnicas específicas.

Para la elaboración del diagnóstico social sanitario, el trabajador social realiza un ejercicio de integración del diagnóstico médico y, en la mayoría de los casos, del pronóstico de la enfermedad.

Por lo tanto, la intervención del trabajador social es aportar con el estudio de las variables socioeconómicas y culturales que inciden en la etiología, distribución y desarrollo de la enfermedad y sus consecuencias sociales; localizando, identificando, controlando o eliminando aquello que retarda el logro de los objetivos de salud y la utilización de los servicios, así como lo que favorece su logro. (Colom, 2008, p. 62)

En concordancia con los referidos autores el quehacer profesional del trabajador social en salud, está orientado a conocer las problemáticas de salud de la población a través de la investigación, buscando el cumplimiento efectivo de las políticas sociales, coordinando acciones con el equipo interdisciplinario, así como las redes familiares y organizacionales, proponiendo y desarrollando acciones tendientes a mejorar la calidad de vida del individuo, familia, comunidad y sociedad en general.

Considerando las aportaciones de (Ramirez, Velàscò y Garzòn, 2012) sobre las funciones del Trabajo Social en este campo, se hará mención a los principales aspectos que toma en cuenta el profesional: investigación, promoción, prevención, recuperación, rehabilitación, gestión y administración.

a) Investigación:

- Participar con el equipo interdisciplinario en proyectos de investigación sobre la salud integral de la población y así que aporten en la solución de problemas de salud de la comunidad.
- Estudiar las características socio económicas de la población atendida.
- Estudiar, analizar y actualizar la información sobre las necesidades, expectativas y percepciones de los usuarios y de la comunidad del sector.
- Evaluar el impacto de las medidas de ley y proponer alternativas de atención y prevención de individuo, la familia y la comunidad más acordes con su realidad (aborto, divorcio, menor trabajador, aparición y agudización de enfermedades crónicas, desprotección
- Participar en el análisis de la información de oferta y demanda de servicios de salud del área de influencia que permita proponer alternativas de solución.
- Plantear temas de sondeo, exploración e investigación referentes a aspectos sociales, económicos y culturales asociados a condiciones específicas de salud.

b) Promoción

- Orientar a las personas y sus familias sobre las rutas de atención del sistema de salud.
- Brindar información sobre la enfermedad, y pautas a seguir para hacer frente al manejo externo de la problemática.
- Elaborar, ejecutar y evaluar programas de divulgación de los múltiples factores que inciden sobre la salud.
- Promover en las personas y sus familias estilos de vida saludables.

c) Prevención:

- Prevención de factores de riesgo en familiares de usuarios con problemática de salud mental específicamente.

- Orientar y capacitar a la población sobre el uso de recursos institucionales y o comunitarios que puedan contribuir a que los individuos alcancen mejor calidad de vida.
- Orientar y fortalecer los vínculos que permitan la unidad familiar y capacitar a sus miembros para que aseguren la salud.
- Colaborar en la capacitación de voluntarios y auxiliares para ejecutar acciones de salud.
- Elaborar planes de tratamiento conjuntamente con el usuario y el equipo interdisciplinario para resolver los problemas o deficiencias del individuo o la familia.

d) Recuperación

- Contribuir con el resto del equipo de salud a reparar los daños causados por la enfermedad.
- Acompañar y orientar a las familias y a las personas para que sean promotores de la recuperación de su salud.
- Movilizar recursos internos y externos del paciente (familia, ámbito laboral, institución psiquiátrica, comunidad de residencia, redes institucionales) que aporten en el mejoramiento de la condición de enfermedad del paciente.

e) Rehabilitación:

- Orientar al medio familiar, laboral, escolar y comunitario para la reubicación social de la persona enferma.
- Estimular a que toda persona enferma pueda lograr el uso máximo de todas sus potencialidades.
- Coordinar con entidades contratantes que propendan al acceso a la información a la red de servicios de las instituciones favoreciendo la calidad en la prestación de los servicios de salud.

f) Gestión y administración de los servicios

- Participar con el equipo de salud en la programación de actividades con base en el perfil epidemiológico y características socioeconómicas y culturales de la población beneficiaria del centro de atención.
- Evaluar los programas diseñados y ejecutados por el trabajador social y los realizados conjuntamente con las demás unidades funcionales del centro de atención.
- Elaborar el presupuesto para proveer los recursos del área de trabajo social o Diseñar y evaluar permanentemente los procedimientos de atención al usuario, especialmente en lo que se refiere a la oportunidad y calidad
- Realizar la referencia y contra referencia cuando se requiera, dentro de la estrategia de redes de servicios de salud. o Realizar remisión a usuarios de acuerdo a la problemática social.
- Planificar, programar, ejecutar y evaluar procesos e intervenciones sociales y organizar su quehacer profesional en tiempos y movimientos planificados.
- Gestionar y coordinar intra y extra institucionalmente recursos de diverso orden a fin de responder a los objetivos de trabajo.

Sin embargo como mencionan las profesionales del servicio de Trabajo Social del Hospital Dr. Roberto Galindo Terán, sus funciones van más allá de lo que establece la normativa ya que también gestionan recursos e insumos médicos, pasajes, coordinaciones interinstitucionales, atenciones personalizadas, visitas domiciliarias, atención de casos de víctimas de violencia, seguimiento de pacientes transferidos a tercer nivel, charlas y orientación familiar, entre muchas otras actividades.

El Trabajo Social cuenta tradicionalmente con tres modelos de intervención que (Molina y Romero, 2001) exponen detalladamente. Cada uno de ellos se utiliza según la situación particular del caso, según la población y el contexto en general.

4.3.2.1. Modelos de Intervención Social

Según (Molina y Romero, 2011) se entiende por modelo la intervención a los aspectos ontológicos, epistemológicos y metodológicos de una forma determinada de práctica profesional. A continuación se explicarán los tres modelos de intervención referidos por ellas.

- **Modelo Asistencial**

Este modelo consiste en proveer subsidios financiero y/o material u ofrecer información a un sujeto individual o colectivo que plantea carencias en la satisfacción de sus necesidades vitales y contingentes y que para su satisfacción se demanda una acción institucional inmediata. El proceso de trabajo está conformado por una cadena de producción que genera sub-productos que pueden ser: información, bienes o servicios y que requieren de las relaciones de cooperación y coordinación inter-organizacional.

