

2010

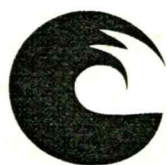
Sistematización de la intervención del trabajo social en el proceso de rehabilitación : análisis de la intervención pre-profesional en la singularidad y la complejidad del proceso de rehabilitación

Martínez, Camila

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/493>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Universidad Nacional de Mar del Plata
Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

Sistematización de la intervención del Trabajo Social en el proceso de Rehabilitación

*Análisis de la intervención pre – profesional en la singularidad
y la complejidad del proceso de Rehabilitación*

Biblioteca C.E.C.S. Y S.S.	
Inventario 4119	Signatura Top /
Vol.: /	Ejemplar: /
Universidad Nacional de Mar del Plata	

02 OCT 2012

Directora: **Lic. María de los Ángeles Compta**
Co – directora: **Lic. María Cristina Álvarez**

Autora: **Martínez, Camila**
Mat. N° 8341/04

Abril de 2010

AGRADECIMIENTOS

Luego del camino recorrido para llegar a mi meta, es necesario brindar un sincero agradecimiento a todas aquellas personas que de una manera u otra estuvieron presentes, brindándome su apoyo incondicional.

A mi familia, por acompañarme en todo momento, sin soltarme la mano, enseñándome a valorar las pequeñas grandes cosas de la vida.

A los amigos que coseche en este andar, por compartir cada momento permitiéndome entrar en sus vidas.

Al INAREPS, lugar que me enseñó a descubrir la importancia de la hermosa profesión que elegí, demostrándome que la peor discapacidad es no darse cuenta que somos iguales.

A las profesionales del Servicio Social que allí trabajan, quienes fueron mis referentes, brindándome un espacio más que significativo en la práctica y una calidez humana incomparable, haciéndome sentir como en casa.

A mi directora de tesis, Lic. María de los Ángeles Compta, por sus significativos aportes y su compromiso incondicional, guiando mis pasos en este proceso.

A la Lic. María Cristina Álvarez, quien forjó una mirada enriquecedora en mi formación, generando inquietudes a través de las cuales fortalecí mi actitud crítica.

A los pacientes del INAREPS, quienes fueron los actores principales en este proceso, demostrándome que creer en uno mismo es el primer paso para lograr lo que anhelamos.

INDICE

• Fundamentación.....	4
• Objetivos.....	5
• Primera parte: Marco teórico referencial	
I. La Institución.....	8
II. La Persona.....	11
III. Redes.....	12
IV. El Problema: la Salud.....	13
IV. I. Modelos de Salud.....	14
V. Abordaje de la Problemática.....	16
VI. Rehabilitación: conceptos generales.....	19
VII. El Servicio Social en el campo elegido.....	20
VIII. Nociones generales de familia.....	20
VIII. I. Organización interna de la familia.....	22
VIII. II. Recursos de la unidad familiar.....	23
VIII. III. Estrategias familiares de vida.....	24
VIII. IV. La familia y las situaciones límites.....	24
VIII. V. Familia y Trabajo Social.....	26
IX. La intervención en trabajo social: el enfoque de la complejidad como guía del quehacer profesional.....	26
IX. I. El pensamiento de la complejidad.....	28
IX. II. El Positivismo: un enfoque tradicional.....	31
X. Método y metodología del Trabajo Social.....	32
XI. Tipologías de actuación profesional.....	39
XII. El diagnóstico.....	40
XII. I. La investigación diagnóstica y el análisis de situación.....	41
XIII. El instrumental.....	42
XIV. La sistematización.....	45
• Segunda parte: I.Na.Re.Ps: características de la Institución sede	
I. La Institución.....	48
I. I. Reseña histórica de la Institución.....	48
I. II. Objetivo Institucional.....	49
I. III. Modalidad de trabajo.....	49
I. IV. Características de la población destinataria.....	50

