

## **Código de autoría**

**8.UPO.07.8.2011.CD.**

## **TÍTULO DEL TRABAJO**

**Intervención sociolaboral con personas inmigrantes diagnosticadas con cáncer.**

## **RESUMEN**

En el presente artículo se describe el proceso de intervención con población inmigrante afectada por cáncer. Tras la derivación de la Unidad de Trabajo Social (UTS) de zona, la afectada es incluida en un programa de alojamiento con el objetivo de facilitar su proceso de readaptación emocional y social, para a continuación iniciar un itinerario personalizado de inserción. El proceso de intervención presentó dos fases: asistencial y de reinserción laboral, ambas fases consensuadas con la paciente.

Se aborda en dicho caso una intervención que servirá como modelo para afrontar las variables personales, emocionales, sociales y de reincorporación a la actividad laboral de una mujer inmigrante, que ha sobrevivido a dos episodios oncológicos. La paciente cuenta con sesenta y tres años, reside sola en Sevilla (España), y dispone de una escasa red social y nula red familiar.

Este abordaje se enmarca dentro de los programas del servicio de Trabajo social de una ONG, como es la Asociación Española contra el Cáncer. Esta entidad cuenta con un equipo de profesionales especializados en oncología.

## **ABSTRACT**

In the present case, it describes the intervention process with immigrant population affected by cancer. From UTS derivation, the patient was included in an accommodation program, with objective of facilitating her social and emotional readjustment process to commence her insertion personalized itinerary. The intervention process presented two stages: welfare and social rehabilitation, both agreed stages by consensus with the patient.

It tackles in the present case an intervention that will use as model for facing personal, emotional, social, and social rehabilitation variables of immigrant woman, who had survived two oncology process. The patient was sixty three years old, with residence in Seville (Spain), and had a barely social net and familiar net.

This intervention has frame the Social Work Service's program of a Ngo, as Spanish Association of Cancer. This Association has a

professional team working in oncology.

## **PALABRAS CLAVE**

Cáncer, mujer, inmigrante, asistencial, inserción laboral.

## **KEYWORDS**

De tres a seis palabras que describan el contenido del caso en inglés

Cáncer, woman, immigrant, welfare, rehabilitation social.

## **DESARROLLO**

### **1. Introducción a la temática de caso**

El impacto del proceso oncológico en el paciente puede ser analizado teniendo en cuenta distintos ejes:

**1.- Significado y vivencias del cáncer:** En general, los procesos oncológicos suponen un proceso de cambio y de ruptura de la vida cotidiana. Supone un proceso de despersonalización que comprende un conjunto de elementos:

- La aparición de la idea de la muerte y el sentimiento de amenaza vital.

- El aislamiento del enfermo de su entorno como consecuencia de la noción del cáncer como enfermedad tabú.

- Aparición del binomio “yo-cáncer” como elemento esencial del proceso de despersonalización, como elemento definitorio de la personalidad del paciente.

- Modificaciones de carácter y humor: Así, se pasa del estado depresivo al eufórico, asociados al momento, con relativa facilidad.

La consecuencia de estos cambios supone la adopción de un conjunto de actitudes psicológicas encaminadas a conductas de evitación-negación, de racionalización del proceso o a trastornos de tipo depresivo y/o ansioso. El factor tiempo también sufre una profunda transformación, asignándole un nuevo significado que se manifiesta en actitudes tales como:

- La urgencia: Se modifican las escalas de valores para calificar los eventos vitales. Por ello, la valoración de actos de la vida cotidiana adquieren una mayor importancia frente a otros que anteriormente eran valorados como más necesarios.

- La superación de etapas o fases de la enfermedad: El enfermo crea una concepción temporal basada en etapas. Así, afronta la misma en función de etapas: etapa de quimioterapia, etapa de radioterapia, de pruebas...etc.
- La incertidumbre vital: el diagnóstico supone la ruptura de la duda de que va a existir un tiempo futuro. Ahora se toma conciencia de que este tiempo tal vez no exista, por lo que se llega a una mayor concentración en la vivencia del presente.

Otros factores también tienen su grado de influencia en la vivencia personal del proceso oncológico: edad, estadio evolutivo, experiencias previas con la enfermedad, momento de aparición de la misma. El conjunto de estas variables permiten hacer una tipología del enfermo en dos perfiles: autónomo y dependiente. Una persona joven, con inquietudes intelectuales, manteniendo satisfactorios vínculos sociales, informado, encuadraría en el perfil de enfermo autónomo. En estos casos, el enfermo tiene una vivencia del proceso oncológico como momento de aprendizaje, lo que es un nítido factor de reducción de nivel de ansiedad. Por el contrario, una persona mayor presentaría rasgos más dependientes: dificultades para establecer y mantener relaciones sociales, pocos recursos emocionales personales. La actitud ante la enfermedad supondría una vivencia de episodio de sufrimiento, es decir, supondría un alto grado de ansiedad.