- **Modelo socioeducativo- promocional**

Consiste en una acción educativa de información y de formación a partir de problemas significativos para los actores involucrados. Se da mediante procesos de concienciación, capacitación, movilización de recursos personales, grupales, comunales e institucionales y construcción de redes y alianzas de solidaridad. Los actores reconstruyen su realidad y configuran estrategias de acción orientadas a participar en la toma de decisiones, para contribuir a transformar su realidad y con ello tener acceso a una mejor calidad de vida.

- **Modelo terapéutico**

Se caracteriza por el manejo de las relaciones y de los procesos comunitarios que generan tensiones entre el sujeto individual o colectivo y su ambiente. La finalidad es promover los cambios que el sistema requiere para recobrar el relativo equilibrio, propicio para el desarrollo individual o familiar que se aspira y que es posible.

La intervención profesional en Trabajo Social se fundamenta en el trato constante de diversas situaciones con otras personas que presentan por lo general situaciones problemáticas

o difíciles. Los anteriores modelos de intervención ayudan o guían las funciones que deben realizar las y los trabajadores sociales según sea el caso.

4.4. Propuesta de mejora

A partir del primer acercamiento del usuario, la visita domiciliar y la valoración del caso, el o la Trabajadora Social puede realizar un posible plan de intervención.

Algunas de las recomendaciones para la aplicación de una Propuesta de Mejora es mediante la son elaborar Fichas Sociales, llenar un cuaderno de campo para sistematizar los datos obtenidos, buscar un espacio apto para las intervenciones, practicar la escucha activa, utilizar técnicas de intervención y manejar la teoría del modelo de intervención terapéutico.

A continuación se establece una Propuesta de Mejora para el servicio de Trabajo Social para tomarlo como referencia en casos de óbitos o pacientes con enfermedades terminales.

- 1) Es importante realizar una sesión familiar para conocer a fondo la dinámica, las problemáticas y conflictos internos en la familia.
- 2) También, se pueden realizar sesiones individuales con el paciente o el familiar según lo requieran, estas son trascendentales porque permite trabajar las etapas del duelo, incentivar a resolver los detalles administrativos.
- 3) Brindar seguimiento al paciente y su familia es relevante pues permite retomar elementos que faltan por atender o intervenir además de la debida orientación después de la muerte del paciente como lo es el duelo complicado. La Trabajadora Social puede orientar con la familia sobre el proceso de muerte.
- 4) Es importante que cada uno de los profesionales en Trabajo Social del Hospital Dr. Roberto Galindo tome como referencias estas estrategias de intervención para ofrecerle al usuario calidad en el servicio brindado.

Sin embargo se insta para que las y los Trabajadores Sociales sistematicen su experiencia para crear más insumos teóricos y prácticos desde la profesión.

Es necesario que para lograr la atención de las prácticas Tanatológicas se apliquen las estrategias establecidas en la Guía de procedimientos Tanatológicas mediante la intervención de Trabajo Social.

Los indicadores de evaluación de la implementación de estrategias Tanatológicas se establecerán en la Guía de Procedimientos en el seguimiento que posteriormente realice el profesional de Trabajo Social.

En respuesta a los objetivos de la investigación y en base al diagnóstico realizado se propone la implementación de la *Guía de Practicas Tanatologicas* mediante una Ruta de atención de casos que se detalla a continuación.



Figura 3: Ruta de Atención Tanatológica

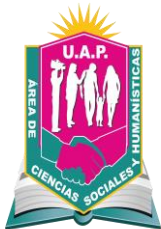
Fuente: Elaboración propia, 2018.

La propuesta de mejora comienza con la Ruta de atención en casos de fallecimiento de paciente ingresados en el Hospital Dr. Roberto Galindo Terán y culmina con la presentación de la *Guía de Practicas Tanatologicas*.

- 1) Trabajo Social admite el caso mediante el llenado de la Ficha Social del Servicio.
- 2) La Trabajadora Social realiza la entrevista con el entorno familiar seguido de la primer visita domiciliaria en la cual determina la aplicación de *Practicas Tanatologicas*
- 3) La Trabajadora Social utiliza la Guía de Practicas Tanatologicas, para determinar que estrategias utilizara con el entorno familiar y cuantas sesiones se deberán realizar,

llenando los instrumentos y utilizando técnicas que permitan a la familia sobre llevar los procesos de duelo y afrontar la realidad actual tras la pérdida del familiar.

Para ello a continuación se presenta la Guía de Practicas Tanatologicas, elaborada conjuntamente con las profesionales del servicio de Trabajo Social y validada con las autoridades institucionales.



**GUÍA DE PROCEDIMIENTOS
TANATOLÓGICOS
TRABAJO SOCIAL**

HOSPITAL DR. ROBERTO GALINDO TÉRAN

**AUTORA: MARIA ELENA VASCO
MORALES**



Presentación

La Guía de procedimientos Tanatológicos fue elaborada conjuntamente con las Trabajadoras Sociales del Hospital Boliviano Japonés Dr. Roberto Galindo Terán para ser implementada en el servicio de Trabajo social y aplicada posteriormente en beneficio de pacientes terminales y familiares en proceso de duelo

El conocimiento científico de la muerte, sus ritos y significado concebido como disciplina profesional, que integra a la persona como un ser biológico, social y espiritual para vivir en plenitud, es así como se define a la tanatología. Una definición más concreta es considerarla como “el estudio de la vida que incluye a la muerte”. Del origen griego thanatos (muerte) y logos (estudio o tratado) el objetivo de la tanatología es proporcionar ayuda profesional al paciente con una enfermedad en etapa terminal y a sus familias.

Al ser la Tanatología una tendencia importante e innovadora para la práctica profesional de Trabajo Social, especialmente en el área de la salud, se considera necesario realizar una investigación con el fin de demostrar su efectividad en el servicio de Trabajo Social del Hospital Dr. Roberto Galindo y de esa manera las profesionales la adopten como una herramienta en su ejercicio laboral para ayudar a las familias a enfrentar una pérdida.

Etapas del Duelo

Para poder llevar a cabo el proceso de intervención Tanatológico primero debemos comprender las etapas por las cuales atraviesan los seres humanos en el duelo de una persona que ha fallecido.