I. V. Formas de ingreso.....	50
I. VI. Tipos de atención.....	50
I. VII. Organigrama y estructura.....	52
I. VIII. Comités interdisciplinarios.....	52
II. El Servicio Social	
II. I. Reseña histórica del Servicio Social del I.Na.Re.Ps.....	54
II.II. Organización y estructura del servicio social del I.Na.Re.Ps....	54
II. III. Objetivo general.....	55
II. IV. Objetivos específicos.....	55
II. V. Normas del servicio social.....	56
II. VI. Modalidades de intervención.....	58
II. VII. Programas de cobertura.....	58
II. VIII. Relación del servicio social con los diferentes sectores o áreas de la organización.....	59
II. IX. Metodología referencial.....	60
II. X. Metodología de intervención.....	62
II. XI. Proceso metodológico.....	62
II. XII. Abordaje institucional de la problemática.....	65
• Tercera parte: Sistematización del caso social individual elegido	
I. Contextualización y reconstrucción de la práctica.....	67
II. Descripción de la práctica. Elaboración del discurso descriptivo de la práctica.....	70
III. Interpretación crítica de la práctica reconstruida.....	86
• Conclusión.....	103
• Bibliografía.....	107

FUNDAMENTACIÓN:

El presente trabajo tiene por objetivo analizar la intervención del Trabajo Social en el ámbito de la rehabilitación; específicamente, en una Institución Pública Nacional del tercer nivel de la atención, a través del estudio de un caso social individual – familiar.

Dicho análisis se efectuará a partir de la sistematización de la práctica pre – profesional realizada en el marco de la asignatura Supervisión de la carrera de Lic. en Servicio Social, dependiente de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

El citado proceso se llevó a cabo en el Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur (I.Na.Re.Ps) “Dr. Juan Otimio Tesone”, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, cito en la ciudad de Mar del Plata, Partido de General Pueyrredón; durante el período comprendido desde el 23 junio de 2008 al 29 de mayo de 2009.

Dicha institución tiene por objetivo la rehabilitación integral de la persona discapacitada, trabajando en forma interdisciplinaria sobre los valores remanentes del paciente y con la participación activa de la familia.

Desde el punto de vista médico, se define a la rehabilitación como “un método sistemático y organizado, por el cual los poderes mental, físico y/o vocacional potenciales de una persona discapacitada son desarrollados al máximo”.¹

Es un proceso intrincado en donde juegan un papel muy importante las relaciones humanas. Se trata de hacer cambiar la reacción o actitud negativa de una persona ante un hecho irreparable que la afecta no solo funcionalmente sino que le ocasiona problemas afectivos, sociales, económicos, etc.; es decir, se trata de crearle un nuevo sentido filosófico de la vida para que acepte este “nuevo estado”, tenga nuevamente confianza en sí mismo y desee realizar el tratamiento indicado para conseguir llevar al máximo sus capacidades, dejando de lado sus incapacidades.

Para el logro de este objetivo es indispensable la comprensión del medio familiar y de todas las personas que actúan a su alrededor (amigos, allegados,

¹ Tesone, Juan Otimio; Rehabilitación; problema médico, familiar, educativo y social. CERENIL. Pág. 20

etc), que colaborarán en estimular su propia disposición a trabajar para este propósito.

Se pone especial énfasis en desarrollar las capacidades residuales de la persona con el objetivo de que pueda, primero, realizar las actividades básicas de la vida diaria y, segundo, desarrollar aquellas actividades manuales o vocacionales que le permitan alcanzar algún grado de independencia económica a través de alguna ocupación productiva. Estos son los principios básicos y la meta en la rehabilitación.

En este contexto, el rol de Trabajo Social es fundamental en el equipo interdisciplinario, contribuyendo al logro de los objetivos institucionales y participando con el equipo de tratamiento en el proceso de rehabilitación, a través del desarrollo de las potencialidades del paciente, su familia y la comunidad, utilizando la educación como principal herramienta de trabajo, y seleccionando adecuadamente las técnicas de intervención.