La significación vivencial del proceso oncológico viene determinada por dos factores fundamentales:

- Nivel de relación (vínculos sociales) del paciente: Cuanto más intensas sean, mayor frecuencia tenga, mejor estado de ánimo presentará el paciente. Por el contrario, suponen un incremento del nivel de alteración emocional situaciones de estigmatización y/o de autoestimación, aislamiento social.
- Tipo de cáncer: La leucemia se vive con una sensación de alteración física generalizada y dificultades de autocontrol. El cáncer de pulmón viene aparejado con una vivencia de gravedad y de incapacidad física. Un cáncer de mama o de próstata supone preocupación respecto a los signos de identidad sexual. Con el cáncer colorrectal, aparecerá una ansiedad asociada a la colostomía.

**2.- Impacto en el entorno: familiar, social, relacional, laboral y económico:** Todos los estudios resaltan el impacto de los procesos oncológicos en la esfera familiar, relaciones familiares y en el retorno al trabajo. Es una reacción generalizada que la familia se constituya como una entidad protectora del enfermo (de ahí, la aparición de fenómenos tales como la conspiración del silencio). El enfermo suele reaccionar autoexcluyéndose y como figura protectora de la familia. Así, la comunicación se ve alterada, no permitiendo la expresión de las fuertes emociones que se viven. Para no preocupar a la familia, el enfermo no manifiesta sus preocupaciones; la

familia, a su vez, para no preocuparlo, tampoco. Se produce, entonces, la conspiración de silencio.

Las relaciones con el entorno social se ven altamente dificultadas tanto por el episodio oncológico como por la visión que del mismo se tiene en el resto de la sociedad. Por ello, es recomendable defender una visión de la enfermedad oncológica como si de cualquier otra enfermedad se tratase a fin de que la concepción social del mismo, y sus repercusiones en las relaciones del enfermo con el entorno, se normalicen. Este aislamiento viene potenciado por la sobreprotección familiar que habitualmente rodea al enfermo. El enfermo debe ser protagonista principal de su propia enfermedad, con capacidad de decisión ya que, salvo metástasis cerebrales, las funciones cerebrales no se ven afectadas. Y esto puede incluir la expresión de sentimientos tales como la inseguridad o el temor. Este temor encuentra también refuerzo ante la incertidumbre acerca de las secuelas que pudieran quedar. Consecuencia de este temor es una sobre demanda de servicios de rehabilitación o paliación de secuelas.

En el ámbito laboral, es frecuente el abandono de la actividad laboral. Este abandono se ve favorecido por factores como edad, tipo de trabajo, situación económica del paciente. Pueden producirse situaciones de invalidez o jubilaciones anticipadas. Se observa en ocasiones renuncia a posiciones de promoción laboral o vivencia de estimación, dado que estas secuelas producidas por el proceso oncológico pueden hacer creer la incapacidad de enfermo para el desempeño de otras obligaciones laborales.

En conclusión, se pueden destacar tres aspectos esenciales para pacientes y familiares.

- 1.- Los “significados del cáncer”.
- 2.- Las necesidades detectadas y no satisfechas adecuadamente que originan demandas explícitas.
- 3.- La potenciación de la autonomía del paciente en el proceso de toma de decisiones y su empowerment.

Dentro de los significados del cáncer, podríamos incluir la desestructuración y cambios de personalidad de los pacientes, aspecto éste que queda comprendido en el concepto “significado del cáncer”. La visión del cáncer como tema tabú, la evitación de los periodos de sufrimientos, de la muerte, en nuestra sociedad, apareja conductas de aislamiento y estigmatización. El grado de estigmatización vendrá determinado por factores tales como tipo de cáncer, personalidad del paciente, edad, estatus social. Por ello, si por una parte el paciente sigue manteniendo unas relaciones sociales efectivas y por otra su capacidad de racionalizar el problema, podremos anticipar qué autoconcepción tendrá el paciente.

## **2. Sistema de servicio y tipo de servicio en el que se aborda el caso.**

La intervención que se hizo necesaria en el caso que se está mencionando implicó a dos instituciones distintas. Por una parte, una Unidad de Trabajo Social del municipio de Sevilla capital (en adelante UTS), y la Asociación Española contra el Cáncer (en adelante AECC).