- a) **Negación:** es la no aceptación ante la realidad, buscando otras opciones o buscando evidencias que muestren que la pérdida es un “error”.
- b) **Ira o Enojo:** En su generalidad el entorno familiar de una persona que fallece atraviesa el proceso de ira y enojo, culpabilizando a alguien más por el deceso y hallando sosiego en la impotencia de no poder hacer nada al respecto al enojarse y en muchas ocasiones reaccionar agresivamente ante los demás.
- c) **Depresión:** aparece cuando se adquiere conciencia de la realidad, cuando ya se acepta que el ser que falleció no volverá y que deben aprender a llevar ese dolor en sus vidas, esta etapa es la más difícil de atravesar por que puede tener una duración bastante larga por lo que se sugiere que el Trabajador Social que vaya a aplicar herramientas Tanatológicas debe enfatizar aspectos de empatía, paciencia, apoyo emocional y fortalecimiento de los lazos intrafamiliares en esta etapa.
- d) **Aceptación:** debe pasar un tiempo determinado para que el entorno familiar llegue a la cuarta etapa, la aceptación de la pérdida, esta etapa se obtiene generalmente después de entender que la muerte es parte de la vida y que se debe dejar de culpabilizar a los demás, por lo que en esta etapa los involucrados ya retoman sus prácticas vivenciales cotidianas. Sin embargo precisan aun de apoyo para que la pérdida de su familiar no repercuta en sus vidas de forma negativa.

Estrategias Tanatológicas

1. Crear y/o fortalecer sistemas de creencias

Todos los seres humanos tenemos algún tipo de creencia, tenemos fe en algo ya sea Dios o algún otro tipo de divinidad, que nos ayude a entender el curso de la vida, sobre todo en situaciones que conllevan dolor como es la muerte.

Es en este momento que el Trabajador Social que aplica la Tanatología debe apoyar al entorno familiar en la creación de un sistema de creencias propios, en caso de que lo tengan, afianzarlo aún más para poder llegar a la conclusión de que la muerte es un proceso natural y de que todos los seres humanos llegaremos algún día al mismo destino.

Esta primera estrategia se la lleva a cabo en sesiones de intervención grupal, es decir se reúne a la familia y se hace entender el proceso de muerte. En casos de un recién nacido puede tornarse más complicado ya que de una u otra forma la espera de un bebe llena de esperanzas a la familia y la aceptación puede tardar más. Las intervenciones que haga el profesional deben contener una gran carga de empatía, amabilidad, calidez y mucha tolerancia.

El saber y aprender a escuchar es un arma poderosa para lleva a cabo la tanatología además de que la mentalidad y actitud positiva deben de contagiar a la familia, no puede el Tanatólogo (a) sentirse una víctima o dejar que la situación de la familia le afecte, en este caso estaría siendo un estorbo.

2. Desviar la tensión grupal en acciones que beneficien a la familia.

El hecho de asumir que algún día moriremos es el proceso más difícil para los seres humanos, aceptar que nuestros seres queridos morirán lo es aún más. El Tanatólogo (a) deberá desviar la tensión o la depresión de la familia en acciones que les beneficien, hacer obras solidarias, convivencias fuera del hogar, paseos, apoyo a personas que tengan necesidades u otro tipo de actividades en que se involucre a toda la familia incentivando y apoyando en todo momento a que esta práctica se adopte por la familia quienes se deben hacer la promesa de llevar

a cabo estas actividades cuando comiencen las tensiones en el seno familiar, generalmente el liderazgo lo obtienen los padres o abuelos, pero eso no está definido, eso lo define la propia familia.

3. Entender la dinámica de la pena desde un punto de vista humano, donde se acentúe la importancia de las emociones.

Esconder las emociones no es una salida benéfica para el entorno familiar, pero pueden canalizarse de forma que se creen en la familia vínculos y lazos más fuertes de apoyo, entendimiento y orientación. Una técnica que se aplica en esta herramienta es la sesión grupal e individualizada, si bien es un trabajo arduo, será muy benéfico para la familia.

De forma individual pueden expresar sus emociones, llorar, desahogarse, decir lo que les molesta y lo que le agobia, luego realizar una lista de las cosas que quieran cambiar en sí mismos y de cómo va a llevar su vida a partir de la pérdida de su familiar.

En sesión grupal se les puede pedir que realicen un dibujo, creen una canción, un poema o algún objeto que se lo dediquen a ese familiar que falleció, de esa manera canalizaran sus emociones, podrán también llorar y apoyarse unos a otros además de conocer sus sentimientos, de esta manera se darán cuenta de que todos, a su modo, están atravesando un proceso de dolor, de angustia de pena pero no se sentirán solos.

Intervención Social

La intervención social del profesional en Trabajo Social en las practicas Tanatologicas se enmarca en el Modelo terapéutico.

El Modelo Terapéutico se caracteriza por el manejo de las relaciones y de los procesos comunitarios que generan tensiones entre el sujeto individual o un colectivo y su ambiente. La finalidad es promover los cambios que el sistema requiere para recobrar el relativo equilibrio, propicio para el desarrollo individual o familiar que se aspira y que es posible.

La intervención profesional en Trabajo Social se fundamenta en el trato constante de diversas situaciones con otras personas que presentan por lo general situaciones problemáticas o difíciles. Los anteriores modelos de intervención ayudan o guían las funciones que deben realizar las y los trabajadores sociales según sea el caso.

Técnicas de Intervención social

La forma en la cual el profesional de Trabajo Social tiene que enfocarse y orientarse bajo los siguientes aspectos:

- 1) Es importante realizar una sesión familiar para conocer a fondo la dinámica, las problemáticas y conflictos internos en la familia.
- 2) También, se pueden realizar sesiones individuales con el paciente o el familiar según lo requieran, estas son trascendentales porque permite trabajar las etapas del duelo, orientación para la elaboración del testamento, incentivar a resolver los detalles administrativos.
- 3) Brindar seguimiento al paciente y su familia es relevante pues permite retomar elementos que faltan por atender o intervenir además de la debida orientación después de la muerte del paciente como lo es el duelo complicado. La Trabajadora Social puede orientar con la familia sobre el proceso de muerte.
- 4) Es importante que cada uno de los profesionales en Trabajo Social del Hospital Dr. Roberto Galindo tome como referencias estas estrategias de intervención para ofrecerle al usuario calidad en el servicio brindado.

Es importante que cada profesional respete la idiosincrasia de cada familia en términos de comunicarse, compartir, etc. En algunos entornos la comunicación puede ser muy abierta y fluida, propiciando que se puedan tratar y razonar diferentes temas, y que se produzcan conversaciones organizativas, etc. En otros entornos pueden existir estilos con menos espontaneidad comunicativa, pero con mucha comunicación y expresión analógica. Las acciones están coordinadas de forma intuitiva y predomina el respeto por la intimidad de los demás, etc. Y así se podrían ir describiendo infinitas variedades de formas y procedimientos de relación en cada entorno socio familiar.