Teniendo en cuenta que las instituciones usualmente tienen definidos momentos para la planeación, organización, ejecución y evaluación de las actividades que llevan a cabo, pero no contemplan momentos para la sistematización de las mismas, debido a que el ritmo con que desarrollan sus actividades es muy intenso, el presente trabajo destaca la importancia de desarrollar la sistematización de la citada experiencia, ya que permitirá relacionar los procesos inmediatos con su contexto, confrontando el quehacer práctico con los supuestos teóricos que lo inspiran.

En este sentido, se analizará un caso social individual – familiar, el cual no ha sido elegido en forma aleatoria; su elección esta fundamentada en su singularidad; es decir, en el hecho de que a través del estudio de sus elementos constitutivos, permite dar cuenta de la complejidad de la intervención profesional en el proceso de la rehabilitación, relacionando a ésta con el contexto particular en el cual se desarrolla.

Se destaca, por último, la necesidad de desarrollar una comprensión social compleja que permita dejar de lado concepciones lineales a la hora de intervenir, rescatando aportes que contribuyan a fortalecer la práctica, pudiendo conceptualizarla, señalando sus potencialidades y limitaciones, en una búsqueda de coherencia entre lo que se pretende y lo que se hace. De ahí la necesidad de desarrollar una producción de estas características.

OBJETIVO GENERAL:

- Sistematización de la intervención pre - profesional en el proceso de rehabilitación de un caso social individual – familiar ante un evento traumático, en un Centro Público Nacional del III Nivel de la Atención cito en la ciudad de Mar del Plata, durante el período junio de 2008 – junio de 2009.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Describir los elementos constitutivos de la intervención.
- Analizar la situación problemática del caso social - familiar y determinar los momentos metodológicos.
- Identificar y describir los enfoques que orientan la intervención.

PRIMERA PARTE

Marco Teórico Referencial

I. LA INSTITUCION

El Trabajo Social, como profesión, se desarrolla principalmente dentro o en relación con instituciones que se desenvuelven en un campo determinado, es así que se considera importante mencionar algunos autores que le dedican capítulos a las mismas y quienes aportan diferentes definiciones, permitiendo tener una amplia concepción de estas.

Según Natalio Kisnerman, toda institución es una unidad de producción, que transforma determinados objetos en productos, mediante la utilización de recursos humanos, materiales, naturales, técnicos y financieros. En tanto unidad de producción, nos permite encararla, desde el Trabajo Social, como un recurso para el logro de objetivos profesionales. En tanto espacio donde se configuran determinadas relaciones de producción, nos permite abordarla desde el Trabajo Social como objeto de trabajo.

Toda institución surge de una necesidad a la que pretende satisfacer, produciendo un resultado, efecto o producto. Una institución es parte de una estructura social a la que reproduce como parte de ella, por lo tanto, toda institución es una microsociedad donde se dan los mismos procesos que en la sociedad global de la que forma parte.

Toda institución es concreta, social, histórica y compleja. Concreta porque es real, existe; social porque son los hombres quienes les dan origen, desarrollo y sentido; histórica porque obedece a una necesidad y realidad concreta que la genera y tiene un desarrollo en el tiempo-espacio; y compleja porque en ella se desarrollan una serie de actividades diversificadas, componentes de la tarea global de la misma, las que también tienen un grado de desarrollo histórico y determinan roles y funciones.

Lidia Fernández postula que el término institución se utiliza como sinónimo de regularidad social, aludiendo a normas y leyes que representan valores sociales y pautan el comportamiento de los individuos y los grupos, fijando sus límites.

El término institución se reserva generalmente para hacer referencia a organizaciones concretas (un hospital, una escuela, un centro de salud, entre otros) en las que se cumplen ciertas funciones especializadas con el propósito

de concretar las acciones-valores. "Institución" se utiliza entonces como sinónimo de establecimiento y alude a una organización con función especializada que cuenta con un espacio propio y un conjunto de personas responsables del cumplimiento de determinadas tareas reguladas por diferentes sistemas.

Un tercer sentido liga el término institución con los significados y alude con él a la existencia de un mundo simbólico en parte consciente, en parte de acción inconsciente, en el que el sujeto humano "encuentra" orientación para entender y decodificar la realidad social.