El corpus legislativo acerca de los Servicios Sociales Comunitarios es tan amplio y de fácil acceso que se obviará su referencia. No obstante, si se hace necesario hacer mención especial a la legislación que específicamente se tuvo en cuenta para enmarcar la intervención de los SSCC para este caso:

Dentro de estos colectivos encontramos a los mayores, para los que el Parlamento de Andalucía ha aprobado la Ley 6/1999, de 7 de julio, de atención y protección a las personas mayores:

- Artículo 11. Los Servicios Sociales Comunitarios atienden al sector de mayores como primer nivel de atención del sistema
- Artículo 12. Objetivo de los Servicios Sociales Comunitarios para las personas mayores:
  - Promover su integración y participación
  - Favorecer el mantenimiento en su medio habitual
  - Evitar su marginación
- Artículo 13. Recursos comunitarios:
  - Actuaciones para mejorar la calidad de vida
  - Información sobre recursos existentes
  - Gestión de prestaciones
  - Ayuda a domicilio
  - Atención personas con problemas de integración
  - Actuaciones individuales y grupales,
  - Apoyo a asociaciones de mayores
  - Apoyo a familiares de mayores

Decreto 23/2004, de 3 de febrero, por el que se regula la protección jurídica a las personas mayores:

- Artículo 3. Criterios para todas las Administraciones:
  - Prioridad en la prevención y detección de situaciones de vulneración de derechos a personas mayores.
  - Simplificación acceso a los recursos.
  - Coordinación ínter administrativa y órganos judiciales.
- Artículo 5.1. Las personas mayores podrán obtener de los Servicios Sociales Comunitarios (en adelante SS.CC.) la información necesaria para el ejercicio de sus derechos, o se les derivará al centro especializado correspondiente, facilitándoles los trámites para su acceso.

Asimismo, por sus especiales circunstancias, la usuaria también podría ser incluida dentro del grupo de personas con discapacidad. Por ello, los SS.CC. en su intervención tuvieron que tener en cuenta legislación referente a personas con discapacidad:

Así, con la aprobación por el Parlamento Andaluz de la Ley 1/1999, de 31 de marzo, de Atención a las Personas con Discapacidad, se marcaron las siguientes coordenadas de intervención:

- Artículo 29 los Servicios Sociales Comunitarios configuran el primer nivel de atención a las personas con discapacidad

Prestaciones que dispensarán:

- Actuaciones de tipo preventivo
- Información de los recursos existentes
- Gestión de prestaciones
- Ayuda a domicilio
- Atención especial a personas con problemas de integración
- Realizarán actuaciones grupales e individuales
- Prestarán apoyo a las asociaciones y los familiares de personas con discapacidad

Como último punto, los SS.CC. incluyeron a la usuaria a los efectos de la intervención en un último colectivo:

Conforme al R.D. 2393/2004, de 30 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de la L.O. 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social:

- Artículo 46. 2 C) corresponde a los ayuntamientos emitir informe de arraigo acreditado (por la naturaleza y requisitos del informe corresponde a los Servicios Sociales) para la regularización de inmigrantes.

La Asociación Española contra el Cáncer nace en 1953 como consecuencia de las escasas infraestructuras sanitarias en oncología existente en la España de la época. Tras estas décadas de vida asociativa, se han ido perfilando progresivamente tanto los recursos, modelos de intervención, filosofía de intervención, etc. Actualmente, la A.E.C.C. cuenta entre su personal un conjunto de profesionales altamente formados en la temática oncológica, pretendiendo el trabajo integral en el proceso de atención. Profesionales de enfermería, psicología, medicina y de Trabajo Social son los encargados de desarrollar la atención directa a los enfermos tanto en la fase de prevención secundaria (período de tratamientos activos de la enfermedad) como en la prevención terciaria (fase de cuidados paliativos). El objeto de esta intervención integral es tanto la familia como el usuario, como un todo.

Además de la legislación aplicable a entidades no lucrativas, tanto desde el régimen jurídico, como el régimen fiscal (especialmente, la Ley 49/2002, ley de mecenazgo), la AECC rige su actividad por sus Estatutos. A través de su aprobación por el Consejo Ejecutivo Nacional, los Trabajadores Sociales de la AECC acomodan su trabajo al último Manual de Procedimientos de Trabajo Social de la AECC aprobado en 2.008. Este Manual entiende que estos profesionales tienen como objetivo en su intervención:

El trabajador social de la AECC ofrece:

- 1.Identificación de necesidades: detección de las situaciones individuales que provocan el desajuste expresado por la familia.
- 2.Evaluación de las necesidades: analiza la situación problema del enfermo y su familia con el fin de establecer la naturaleza y magnitud de los problemas sociales.
- 3.Ayuda Informativa: asesora tanto al enfermo como a la familia en la búsqueda de alternativas que permitan satisfacer sus necesidades. Ofrece información de los recursos a los que puede acceder tanto en los Servicios Sociales como en la Asociación Española Contra el Cáncer. Realiza también una labor de orientación básica con la finalidad de ayudarles a organizar sus actividades y ofrece la ayuda necesaria para que llegue a conocer y utilizar los recursos y servicios existentes de un modo adecuado.
- 4.Ayuda Instrumental: pone al alcance de los pacientes los servicios y prestaciones específicos de la AECC. Hace de intermediario entre los pacientes y las distintas organizaciones prestadoras de recursos y se asegura que realmente obtengan los servicios necesarios en la institución más apropiada para cubrir la necesidad detectada.

Entre los objetivos en su intervención podemos citar:

#### *OBJETIVO GENERAL*

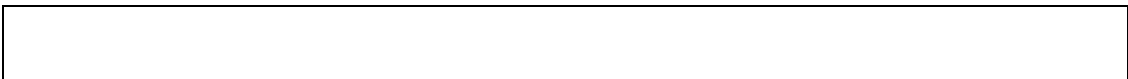
Garantizar al enfermo oncológico y familia información con respecto a los servicios que presta la A.E.C.C. así como el acceso al Sistema Público de los Servicios Sociales y potenciar los recursos personales y sociales.

Esto se materializa a través de un trabajo coordinado entre el trabajador social de la A.E.C.C. y los trabajadores sociales de las diferentes Instituciones.

#### *OBJETIVOS ESPECIFICOS*

- Garantizar y facilitar que todos los afectados de cáncer y familiares que se pongan en contacto con la A.E.C.C dispongan de la información necesaria para disfrutar de todos sus derechos a través de la atención directa del profesional de Trabajo Social.
- Difundir toda la información a todas las Unidades de Trabajo Social de manera que se favorezca la comunicación y coordinación de los casos.
- Recoger y sistematizar la información a través de soportes documentales que faciliten su registro.
- Establecer el diagnóstico social, así como el plan de intervención adecuado a cada realidad social.
- Estudiar y analizar cada demanda de forma individualizada y valorar las alternativas más apropiadas a cada situación.
- Potenciar las capacidades y habilidades personales de los usuarios que favorezcan su autonomía.

- Establecer una relación de ayuda entre profesional y persona usuaria, que permita el desarrollo integral de ésta.
- Observar la evolución y desarrollo de la realidad social y detectar áreas susceptibles de intervención.
- Canalizar las demandas recibidas y derivarlas a otros recursos tanto del sistema público como privado si fuera preciso.
- Coordinar las intervenciones y los recursos disponibles evitando duplicidades y facilitando los procesos de derivación.
- Evaluación.



### **3. El caso relatado.**

La usuaria es derivada por la UTS de zona a la AECC a los efectos de valoración por ésta. Esta derivación se realiza vía informe social correspondiente. En dicho informe se recogen unos puntos de especial relevancia:

- 1.- Datos de identificación de la unidad familiar: Gladys es de Ecuador y no tiene familia en España. Sólo tiene un hijo que reside en Chile.
- 2.- Antecedentes familiares: Gladys acude por primera vez a la UTS, demandando ayuda para pago de habitación que tiene realquilada en un piso. Desde esta UTS, se valora la posibilidad de pago de la habitación. Se contacta con Cáritas de zona para que adelante la ayuda económica. Posteriormente, la usuaria acude nuevamente con la misma demanda y ante la falta de presupuesto, se vuelve a contactar con la citada entidad para ver qué posibilidades tienen para abordar este pago. Cáritas informa que no disponen de efectivos para afrontar este pago.
- 3.- Situación sanitaria: La usuaria fue intervenida quirúrgicamente de un cáncer de colon. Posteriormente, le detectaron otro tumor en el pulmón, del que está en tratamiento a la fecha de redacción del informe. La usuaria se encuentra cansada y débil.
- 4.- Situación económica: En la actualidad de la petición de ayuda a la UTS, no cuenta con ningún ingreso económico ya que tuvo que dejar de trabajar cuando le detectaron el primer episodio oncológico. Posteriormente, al intentar reincorporarse a la actividad laboral, fue detectado este segundo episodio de la enfermedad que le ha impedido una reinserción laboral. Subsiste de ayudas tanto sociales como de su escasa red social disponible en Sevilla.
- 5.- Situación de la vivienda: Dispone de una habitación en un piso en régimen de alquiler, teniendo que abonar una mensualidad de 190 euros/mes.
- 6.- Situación actual: La usuaria se encuentra en un periodo vital especialmente crítico. Padece una enfermedad que le impide incorporarse al trabajo y como consecuencia no percibe ingresos, con lo cual tiene numerosas carencias incluso en necesidades básicas. Por otro lado, carece de

apoyo familiar, enfrentándose a esta situación sola y dependiendo de ayudas institucionales.