Comprender cómo es la relación y valorar si esta permite que las tareas de cuidar de la familia se puedan llevar a cabo sin dificultades. En este sentido, se pueden formular preguntas

como las siguientes: ¿La relación que tienen establecida les permite organizarse con facilidad?, ¿Les resulta fácil comunicarse?, etc.

Valorar el grado de dificultad que supone una falta de comunicación oral o analógica en el proceso de las relaciones, las conductas y los estados anímicos de sus componentes. Las preguntas que podrían formularse aquí serían del siguiente estilo: ¿Tienen idea de qué es lo que hace difícil que puedan establecer una comunicación más fluida?, ¿Su forma de establecer relaciones o de comunicarse ha sido siempre la misma?, etc.

En este sentido, muy a menudo algunos profesionales diagnostican, con poco conocimiento de causa, una dificultad familiar para compartir o establecer canales de diálogo como pacto de silencio o, peor aún, como conspiración de silencio. Este tipo de diagnóstico no indica otra cosa que incompetencia por parte de tales profesionales, puesto que cierran sus propias puertas a poder realizar una tarea terapéutica. No obstante, si se es capaz de identificar cuáles son las causas que dificultan la comunicación, se establece una base para poder trabajarlas conjuntamente con los sujetos que las padecen.

Si en la atención paliativa se pretende involucrar al entorno familiar en el conjunto de la atención integral, conocer su estilo de relación entre sí también ayudará a entender su forma de relacionarse con el equipo asistencial, lo que le permitirá a este evitar juicios de valores y adaptar su atención de manera más efectiva.

Mediante la revisión bibliográfica se considera importante incluir las siguientes técnicas que han sido efectivas en la intervención social, sobre todo en situación de crisis y son importantes para la adquisición de habilidades. A continuación, se expondrán algunas de las técnicas mencionadas por el autor:

- a) Afecto Inducido: Técnica encaminada a la liberación de emociones, lo primero que se debe de hacer es enseñar a la persona a relajarse y se le interroga acerca de lo acontecido.
- b) Autoayuda: En forma individual o en grupo todos los miembros comparten el mismo problema y tratan de facilitar el cambio a través de la ayuda mutua.

- c) Biblioterapia: Se refiere al uso de trabajos literarios incluyendo ficción, el tratamiento de problemas físicos y psicológicos.
- d) Control del Dolor: Se da con el fin de instruir a la persona para que enfrente el dolor esperado, agudo o crónico, contienen aspectos informativos para influir en la apreciación cognoscitiva, entrenamiento para la relajación y la reestructuración cognoscitiva para fomentar el enfrentamiento con el malestar.
- e) Control del Ira: El propósito es aprender a reconocer el dolor y expresarlo. Consiste en la educación acerca del control del enojo y la adquisición de técnicas como estrategias de enfrentamiento para manejar el conflicto y el estrés.
- f) Detención del Pensamiento: Esta técnica se dirige a terminar las cogniciones indeseables, pensamientos autodestructivos y evocadores de angustia.
- g) Establecimiento de Redes: Enfoque terapéutico orientado a movilizar a la familia y los grupos de apoyo de amigos. La red social del paciente se reúne para incorporarse en un esfuerzo de colaboración para la solución de las crisis, se facilita la participación, desarrollo y fomento de acciones para enfrentar problemas.
- h) Escucha Activa: El o la terapeuta atiende con cuidado física y psicológicamente a los mensajes que transmite el paciente.
- i) Silla Vacía: Se utiliza para ayudar a que los pacientes aclaren sentimientos, actitudes y creencias y reconcilien sobre polaridades en conflicto.
- j) Provocación de Ira: Esta técnica anima a los pacientes a expresar su enojo reprimido hacia el o la terapeuta al que hacen su propio blanco de enojo.
- k) Toma de Decisiones: El entrenamiento para la toma de decisiones enseña al paciente a evaluar diversas alternativas para la solución de sus problemas y hacer una elección acertada entre ellas.

Recomendaciones

- Las practicas Tanatologías son estrategias nuevas e importantes utilizadas por profesionales en Ciencias Sociales para poder ayudar a las personas a superar el proceso de pérdida de un ser querido y evitar consecuencias traumáticas, además de ayudar a aceptar diversas situaciones y circunstancias difíciles como ser una enfermedad terminal.
- El/la profesional que aplique estas prácticas debe tener en cuenta la responsabilidad que conlleva dar seguimiento una vez iniciada la intervención hasta lograr que las personas superen el trauma por el cual están atravesando.
- Es importante que las profesionales de Trabajo Social consideren aplicar las estrategias Tanatologías en su cotidianidad brindando apoyo oportuno y adecuado.

- **Socialización de la Guía de Procedimientos de atención Tanatológico “Segundo Taller”**

Se llevó a cabo la Socialización de la Guía de Procedimientos de Atención Tanatológica en el Hospital Dr. Roberto Galindo Terán.

Esta actividad fue llevada a con la participación de las profesionales en Trabajo Social del Hospital Dr. Roberto Galindo Terán, Jefe Médico, Director, tutora institucional, tutora académica, coordinadora de la carrera de Trabajo Social y responsable de Modalidad de graduación.

La actividad tuvo como resultado la aprobación por parte de las autoridades institucionales y la felicitación posterior por el desempeño del trabajo que se realizó, además de que el producto del Trabajo Dirigido que se llevó a cabo quedara para las profesionales en Trabajo Social.

Seguidamente se entregó a cada participante una copia de la Guía de Procedimientos en Tanatología y se ajustaron las observaciones que indicaron las profesionales.

4.3. Importancia de la intervención del Trabajador Social Profesional

En el ámbito de la Tanatología, la intervención del profesional en Trabajo Social debe contener las siguientes características, según Quintero (1995:):

1) Actitud personal positiva

Se requiere un alto grado de madurez personal y profesional, con un nivel razonable de interés y motivación hacia el objetivo principal del trabajo. Este conlleva la presencia permanente de procesos evaluativos que retroalimenten tanto la capacidad humana como laboral de los miembros del equipo de trabajo del área o servicio de Trabajo Social.

2) Adecuada formación profesional

Que trascienda la simple adquisición de información y conocimientos y permita la asunción de una concepción del mundo holística y globalizante. Llevando explícito también un manejo objetivo de la realidad y del compromiso disciplinar latente.