Ninguna institución permanece siempre en un mismo estado. Todo parecería apoyar la suposición de un equilibrio inestable entre una modalidad regresiva y una modalidad progresiva de funcionamiento, fuertemente incidido por las características del contexto social.

El conocimiento de la historia particular de una institución es una pieza clave para el análisis institucional; y estos otros aspectos como la organización formal e informal, los sistemas de liderazgo, autoridad y poder, adquieren una nueva dimensión de sentido a la luz de la historia institucional y especialmente en lo que creemos fundamental para el desarrollo exitoso de nuestra intervención.

En cuanto a la clasificación de las instituciones no existe un único criterio, Kisnerman cita a Burgess, quien señala cuatro tipos:

- Culturales básicas*: familia, iglesia, escuela;
- Comerciales*: empresas industriales y comerciales privadas y del Estado;
- Recreativas*: clubes, teatros, cines;
- De control social formal*: agencias de servicios sociales y gubernamentales.

A ellas Pauline Young agrega dos más:

- Sanitarias*: hospitales, clínicas, campos y hogares para convalecientes;
- De comunicaciones*: agencias de transporte, postales, teléfonos.

Según el campo de trabajo o área de conocimientos dominantes, podemos clasificarlas en:

- Económicas*: empresas, bancos, comercios, cooperativas, etc.;

-*Sociales*: hospitales, clínicas, consultorios médicos, sindicatos, colectividades extranjeras, hogares y clubes de ancianos, etc.;

-*Culturales*: escuelas primarias y secundarias, universidades, teatros, cines, museos, etc.;

-*Políticas*: ministerios y secretarías nacionales y provinciales, entes regionales, municipales, etc.

Según el espacio en el que ejercen su influencia, las podemos clasificar en:

-*Locales*: cuando su área de influencia es municipal o parte de éste.

-*Provinciales*: cuando ese espacio cubre el territorio de una provincia.

-*Regionales*: cuando su área de influencia abarca más que una provincia y menos que una nación.

-*Nacionales*: cuando abarca todo el territorio de una nación.

-*Internacionales*: cuando su área de influencia excede los límites jurisdiccionales de una nación.

De acuerdo a su jurisdicción, las instituciones son públicas o privadas. Pública no equivale a ser del Estado, si bien el Estado administra los bienes que son del público. Es público un hospital, una escuela, pero también un centro comunitario, un centro deportivo, cuando éstos son propiedad del barrio en el que existen, o están bajo su control. Las privadas son propiedad de una persona o grupo. Pueden a su vez clasificarse en empresas y asociaciones. Estas últimas son agrupamiento de personas en base a intereses compartidos para llevar a cabo determinados objetivos cuyo producto final son bienes materiales y/o servicios, por ejemplo cooperativas, patronatos, etc.

Según normalicen, controlen o verifiquen el funcionamiento de otras instituciones, se las puede clasificar en regulativas (ministerio) y operativas cuando cumplen tareas por si mismas (hospitales).

Si concentran funciones, acciones y decisiones, son centralizadas y si las delegan en instituciones locales son descentralizadas.

A pesar de la cantidad de clasificaciones que pueden hacerse de las instituciones y de la necesidad de ubicar cada una en un tipo particular, ninguna clasificación es pura y autónoma.

La estructura organizacional se debe diseñar de tal manera que aclare quien tiene que hacer determinadas tareas y quien el responsable de ciertos resultados, lo cual elimina los obstáculos al desempeño ocasionado por la confusión y la incertidumbre de la asignación y proporciona redes de tomas de decisiones y de comunicaciones que reflejan y respaldan los objetivos de la institución.

II. LA PERSONA

En la historia del Trabajo Social, han existido diversas formas de nombrar a aquellos que son parte de su quehacer. Se ha transcurrido por los términos: “clientes”, “usuarios”, “beneficiarios”, “destinatarios”, entre otros; reflejándose en cada uno de ellos, la conceptualización de la relación profesional, en los diferentes contextos socio-históricos.