7.- Valoración profesional: Se observan los siguientes factores de riesgo:

1. mujer enferma sin apoyo social alguno.
2. desempeñada.
3. con una economía insuficiente.

Partiendo de este informe social de la UTS, se determina que la demanda estriba en una necesidad de alojamiento, dada la situación socioeconómica de la usuaria. Este es el motivo de derivación de la UTS a la AECC atendiendo a las opciones de alojamiento que puedan ofertarse. Fundamentado en este informe, se inicia un proceso de intervención social consistente en los siguientes pasos:

1.- Entrevista inicial de valoración de la situación de cara a las posibles prestaciones aportadas por la AECC. Esta entrevista, se realiza con la usuaria, dado que no existe red familiar de apoyo. La entrevista semiestructurada consta de dos partes:

a.- Parte estructurada: En ella se confecciona la ficha social correspondiente. Se recaban los datos personales, genograma, diagnóstico, y tratamientos. Como no existe red familiar, se confecciona un mapa de relaciones con el objetivo de determinar posibles miembros de esta red que pudieran proporcionar algún apoyo futuro. Así mismo, a fin de confirmar el diagnóstico de la UTS, se vuelve a analizar las posibilidades de tramitación de alguna prestación, llegándose a la conclusión de su imposibilidad, salvo la tramitación del certificado de minusvalía.

b.- Parte no estructurada: Como parte no estructurada que es, se dedica a que la usuaria manifieste espontáneamente todas las preocupaciones, inquietudes, miedos, etc que pudiera tener. Se pretende con esto que verbalice el aspecto personal a fin de analizar tanto actitudes como aptitudes. También se analiza el grado de autonomía personal que presenta en función de su proceso tumoral y habilidades personales. Para la determinación de estos condicionantes, se tienen en cuenta la información médica aportada en el informe correspondiente, así como la observación directa del trabajador social. La conjunción entre esta información médica y la observación permite determinar con suficiente precisión el grado de autonomía presente de la usuaria. Es necesario determinar este grado de autonomía a fin de realizar o no la propuesta de inclusión en el programa de residencia de la AECC, ya que para la inclusión en este programa los usuarios deben ser autónomos en tareas de autocuidado y actividades de la vida cotidiana. Por otra parte, el informe médico permite constatar si existen o no otras enfermedades incompatibles con el programa, como podrían ser enfermedades infectocontagiosas, y el posible pronóstico de la usuaria en función del estadio oncológico que presenta.

c.- Conclusión/acuerdos: En la misma entrevista, se comienza a establecer unas primeras conclusiones:

1.- El grado de autonomía personal que presenta la usuaria es suficiente como para poder ser acogida en el programa de residencia de la AECC. Los episodios oncológicos que padece no le impiden mantener un comportamiento higiénico inadecuado, así como tiene capacidad para realizar las actividades de la vida diaria, sin necesitar apoyo de terceros.

2.- No presente un cuadro patológico asimilable a ninguna enfermedad que la haga incompatible con el programa. No presenta enfermedades mentales, o infectocontagiosas que perturben la convivencia con el resto de los residentes.

3.- Gracias al informe social emitido por la UTS derivante, se constata que las circunstancias socioeconómicas de la usuaria le hacen ser susceptible de inclusión en el programa de residencia.

Tras estas conclusiones por parte del Trabajador Social, se le oferta a la usuaria la inclusión en el programa, atendiendo a las circunstancias siguientes:

1.- Se le acogerá durante el tiempo necesario para un desarrollo adecuado de los tratamientos oncológicos. Por tanto, teniendo en cuenta el desarrollo de los tratamientos, comprendería un periodo de seis meses. Tras estos, se valorará de nuevo la situación a fin de determinar su continuación en el programa de residencia o no.

2.- La usuaria se hace responsable de las condiciones higiénicas de su habitación. Ello supone limpieza y buen uso del material contenido en la misma.

3.- La usuaria se hace responsable de sus propias medidas de autocuidado e higiene, consistente en higiene personal, preparación de comidas, tratamientos médicos, etc.

4.- Por tanto, el acuerdo general entre AECC y la usuaria consiste en que se le presta un servicio de alojamiento, manutención, desplazamiento y pago de medicación al menos durante el periodo requerido para la administración de los tratamientos oncológicos hospitalarios. Tras la finalización de los mismos se procederá a una revisión para aprobar su renovación o su revocación.