3) Organización del trabajo

La coordinación oportuna y congruente con los objetivos y al mismo tiempo la participación de todas las disciplinas involucradas, en condiciones de igualdad, permitiendo la rotación del funcionario o profesional que centralice el orden interno. Lo que implica el límite de los saberes y de la aplicación de diversas metodologías. Es una obligación del profesional en Trabajo Social defender el bienestar del paciente y su entorno familiar dado que esta población tan particular sufre las consecuencias de las decisiones que se tomen en conjunto entre el equipo de trabajo, el paciente y su familia.

En fin, el paciente y la familia tienen que sobrellevar toda una serie de etapas progresivas hasta la muerte. Esto causa una serie de modificaciones internas dentro de la familia que a veces no le permite cumplir con las actividades cotidianas y laborales, por eso es importante un trabajo en equipo organizado y preparado, pues la intervención del Trabajador Social mediante las prácticas Tanatológicas debe dar apoyo incondicional junto a una atención integral y complementaria.

4.3.1. Técnicas de la Intervención Social

Según (Slaikeu, 1999) existen una serie de técnicas que han sido efectivas en la intervención social, sobre todo en situación de crisis y son importantes para la adquisición de habilidades. A continuación, se expondrán algunas de las técnicas mencionadas por el autor:

- a) **Afecto Inducido:** Técnica encaminada a la liberación de emociones, lo primero que se debe de hacer es enseñar a la persona a relajarse y se le interroga acerca de lo acontecido.
- b) **Autoayuda:** En forma individual o en grupo todos los miembros comparten el mismo problema y tratan de facilitar el cambio a través de la ayuda mutua.
- c) **Biblioterapia:** Se refiere al uso de trabajos literarios incluyendo ficción, el tratamiento de problemas físicos y psicológicos.
- d) **Control del Dolor:** Se da con el fin de instruir a la persona para que enfrente el dolor esperado, agudo o crónico, contienen aspectos informativos para influir en la apreciación cognoscitiva, entrenamiento para la relajación y la reestructuración cognoscitiva para fomentar el enfrentamiento con el malestar.
- e) **Control del Ira:** El propósito es aprender a reconocer el dolor y expresarlo. Consiste en la educación acerca del control del enojo y la adquisición de técnicas como estrategias de enfrentamiento para manejar el conflicto y el estrés.
- f) **Detención del Pensamiento:** Esta técnica se dirige a terminar las cogniciones indeseables, pensamientos autodestructivos y evocadores de angustia.
- g) **Establecimiento de Redes:** Enfoque terapéutico orientado a movilizar a la familia y los grupos de apoyo de amigos. La red social del paciente se reúne para incorporarse en un esfuerzo de colaboración para la solución de las crisis, se facilita la participación, desarrollo y fomento de acciones para enfrentar problemas.
- h) **Escucha Activa:** El o la terapeuta atiende con cuidado física y psicológicamente a los mensajes que transmite el paciente.
- i) **Silla Vacía:** Se utiliza para ayudar a que los pacientes aclaren sentimientos, actitudes y creencias y reconcilien sobre polaridades en conflicto.
- j) **Provocación de Ira:** Esta técnica anima a los pacientes a expresar su enojo reprimido hacia el o la terapeuta al que hacen su propio blanco de enojo.

k) Toma de Decisiones: El entrenamiento para la toma de decisiones enseña al paciente a evaluar diversas alternativas para la solución de sus problemas y hacer una elección acertada entre ellas.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

El objetivo general que orienta la investigación fue Establecer las practicas Tanatologicas que puede aplicar el servicio de Trabajo Social para brindar apoyo a las familias en duelo al perder un recién nacido con el fin de mejorar el accionar profesional del servicio de Trabajo Social del Hospital Dr. Roberto Galindo Terán en la gestión 2018.

Para poder responder al objetivo general se plantearon tres objetivos específicos lo cuales a continuación se detallan con la conclusión.

El primer objetivo específico fue determinar la situación del servicio de Trabajo Social con respecto a los casos de duelo por la pérdida de un Recién Nacido. Según lo investigado en el servicio de Trabajo Social del Hospital Dr. Roberto Galindo Terán se concluye mencionando:

- ✓ Las Trabajadoras Sociales del servicio no realizan ningún procedimiento de apoyo en el proceso de duelo ante la pérdida de un recién nacido.
- ✓ Las profesionales en Trabajo Social no conocen sobre la aplicación de estrategias Tanatologicas para apoyar a la familia ante el proceso de duelo.
- ✓ Las Trabajadoras Sociales solo realizan el apoyo en el trámite administrativo, es decir, agilizan el Certificado de Defunción.
- ✓ En algunos casos, cuando los familiares no cuentan con recursos económicos, las Trabajadoras Sociales gestionan féretros y tramites en el Gobierno autónomo Municipal para la obtención de un espacio en el cementerio general.

Sin embargo las mismas Trabajadoras Sociales del servicio mencionaron que no tienen experiencia en el apoyo emocional hacia las familias en duelo ante la pérdida de un recién nacido y tampoco realizan seguimiento a las posibles consecuencias de la pérdida.

De esta manera y mediante un diagnóstico del servicio con la participación de las trabajadoras sociales se determinó la necesidad de establecer estrategias Tanatológicas en el servicio de Trabajo Social del Hospital. Dr. Roberto Galindo Terán.

El segundo objetivo específico planteado en un inicio fue establecer estrategias Tanatológicas para reestructurar la vida y el vínculo familiar tras el proceso de duelo mediante la intervención del servicio de Trabajo Social.

Se realizó una revisión bibliográfica de las estrategias Tanatológicas que utilizan los y las Profesionales del Trabajo Social en otros lugares, así como artículos, investigaciones y tesis que sirvieron para orientar y establecer las estrategias que se seleccionaron conjuntamente con las Trabajadoras Sociales del servicio de Trabajo Social del Hospital Dr. Roberto Galindo Terán.

De la misma forma se establecieron las técnicas que deberán utilizar y se elaboró de manera participativa la Guía de Procedimientos Tanatológicos mediante la intervención de Trabajo Social como instrumento para su utilización en casos de pacientes con enfermedades terminales o familia que hayan perdido un ser querido en el hospital.

Este proceso fue realizado en dos talleres, en el cual se consensuó el contenido de la Guía de Procedimientos Tanatológicos.