En los tiempos en que la disciplina se caracterizó por su dimensión tecnológica, resultó evidente un aspecto, que conllevó a una forma particular de concebir a la persona: la ostentación del poder. En el vínculo profesional, dicho poder era ejercido con exclusividad por el “experto”, es decir era éste quien poseía el conocimiento para realizar la acción.

Es innegable que en esta época del Trabajo Social, el profesional dirigía sus esfuerzos en el diagnóstico constante de las problemáticas y debilidades de las personas y /o grupos humanos con los que trabajaba, de manera de ofertarles una solución concreta desde su lógica experta.

Sin embargo, actualmente se ha abierto la mirada hacia el reconocimiento de la presencia del poder en cada uno de los seres humanos.

Autores como Cristina De Robertis, indican que este cambio de mirada, más allá de ser una consideración positiva de la gente, trata de centrar toda la acción social en la persona, siendo ella, partícipe y protagonista de las intervenciones sociales que la conciernen.

Desde la autora, la persona no debe ser objeto de la intervención, sino sujeto de la acción; debe tomar parte de todas las decisiones que se refieren a su situación y en todas las gestiones que se realicen para mejorarlas. Sus capacidades deben ser consideradas como centrales y reconocidas como determinantes en el proceso de ayuda.

Así, la persona con la que se establece el vínculo profesional, deja de ser considerada en sus aspectos individuales, para ser contemplada en su dimensión social y colectiva, como parte constitutiva y constituyente de la sociedad en la que vive.

Se trata de una concepción que promueve la reapropiación del poder de cada persona, de manera de poseer un dominio sobre su propia vida, fomentando la autonomía en la búsqueda de su bienestar integral.

III. REDES

Desde la perspectiva de redes el entorno de un individuo se puede entender como una serie de ambientes situados en diferentes niveles, cada uno de ellos incluido dentro del que le sigue, desde el microentorno de la familia hasta el macroentorno de la sociedad.

De ahí, cuando pensamos en “ambiente” ya no podemos limitarlo a la familia y su entorno.

El concepto de redes sociales refiere a “(...) conjunto de personas que se conocen entre sí, unidas por vínculos de familia, amistad, vecindad, trabajo, ocio, estudio”². Configuran una totalidad en la que sus miembros están unidos por relaciones de naturaleza afectiva. Las redes son formas de interacción social, espacios sociales de convivencia y conectividad. Se definen fundamentalmente por los intercambios dinámicos entre los sujetos que las forman. Las redes son sistemas abiertos y horizontales y aglutinan a conjuntos de personas que se identifican con las mismas necesidades y problemáticas. Se constituyen como una forma de organización social que permite a un grupo de personas potenciar sus recursos y contribuir a la resolución de problemas.

Las funciones de las redes consisten en promover y facilitar espacios de encuentro y de trabajo conjunto; agilizar la comunicación y la toma de decisiones y generar espacios y métodos apropiados para que los miembros vean el cumplimiento de los objetivos y se sientan protagonistas de sus logros.

La red es definida también como una modalidad de participación que integra las dimensiones micro y macro, subjetivas y colectivas y produce

² Tauca, N y Mallo, L. “Bases conceptuales” Primera parte, En Redes Sociales Naturales: Un modelo de trabajo para el Servicio Social”. Ed. Humanitas.

niveles más agregados de interacción social. Son percibidas como ámbitos de articulación social horizontales, superadores de modelos organizativos jerárquicos y burocratizados.

En función al intercambio que en su interior se establece, se puede hablar de:

- Redes primarias: definidas como conjuntos naturales de individuos que representan un territorio psíquico más allá de su localización geográfica, en tanto las relaciones de los miembros están basadas en la reciprocidad y en vínculos de naturaleza afectiva.
- Redes secundarias: conceptualizadas como “conjuntos sociales instituidos normativamente”³, estructurados en forma precisa para desarrollar una serie de misiones y funciones específicas, donde los roles de cada miembro están bien diferenciados.