Tras la realización de la entrevista, se procede a la propuesta de ayuda al Comité de Ayudas de la AECC. Este comité está constituido por el Tesorero Provincial, Presidente Provincial y Trabajador Social de la entidad. Este comité aprueba la propuesta realizada en relación a la usuaria.

Tras ello, se le comunica a la usuaria en una entrevista personal su inclusión en el programa de residencia, firmándose un contrato por escrito entre la institución y la usuaria, y se concierta el día de su entrada en la residencia.

Hay que destacar que el Manual de Procedimiento de la AECC establece que en estos casos de extrema urgencia, la respuesta de la institución no debe ser superior a los siete días.

Atendida la necesidad urgente que presentaba la usuaria, conforme a protocolo, se concierta una segunda entrevista con la usuaria para dos meses después. Se entiende que la necesidad de una readaptación a una nueva

vivienda sumada a los efectos de los ciclos quimioterápicos, no hacen aconsejable una segunda entrevista en un periodo de tiempo menor.

Esta segunda entrevista tiene como objetivos:

1.- Valorar el grado de adaptación de la usuaria a la residencia. Para la valoración de esta adaptación, se recaba información procedente de tres fuentes: existencia o no de quejas de otros residentes en relación a la usuaria canalizadas vía personal de la entidad, información proporcionada por el personal de la AECC a través de entrevistas entre Trabajador Social y personal, y las manifestaciones de la propia usuaria.

2.- Valorar el grado de cumplimiento de los términos del contrato.

3.- Analizar conjuntamente entre usuaria y Trabajador Social todas las posibles evoluciones de la enfermedad con el objetivo de articular mecanismos de respuestas preventivos. Se pueden plantear dos escenarios posibles:

a.- Evolución de la enfermedad pasando a un estadio paliativo, es decir, estaríamos ante una situación de enfermedad terminal tras el fin de los tratamientos posibles. Ocasionada esta situación, la entidad se compromete con la usuaria el acogimiento en el programa de residencia hasta el momento en que no pueda hacerse cargo de su propio autocuidado, ni el cuidado de la habitación adjudicada. Después de este punto de no retorno, se articula otro instrumento de acogimiento, dadas las limitaciones de servicios de la residencia. Este instrumento es su traslado a una residencia de asistidos a cargo de los fondos de la AECC. O bien la propia usuaria, o bien la entidad comunicará este traslado a otra residencia a aquellas personas que previamente haya definido la usuaria. Es ahora cuando cobra su sentido lógico el mapa de relaciones que se confeccionó en la entrevista inicial del proceso de intervención. Con ella también se negocia el posible sepelio y rito religioso para el funeral. Esta parte de la segunda entrevista implica generalmente un alto grado de ansiedad y tensión para la usuaria. Para llegar a este punto de la entrevista, previamente se ha tenido que establecer un lazo de confianza entre el trabajador social y la usuaria a fin de abordar este posible escenario de una manera abierta y franca. Esta confianza se trabaja en esta entrevista a través de la constatación de la usuaria de los compromisos cumplidos por la entidad previamente, de acuerdo con el contrato inicial de la intervención. Esta fase de la entrevista debe ser acogedora, implicando un alto grado de sinceridad por parte del Trabajador social.

b.- Evolución positiva de la enfermedad, llegándosele a considerar remitida: La intervención en este segundo escenario debe posponerse hasta el fin de los tratamientos posibles con el objetivo de poder realizar una valoración de la situación de la usuaria más ajustada a las secuelas de la enfermedad.

No existe un plazo entre esta segunda entrevista y la tercera. Solo se puede determinar el momento en que es recomendable realizarla. Este momento es al fin de los tratamientos oncológicos.

En el caso que tratamos este periodo fue de siete meses. Por ello, tras la finalización de los tratamientos, se procedió a concertar la tercera entrevista a fin de realizar una nueva valoración de la situación de la usuaria, y renegociación del contrato firmado. El objetivo principal de esta tercera entrevista es la elaboración de un plan de intervención orientado al desarrollo de una vida autónoma e independiente de la usuaria.