Para poder dar legalidad a la aplicación de la Guía se procedió a realizar el tercer objetivo planteado que establecía validar las estrategias de manera participativa con los actores involucrados, convocando mediante invitación escrita y recepcionada a las autoridades del Hospital Dr. Roberto Galindo Terán, las profesionales en Trabajo Social que forman parte del servicio de Trabajo Social, la Coordinadora de la carrera de Trabajo Social, la responsable de Modalidad de Graduación y la Tutora Académica.

Una vez validado el instrumento, se procedió a realizar su aplicación como prueba piloto, con una pareja que se encontraba en sala de Ginecoobstetricia y habían perdido un recién nacido aplicando las técnicas establecidas en la guía y determinando la funcionalidad y objetividad de la Guía de Estrategias Tanatología como instrumento clave en procesos de duelo para el servicio de Trabajo Social.

RECOMENDACIONES

Se establecen las siguientes recomendaciones basadas en los resultados y conclusiones que guiaron el Trabajo Dirigido realizado en el servicio de Trabajo Social del Hospital Dr. Roberto Galindo:

A las profesionales en Trabajo Social:

- La experiencia en la intervención Tanatológica debe ser sistematizada y adquiridas como nuevos conocimientos para la revisión crítica de la profesión, donde la sistematización de la práctica y la investigación social se conviertan en un medio para descubrir, delimitar y proponer acciones para mejorar la calidad de vida de los y las pacientes terminales y sobre todo en los entornos familiares que pierden un ser querido.
- Es relevante que las Trabajadoras Sociales, estén en constante actualización con respecto a los temas que conciernen a este campo.

A las autoridades del Hospital Dr. Roberto Galindo Terán:

- Deberían considerar que el servicio de Trabajo Social realiza una serie de funciones en los diferentes servicios, lo que provoca que muchas veces se dé un recargo de funciones y es necesaria la inclusión de más profesionales para brindar un apoyo óptimo a los usuarios por lo que se recomienda destinar presupuesto para la apertura de plazas en dicha profesión, ya que su aporte a este campo es sumamente importante.

A la Carrera de Trabajo Social:

- Las investigaciones realizadas en este campo de la Tanatología por parte de los y las estudiantes de Trabajo Social han sido muy pocas. Por lo que se recomienda que se realicen otros procesos de investigación e intervención que aborden aspectos sobre la realidad que viven las familias en procesos de duelo.

Al Colegio de Trabajadoras Sociales de Pando:

- Se recomienda ofrecer capacitaciones a los y las profesionales en Trabajo Social sobre temas recientes y que refuercen el quehacer en la intervención con familias en proceso de duelo así como tratamiento Tanatológico a enfermos terminales, para que las y los colegas que laboran en el área de salud se mantengan actualizados.

Las personas deben aprender a darle sentido a su sufrimiento y a expresar lo que sienten. De la crisis vivencial que surge a partir de una pérdida significativa por muerte, se pueden generar situaciones familiares positivas que fomenten la unión familiar, la comunicación entre sus miembros, el crecimiento espiritual individual y el fortalecimiento de lazos en las relaciones humanas. Así como una dimensión religiosa.

Este trabajo puede ser útil en hospitales, escuelas, centros terapéuticos y hogares, donde exista una persona que sufra por la pérdida de un ser querido reciente o que esté por suceder. También, puede ser útil para padres de familia que simplemente quieran preparar a sus hijos para el día en que algo así pudiera suceder. Nadie tiene la vida comprada ni conoce el futuro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ander-Egg, E. (2005). *Guía para la elaboración de proyectos sociales y culturales*. Buenos Aires: Lumen.
- Alonso, S., Menéndez, F., y Gonzales, V. (2013). *El libro tibetano de la vida y la muerte*. La Habana: Uranio.
- Álvarez, Ch. (2014). *La Ética de la autenticidad*. Cali: Paidós
- Bowlby, D. (1997). *El Dominio de la vida*. Madrid: Ariel.
- Bucay, L. (1982). *Afrontar la muerte y encontrar la esperanza*. Chile: Grijalbo
- Corless, O., Germinio, T., y Pitman, F. (2005). *Kant y el derecho a la vida*. Cali: Angelo.
- Colegio de Trabajadores Sociales de Colombia (2003). *Código de Ética de Trabajo Social*. Colombia. Recuperado de: www.incich.org.co
- Colom, M. (2008). *El Trabajo social sanitario. Atención primaria y atención especializada*. Costa Rica: Siglo XXI.
- Cusi, E. (2013). *Metodología de la Investigación*. Cobija: Universidad Amazónica de Pando.
- Dans, D. (2007). *El Libro del Dolor de amar*. Barcelona, España: Gedisa.
- Di Caprio, R. y Palma A. (1999). *La medicina y la muerte. Medicina y Ética*. Italia: Route 10.
- Di Maio, P. (2014). *Duelo en la práctica del Trabajador Social*. (Tesis Doctoral) Recuperado de:
www.universidadcatolicadesaopaulo/areadecienciasdasaudeLeKk02Mwv_ArgNgwcAvVVX-kuKG4YTB-A%3
- Domínguez, L. (2009). *La tanatología y sus campos de aplicación*. Ciudad de México, México: ISSSGTEM.
- Domínguez, Y. (2009). *Enfatiza la práctica Tanatológicas en el proceso de pérdida de un hijo*. Buenos Aires: Humaytas.

- Fonnegra, I. (2017). La atención Tanatológica desde Trabajo Social. *Revista de atención Oncológica* (21). 31-39.
- Fiedler, R. (2010). *Agonía, muerte y duelo*. Santiago de Chile: Andrés Bello
- Freud, S. (1917). *Introducción al Psicoanálisis*. Pribor, Republica Checa: Alianza.
- Galeno, Y. (2001). *La explicación científica del proceso de muerte*. *Revista Científico-Médica de España* (19). 32-56.
- Gutiérrez Mendoza, A. (2006). *La Tanatología como alternativa terapéutica*. Buenos Aires, Argentina: Perchón.
- Gutiérrez Torrez, B. (2001). *Matriz Fenomenológica. Perspectivas metodológicas en Trabajo Social*. Buenos Aires: Espacio
- Harper, F. (2010). Manejo del duelo: concibiendo a la muerte. *Revista Infomedica de Salud Mental*. (177). 44-47.
- Hernández, R. (2005). *Metodología de la Investigación 5ª Edición*: México: Mc Graw Hill.
- Hurtado, S. (2018) *Normativa Institucional del Hospital Dr. Roberto Galindo Terán 2015-2020*. Cobija, Pando: Gestión de Calidad/HRGT.
- Ituarte, A. (1992). *Procedimiento y proceso en el Trabajo social clínico*. México: Siglo XXI.
- Kaplan, P. (1999). *El zen de la vida y la muerte*. San Paulo: Oniro.
- Kubler-Ross, E. (1989). *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Géminis.
- Mc. Dougal, R. (1923). *El sueño de los sueños y la muerte*. Noruega: Partier.
- Metchnikoff, E. (1907). *Pruebas optimistas. Estudio sobre la vejez. La longevidad en la serie animal*. Paris: Maloine.
- Estado Plurinacional de Bolivia. Normativa de Caracterización de Segundo Nivel, N° 140. (15 de febrero de 2015).
- Estado Plurinacional de Bolivia. Resolución Suprema. Normas Básicas de Sistema de Organización Administrativa N° 217055. (20 de mayo de 1997).