La intervención en red se plantea como un nivel de mayor complejidad, que facilita el abordaje, la comprensión y el acompañamiento de procesos socio-asistenciales altamente complejos, posibilitando el conocimiento de la dinámica de la red y la capacidad de sostén social que ofrece a sus miembros.

Es definida como una forma que opera en el espacio de articulación de las redes primarias y las redes secundarias, actuando como una guía tendiente a que la red, a través de una autonomía cada vez mayor, pueda responder a sus necesidades propias.

IV. EL PROBLEMA: LA SALUD.

El concepto de salud ha ido evolucionando en el tiempo desde la ausencia de enfermedad hasta una concepción mas vinculada a la calidad de vida.

Hoy coexisten diferentes miradas, ya que las diversas perspectivas de la salud incluyen aspectos filosóficos, ideológicos y axiológicos diversos, y distintos postulados teóricos en relación con el poder. Perspectivas que en lo

³ Ídem. Cita 2.

cotidiano ponen en evidencia desde donde miramos a la salud, y como la comprendemos.

Es así que, la concepción de salud tiene directa relación con los paradigmas científicos prevalentes en cada momento histórico.

En el campo sanitario se han generado tres modelos: Biológico, Bio – ecológico y Social. Estos modelos definen las estrategias del sector salud en general y de los ámbitos específicos de los servicios hospitalarios en particular.

IV. I. MODELOS DE SALUD

- **Biológico**: Desde la perspectiva biológica, se entiende la salud como la ausencia de enfermedad. Es reduccionista, unívoca y unidisciplinar.

El criterio de bienestar o de malestar está ligado a padecimientos físicos y disfunciones orgánicas visibles (unicausalidad).

Se considera al “paciente” una persona “individual”, descontextualizada, y se lo estudia desde una perspectiva biológica.

- **Bio – ecológico**: La perspectiva ecologista está orientada hacia una visión dinámica de la salud. Se expresa en la definición que propone la OMS en 1964, “La salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social”-

Hay una comprensión diferente del bienestar que incluye el ámbito psico – social, la multicausalidad orgánica y la perspectiva ambiental epidemiológica.

La ciencia médica, las disciplinas auxiliares y del medio ambiente estudian la enfermedad con un abordaje preventivo individual – familiar – comunitario centrado en dos ejes: Médico – quirúrgico y Ambiental.

No obstante, las dimensiones biológicas, psíquicas y sociales aparecen como una sumatoria de aspectos y la visión ecológica del ambiente es lineal; el equilibrio dinámico abarca un campo limitado a los aspectos mencionados e insuficientes para dar cuenta de la complejidad y de los procesos sociales involucrados.

- Social: La perspectiva social orienta hacia una visión dinámica e inestable de la salud, superadora de la definición que propone la OMS. Hay una comprensión diferente del bienestar que incluye el ámbito psico – social en sentido ampliado. La salud y enfermedad se entiende como un proceso histórico – social fluctuante, multi e interdeterminado por causas sociales.

Ingresan las ciencias sociales al campo sanitario, que, junto a la ciencia médica, las disciplinas auxiliares y del medio ambiente estudian la enfermedad con un abordaje integrado (inter y transdisciplinario) y global (individuo, familia, comunidad) centrado en la sociedad. Las dimensiones biológicas, psíquicas y sociales aparecen como una integración de aspectos y la visión amplia y circular de ambiente involucra los factores políticos y económicos a macro y micro nivel.

Se entiende al contexto social como una estructura. Se diferencia de la perspectiva ecológica por considerar la dimensión ampliada de dicho contexto y por la comprensión que tienen del sujeto en esa estructura. Se pone énfasis en la persona y sus vínculos interpersonales en función de identificar vínculos positivos y potenciar contextos naturales para la resolución posible de los problemas.

Se considera al paciente una persona con capacidad de acción y protagonismo; tiene potencialidades que actualiza con otros en su medio. No están solamente centrados en la patología ni en las disfunciones y tratan con valoración la relación médico – paciente y equipo de salud – paciente. Rescatan las diferencias tanto en la elaboración de respuestas singulares, diferentes para problemas comunes y el respeto por el derecho de todos (con prescindencia de sexo, raza, religión, minusvalías) a un acceso equitativo y a la autonomía.