En esta fase de la intervención nos encontramos con una usuaria que presenta unos condicionantes; son los factores de riesgo tras el proceso de tratamientos médicos:

- 1.- Persona inmigrante, con residencia legal vigente.
- 2.- Mujer.
- 3.- Edad avanzada. La usuaria tiene sesenta y tres años.
- 4.- Las secuelas ocasionadas por los dos episodios oncológicos. Por una parte, el cáncer de pulmón limitaba fuertemente su capacidad respiratoria y, por consiguiente, ocasionaba un pronto cansancio ante cualquier esfuerzo físico. El cáncer de colon suponía una alimentación especial.
- 5.- No existencia de fuentes de ingresos propias. Aunque se había tramitado el certificado de minusvalía, no tenía el periodo de residencia necesario para poder ser beneficiaria de una pensión de invalidez no contributiva. El grado de minusvalía que se le reconoció fue de un 60%.

El Plan de Intervención individual elaborado con el consenso de la usuaria durante esta tercera entrevista tenía como objetivo único y esencial la inserción laboral de la usuaria. Se descarto cualquier proceso formativo laboral por la edad relativamente avanzada de la usuaria, y por no estar inscrita en el servicio publico de empleo. Se hace evidente que la empleabilidad de la usuaria era prácticamente nula, dado su condición de mujer inmigrante, con dos episodios oncológicos y sus secuelas. No obstante, se consensó con la usuaria un periodo de seis meses a fin de proceder a una nueva valoración de la situación. Durante este periodo seguiría incluida en el programa de residencia de la AECC.

En esta entrevista de reinserción sociolaboral se perseguían distintos objetivos:

- 1.- que la usuaria autorreflexiones sobre por que quiere trabajar y su actitud ante el empleo.
- 2.- conseguir que la usuaria descubra y clarifique que ofrece al mercado de trabajo.
- 3.- que la usuaria conozca toda la información necesaria sobre el mercado de trabajo de la zona.
- 4.- que la usuaria determine que quiere hacer profesionalmente.
- 5.- que la usuaria valore y reflexione sobre lo que le falta para acceder a la ocupación que busca y cómo puede conseguirlo.
- 6.- que la usuaria valore y reflexione sobre las condiciones laborales en las que gustaría y está dispuesto a trabajar.

Estos objetivos suponen el desarrollo de una serie de contenidos dentro de la propia entrevista:

1.- Análisis personal. Las competencias personales y profesionales: El trabajador social debe ayudar a la usuaria a un proceso de autorreflexión. Como instrumento para esta autorreflexión se le facilitó a la usuaria un cuestionario cerrado sobre conocimientos, habilidades, formación, y experiencia laboral obtenida.

A fin de orientar y ayudar a la usuaria en el proceso de análisis de sus competencias personales y profesionales, se tiene que empezar haciendo que se responde a dos preguntas esenciales:

- ¿Por qué quiero trabajar? Esta pregunta tenía una respuesta evidente: poder desarrollar un proyecto de vida autónomo e independiente.
- ¿Qué ofrezco yo al mercado de trabajo?

El objetivo de realizar estas preguntas fue analizar la motivación de la usuaria, así como resalto algunos aspectos:

- El desempeño de un trabajo lleva aparejada una responsabilidad, unas funciones y unas tareas para la que tendría que estar capacitada.
- Que no hay que valorar el trabajo únicamente como medio de obtención de ingresos, sino que también está muy relacionado con la satisfacción y autonomía personal y con la integración socio cultural.

En el análisis personal de sus competencias profesionales se tiene que tener en cuenta:

- Cuáles han sido las motivaciones para venir a nuestro país.
- el valor que para ella supone el trabajo.
- Cuáles han sido hasta el momento y perspectiva en su situación actual.

2.- Análisis del mercado de trabajo: Se le ofreció a la usuaria información acerca de las ocupaciones más demandadas, y sobre todo aquellas ocupaciones que teniendo sus circunstancias personales, podría ser más posibles. Con todo ello se elaboró un listado de posibles ocupaciones que pudiera desempeñar.

En este apartado, se tiene que proporcionar la información suficiente y necesaria para que la usuaria tome su decisión de búsqueda de trabajo de la manera más adecuada y ajustada posible a la realidad que le ofrece el mercado de trabajo.

Tras la reflexión conjunta entre la usuaria y el trabajador social para clarificar que estaba en condiciones de ofrecer, teniendo en cuenta su formación, experiencia, cualidades y habilidades, se tiene que plantear cuáles son los trabajos que la usuaria quiere desempeñar y valorar cuáles serán las estrategias más adecuadas para tratar de cubrir los huecos existentes en ese mercado de trabajo de referencia.

Ello supone valorar dos aspectos:

- Lo que quiere hacer la usuaria: Para determinar lo que quiere hacer, habrá que establecer conjuntamente la lista de posibles profesiones que la usuaria puede desarrollar en función de sus posibilidades y de sus intereses.

- Lo que se ofrece en el mercado de trabajo: Para determinar que es lo que se ofrece en el mercado de trabajo, el trabajador social debe:

- conocer las ofertas del mercado de trabajo existentes y en relación con las profesiones que quiere desempeñar la usuaria.