- Estado Plurinacional de Bolivia. Ley de Participación Popular N° 1551. (20 de Abril de 1994).
- Estado Plurinacional de Bolivia. Ley de Descentralización Administrativa N° 1654. (28 de julio de 1995).
- Estado Plurinacional de Bolivia. Ley de Municipalidades, N° 2028. (28 de octubre de 1999).
- Molina, T. y Romero, F. (2001). *Modelos de intervención desde Trabajo Social*. (Tesis de Grado) Recuperado de: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/nac/cr/cr-con-04-23.pdf>
- Ochoa, T. (2009). *Déjalos ir con amor*. Ciudad de México: Trillas.Sz
- Paradinas, F. (2005). *Metodología de la Investigación en Ciencias Sociales*. México: Siglo XXI.
- Payne, T. (1995). *Modelos de intervención mediante Trabajo Social*. Paraguay: Klidos.
- Potter, V. (1971). *Bioética: viaje al futuro*. New York: Cecínelo.
- (1971). *Dignidad Humana y Dialéctica del reconocimiento*. New York: Cecínelo.
- Prado, C. (2010). *Cardiopatías Congénitas: vida, muerte y trascendencia*. Ciudad de México: Forcer
- Ramírez, M. Velazco, M., y Garzón, F. (2012). *Competencias del Trabajador Social*. Bogotá: Ausis.
- SENAM (2001). La muerte y el duelo perinatal. 1ª ed. Buenos Aires. *Revista Médica Panamericana*. (18). 33-45.
- Santos, R. (2011). *La muerte: un amanecer*. San Paulo: Borboleta.
- Simones, T (1999). Trabajo Social en las nuevas tendencias de apoyo social. *Revista de Trabajo Social de Colombia*. (2). 06-09.
- Slaikou, Vincech W. (1999). *Técnicas de Intervención Social en Tanatología*. Brasil: Grant.
- Suarez Rivero, J. (2018). *Trabajo Social y Tanatología*. (Tesis de maestría). Universidad Mayor de San Andrés, Bolivia.

Suarez, A. (1991). *La Eutanasia y el proceso de Reanimación*. (Tesis de grado). Recuperada de:///C:/Users/Usuario/Desktop/universidadmayordesanandres//tesisdegradoenmedicin
aforence.pdf

Torralba, A. (1998). *Sobre la libertad*. Madrid: Aguilar

ANEXOS

ANEXO 1

Fecha: ____/____/____

ENTREVISTA

Entrevista dirigida a pacientes que han perdido un recién nacido en el Hospital Dr. Roberto Galindo Terán.

Edad: **Sexo:** F M

Procedencia:..... **Nº de Partos:**..... **Nº de hijos vivos:**.....

1. ¿Cuál es el motivo de su internación?

2. ¿Es la primera vez que pierde un hijo? (detallar si no es la primera vez, como fueron las otras pérdida)

3. ¿Cuál fue el motivo de la pérdida? (especificar todos los aspectos relevantes)

4. ¿En el momento de la pérdida, que apoyo recibió por parte del personal de Trabajo Social para enfrentar el duelo?

5. ¿Posteriormente a la pérdida, que adversidad a atravesado para aceptar la pérdida?

6. ¿Cree usted que necesitó o necesita apoyo para poder sobre llevar la pérdida de su bebe?
¿Qué tipo de apoyo?

7. ¿Cuáles son las circunstancias más difíciles por las que atraviesa para poder sobre llevar la pérdida?

8. ¿Cómo enfrento el entorno familiar esta pérdida?

9. ¿Conoce usted el servicio de Trabajo Social del hospital?

10. ¿Cree usted que es necesario tener apoyo durante el proceso de duelo? ¿De que tipo?

Muchas Gracias!!!

ANEXO 2

ENTREVISTA

Entrevista dirigida a los Trabajadora s Sociales del Servicio de Trabajo Social del Hospital Dr. Roberto Galindo de la Ciudad de Cobija.

Fecha:/...../.....

Edad: **Sexo:** F M

Cargo:..... **Horario de Trabajo:**.....

Tiempo de Permanencia en el puesto laboral:.....

1. ¿Cuáles son las funciones que realiza en su fuente laboral?

2. ¿En situaciones de óbito o perdidas de un paciente, que procedimientos realiza como Trabajadora Social?

3. ¿En el servicio, llevan a cabo Contingencia Emocional?

4. ¿En que forma apoyan a los familiares de un paciente fallecido en el momento de duelo?

5. ¿Conoce usted sobre las practicas Tanatologicas, (en caso de conocer) me puede indicar como las utilizan en el hospital?

6. ¿El Servicio de Trabajo Social del hospital, acude a talleres o seminarios de actualización de herramientas en el ámbito de salud? ¿Cuáles?

7. ¿Considera importante que en el servicio se conozcan las practicas Tanatologicas para su aplicación? ¿Por que?

8. ¿Según su experiencia laboral en el hospital, cual cree que es el servicio donde se debería implementar con mas énfasis las practicas tanatologicas?

9. ¿Qué opina sobre implementar practicas Tanatologicas en su accionar profesional en el Hospital?

10. ¿Cuál cree que seria el proceso a llevar a cabo para incluir las practicas Tanatologicas?

Muchas Gracias!!!

TALLER DE CAPACITACION «F.O.D.A.»