Cualquier intento de definir la salud, requiere una toma de posición y en este caso, se adscribe a la salud como proceso multidimensional.

Retomando el planteo de Floreal Ferrara, quien entiende a la salud como *“(...) la capacidad individual y social de modificar las condiciones que limitan la*

*vida*⁴, es que se coincide en resaltar que la salud está condicionada por la sociedad, se expresa en lo colectivo; es un proceso histórico-social; y la enfermedad hoy no puede ser leída desde la perspectiva unicausal que plantea el positivismo.

En síntesis, la salud es un producto histórico social y es sinónimo de articulación con los otros, con la historia y con el contexto.

V. ABORDAJE DE LA PROBLEMÁTICA

Una situación problema no puede ser abordada desde una sola disciplina; sino que debe ser tratada y estudiada desde distintas perspectivas. Es así que *“La solución de un problema social no depende de una sola disciplina o institución, la calidad de vida de las personas esta multideterminada por factores internos y externos que se juegan a niveles micro y macro estructurales”*⁵.

En el campo de la salud, el trabajo en equipo pretende alcanzar la coordinación, e integración de los servicios en beneficio del individuo y su familia. Esta forma de trabajo es considerada como el mejor enfoque para mantener la integridad de la persona en relación a la salud.

Ninguna profesión que se desarrolle dentro del campo de la salud, posee todos los conocimientos y destrezas para resolver problemas que requieren técnicas pertenecientes a diferentes disciplinas. Los profesionales trabajando aislados e individualmente con cada individuo, aplicando sus conocimientos específicos, no podrán lograr la recuperación de la persona en su totalidad. Es por ello que una de las características del tratamiento es el trabajo en equipo.

Se entiende por equipo al *“(...) número reducido de personas con capacidades complementarias, comprometidas con un propósito, un objetivo de trabajo y un planeamiento común y con responsabilidad mutua compartida”*⁶

⁴ Cesilini G, Guerrini M, Novoa P. “La nueva pobreza en el ámbito hospitalario. De la indefensión al ejercicio de ciudadanía social”. Edición 2007. Ed. Espacio.

⁵ Castellanos. B. en GRUPO EIEM. Redes Sociales Naturales. Un Modelo de Trabajo para el Servicio Social. Ed. Humanitas. 1998.

⁶ Katzenbach y K. Smith en www.monografias.com

Para un trabajo en equipo es necesario que haya conciencia por parte de todos los miembros para alcanzar un objetivo en común. Es fundamental que cada profesional respete la función específica de aquellos que conforman el equipo interviniente, como así también la opinión de cada profesional a fin de que todos los miembros tengan una visión holística del individuo.

Se describirán las diversas formas de intervención del trabajo en equipo:

- **Multidisciplina**

“La multidisciplinariedad o pluridisciplinariedad supone un conjunto de disciplinas estudiando diferentes aspectos de un mismo objeto y/o cooperando en su abordaje desde cada una de ellas. No están ligadas a ninguna modificación de sus estructuras teóricas”⁷.

En esta modalidad se comparte un espacio físico acotado y *“cada disciplina aporta a la construcción del objeto pero sin tener una visión integral, concepción y enfoque común para su abordaje”⁸. “En el fondo se trata de una lectura de un problema según el enfoque selectivo de cada disciplina”⁹*

- **Interdisciplina**

“Con el fin de resolver una situación práctica concreta que por su complejidad desborda las posibilidades de una disciplina, la interdisciplinariedad articula dos o más de ellas en un equipo de trabajo, con un código y una metodología compartida. En algunos casos, llegan a fundirse y configurar un nuevo objeto teórico”¹⁰.

Según Carlos Eroles, la Interdisciplina es una forma de articulación que a partir del dialogo y la puesta en común de diversos saberes y habilidades posibilita la construcción de un nuevo conocimiento así como de una

⁷ González. P. Impacto de la Intervención Social con Familias de Pacientes de Tercera Edad internados en un Hospital de Alta Complejidad con Diagnostico de ACV, Tesis de grado 2003.