- ofrecerle información suficiente sobre el mercado de trabajo en general, para que la usuaria tome una decisión adecuada y ajustada a la realidad: ocupaciones más demandadas, más ofertadas, etc.

- recoger la información de los sectores y empresas que más demandan mano de obra de población inmigrante.

3.- Determinación del objetivo profesional: Para ello se le facilitó a la usuaria un cuestionario a fin de precisarlo.

Hasta este momento tanto el trabajador social como la usuaria han realizado un inventariado personal a través del cual se habrán puesto de manifiesto las actitudes, fortalezas, puntos débiles, etc de la usuaria respecto a su proceso de inserción laboral. Con todo ello, se tienen los elementos necesarios para elaborar el objetivo profesional de la usuaria.

Una vez que la usuaria concretó con claridad las profesiones que quiere desempeñar a partir del conocimiento de cuales son las que se ofrecen en su entorno, el trabajador social debe ayudar a la usuaria a valorar:

- Cuáles son los aspectos que le hace falta desarrollar.
- Cuáles pueden ser mejorados para conseguir ocupar un trabajo de los ofertados.

Como se comentó antes, dadas las características de la usuaria, la formación fue un aspecto que fue desechado por las razones de edad y urgencia.

Por tanto, tras concretar que puestos de trabajo podría ocupar y cuales eran los existentes, se procedió a confeccionar el itinerario personalizado de inserción, que consistió en los siguientes pasos:

- 1.- Redacción por parte del trabajador del curriculum vitae.
- 2.- Compromiso por parte de la usuaria de establecer contacto con su escasa red social a fin de realizar la búsqueda de trabajo.
- 3.- Visitas diarias de la usuaria a la biblioteca pública a fin de leer las ofertas de trabajo.
- 4.- Poner en alerta a la red de voluntariado de la AECC a fin de búsqueda de trabajo.
- 5.- Simulacros de entrevista de trabajo.

Para la realización de estas acciones de inserción se estableció un plazo de seis meses, tras los cuales se procedería a una evaluación.

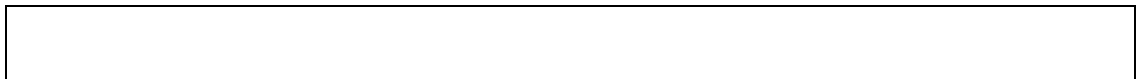
Todo ello se realizó con la conciencia de que las posibilidades de empleabilidad de la usuaria eran prácticamente nulas.

Durante estos meses, la usuaria únicamente pudo llegar a la fase de entrevista de trabajo en dos ocasiones.

Tras este periodo, la usuaria llegó al convencimiento de que las posibilidades de encontrar un nuevo trabajo eran nulas. Por ello, tomó la decisión de irse para estar cerca de su hijo en Chile. Tanto su hijo como ella habían tratado esta cuestión previamente y el hijo estaba de acuerdo en que su madre estuviera a su lado ya que en España se encontraba sola, enferma y sin trabajo. Las gestiones siguientes consistieron en preparar este viaje.

En conclusión, podemos observar dos fases claramente diferenciadas en esta intervención:

- a. De carácter asistencial. Consistió en proporcionar los recursos, herramientas, apoyos necesarios a fin de que la paciente pudiera iniciar un proceso de adaptación emocional, social tras los dos episodios oncológicos.
- b. De carácter laboral: Aunque por parte del trabajador social no se atisbaba muchas posibilidades de reinserción laboral por las propias características de la situación, se ejecutó un programa personalizado de reinserción laboral con el objetivo de que pudiera ser la propia paciente la que tomara conciencia de sus fuertes limitaciones laborales, todo ello con un proceso de acompañamiento y de reafirmación de la autoestima, autoconfianza de la paciente.



#### **4. Referencias bibliográficas**

Ley 6/1999, de 7 de julio, de atención y protección a las personas mayores.

Decreto 23/2004, de 3 de febrero, por el que se regula la protección jurídica a las personas mayores.

Ley 1/1999, de 31 de marzo, de Atención a las Personas con Discapacidad

Decreto 2393/2004, de 30 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de la L.O. 4/2000, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.

Ley 49/2002, ley de mecenazgo.

Manual de Procedimientos de Trabajo Social de la AECC de 2.008. Asociación Española contra el Cáncer. Madrid. 2008.

“Guía para la orientación laboral de las personas inmigrantes”, Red inter-labora, Programa operativo de lucha contra la discriminación, editado por Cruz Roja. Madrid. 2002.