TRABAJO DIRIGIDO EN EL SERVICIO DE
TRABAJO SOCIAL DEL HOSPITAL DR.
ROBERTO GALINDO TERAN

Univ. María Elena Vasco Morales

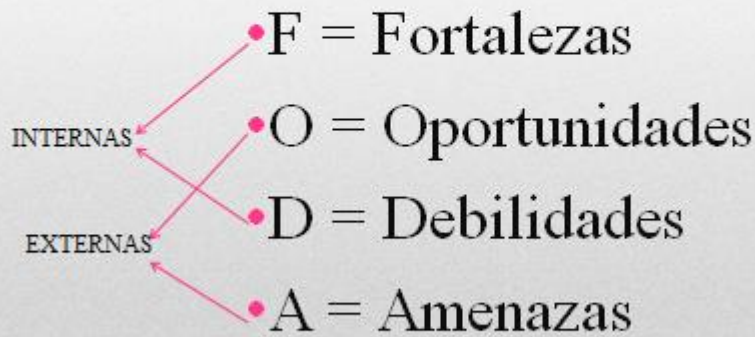
¿Para que Sirve
un FODA?

Para realizar un Diagnostico de
la situación actual de la
Institución

Para ver en que podemos
mejorar reconociendo nuestros
potenciales y flaquezas.

Para proponer nuevas
tendencias de intervención
social

Que Significa la Matriz FODA



Dinámica

- Entregar 4 tarjetas de 4 colores diferentes y solicitar a las asistentes al taller que escriban según su criterio en cada tarjeta, que Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas tienen como Servicio/Institución.
- Colocar las tarjetas de forma vertical y leer cada una de ellas, armar el diagnostico FODA

ANEXO 4

Taller de Diseño de Estrategias Tanatológicas para la Intervención de Trabajo Social

TRABAJO DIRIGIDO EN EL SERVICIO DE TRABAJO SOCIAL DEL HOSPITAL DR. ROBERTO GALINDO TERAN

Univ. María Elena Vasco Morales

¿Qué es la Tanatología?

Según Kuber (1972) las practicas Tanatológicas ayudan a crear en las personas sistemas de creencias propios sobre la vida y la muerte, no como una fantasía o castigo sino como la aceptación de la muerte como un proceso natural.

En que Consiste la Tanatología

La Autora menciona que las practicas Tanatologicas consisten en:

Preparar a la gente para asumir la muerte propia y la de las persona cercanas.

- Educar a tratar en forma humana e inteligente a quienes están cercanos a la muerte.
- Entender la dinámica de la pena desde un punto de vista humano, donde se acentúe la importancia de las emociones.
- Uno de los puntos más importantes dentro la tanatología como establece Kuber (1972) es el principio de autonomía el cual le permite al individuo tomar sus propias decisiones relacionadas con el proceso de morir. La dignidad de la persona se comprende sólo a través del respeto a la libertad.

El Acompañamiento Tanatológico.

- La acción de acompañar como toda forma de vida requiere de un conjunto de habilidades (comunicar, escuchar, confrontar, respetar, empatía, etc.) saber acompañar implica reconocer y entender la realidad del otro y entrar en ella, en lugar de exigir que la otra persona entre en nuestra forma de ver las cosas, la persona primero tiene que ser comprendida, escuchada, aceptada y respetada para ella, que es lo que quiere y procurar dárselo si está a nuestro alcance o bien ayudarlo de alguna forma a que se obtenga lo que desea y conocer lo que es importante.
- El proceso de acompañamiento como menciona Dans (1979) es una parte medular e inevitable en nuestra existencia, ya que hay relaciones que nos sumergen en periodos de tristeza, confusión y dolor.

El Duelo y sus Etapas

- o De acuerdo con el Modelo Escalonado de la Dra. Kubler Ross, (1994), existen diferentes etapas por las que pasa el individuo que se encuentra en fase terminal:
- o **Fase de negación.** Es la etapa considerada como la más difícil, ya que existe la negación fuerte cuando la gravedad del padecimiento se realiza de manera directa y con escasa sensibilidad o simpatía.
- o **Fase de ira.** El paciente llega al conocimiento de que es a él que le toca morir y a nadie más. Se llena de sentimientos de irritación, envidia, amargura, y siempre se pregunta ¿por qué yo?
- o En contraste con la fase de negación, esta fase es muy difícil de afrontar para la familia y el personal y se debe a que la ira se desplaza en todas direcciones y se proyecta contra lo que les rodea, a veces casi al azar.
- o **Fase de Pacto.** En esta fase, el enfermo ya no desea vivir largos años, sino que espera vivir para cumplir ciertos objetivos temporales.
- o **Fase de depresión.** El paciente reconoce que ya no puede seguir negando su enfermedad, ni puede dilatar la llegada de la muerte. Su insensibilidad y/o estoicismo, su ira y su rabia, serán pronto sustituidos por una gran sensación de pérdida. Es una especie de luto anticipado del que brota una buena disposición para asumir la propia muerte y morir sereno. Los profesionales pueden ayudarlo, brindando un marco adecuado para que el enfermo resuelva problemas personales pendientes, como son: reconciliaciones, previsiones financieras, cuidado de los hijos, etc.
- o **Fase de aceptación.** Si el paciente tuvo tiempo y la ayuda tanatológica necesaria, llegará a la aceptación de su muerte sin depresión ni enojo.

¿Qué hace el Tanatólogo?

- o El Tanatólogo es el profesional que trabaja con pacientes terminales y tiene la capacidad para tolerar el contacto cercano con la muerte, el sufrimiento, la incertidumbre, la impotencia. Posee efectivas capacidades de escucha y responde adecuadamente, es consciente de sus propias limitaciones y por consiguiente de la frustración como elemento inseparable de la terapia al moribundo, posee un sólido entrenamiento y dispone de mecanismos de soporte propios.
- o El tanatólogo es el profesional capacitado que entiende, conoce el tema de la muerte y ayuda brindando apoyo durante todo el proceso de muerte, en la elaboración del duelo y así lograr vivirlo de una manera positiva.
- o Otra finalidad del tanatólogo es procurar que el paciente o cualquier ser humano que sufra una pérdida, se le trate con respeto, cariño y comprensión para ayudar a que conserve su dignidad hasta el último momento.
- o La Tanatología ayuda tanto a los pacientes terminales o en fase terminal como a los familiares y allegados desde que el familiar es diagnosticado, durante el proceso y posterior a la muerte para la elaboración del duelo.
- o Así como también se enfoca a cualquier pérdida significativa que tenga el ser humano.

ANEXO 6