⁸ De Jong E. Trabajo Social, familia e intervención: la familia en los albores del nuevo milenio. Ed. Espacio. 2001

⁹ Ander Egg. E. Follari. R. Trabajo Social e Interdisciplinariedad. Ed. Hvmánitas.

¹⁰ Kisnerman. N. Pensar el Trabajo Social. Una introducción desde el Construccinismo. Ed. Lumen-Hvmanitas. 1998.

experiencia y un lenguaje que es fruto de un abordaje compartido de los conflictos y las situaciones problemáticas que afronta un sujeto determinado.

En esta modalidad de intervención *“(...) la integración se va produciendo a través de las preguntas que una disciplina hace a las otras para operar en una situación concreta, tratando de superar las comprensiones fragmentarias”*¹¹. Según Ander Egg y Follari la interdisciplinariedad puede darse a partir del contacto entre diferentes disciplinas; teniendo en cuenta las diferencias de objeto y de método de cada una de ellas.

De esta manera cada disciplina aporta a la construcción del todo desde su propia especificidad. A partir de lo dicho es importante tener en cuenta los aportes específicos que se pueden realizar desde el Trabajo Social para poder establecer con los otros miembros del equipo un acuerdo teórico-ideológico y epistemológico indispensable para la comprensión de la diversidad de los conflictos que se presentan en la intervención.

- **Transdisciplina**

*“Se trata de un grupo de profesionales que integrados a fines y objetivos de proyectos, programas o trabajos científicos, se distinguen por la creación, conciente o inconciente, de metodologías que en lo operativo plantean metadisciplinariedad”*¹²

*“La transdisciplina, como una metadisciplina (lo que esta más allá de las disciplinas) tiene sentido de globalidad, de fecundación mutua, de unidad en las relaciones y acciones, de interpretación de saberes. Y de este intercambio surge más que una nueva disciplina un enfoque nuevo para abordar una realidad de trabajo”*¹³

Dentro de esta modalidad de trabajo, *“(...) ninguna acción debe ser tomada por los miembros del equipo en forma aislada, sin el consentimiento del resto. Es así que el individuo actúa como un todo interrelacionado, y no como la suma de sus características; así los profesionales es como deben*

¹¹ Idem. Cita 6

¹² Idem. Cita 3

¹³ Idem. Cita 6

*pensar, interpretar, actuar y contribuir al diagnóstico que es producto del todo*¹⁴

*“Es quizás la modalidad de abordaje más adecuada pero también la más difícil de lograr por cuanto supone trascender lo límites de las disciplinas logrando con el equipo profesional un marco referencial común, un mismo modo de interpretación y de acción pudiendo complementarse y hasta sustituirse entre los participantes de las ciencias sociales intervinientes”*¹⁵

VI. REHABILITACIÓN: CONCEPTOS GENERALES

Desde el punto de vista médico, se define a la rehabilitación como “un método sistemático y organizado, por el cual los poderes mental, físico y/o vocacional potenciales de una persona discapacitada son desarrollados al máximo”.¹⁶

Es un proceso intrincado en donde juegan un papel muy importante las relaciones humanas. Se trata de hacer cambiar la reacción o actitud negativa de una persona ante un hecho irreparable que la afecta no solo funcionalmente sino que le ocasiona problemas afectivos, sociales, económicos, etc.; es decir, se trata de crearle un nuevo sentido filosófico de la vida para que acepte este “nuevo estado”, tenga nuevamente confianza en sí mismo y desee realizar el tratamiento indicado para conseguir llevar al máximo sus capacidades, dejando de lado sus incapacidades.

Para el logro de este objetivo es indispensable la comprensión del medio familiar y de todas las personas que actúan a su alrededor (amigos, allegados, etc), que colaborarán en estimular su propia disposición a trabajar para este propósito.

Se pone especial énfasis en desarrollar las capacidades residuales de la persona con el objetivo de que pueda, primero, realizar las actividades básicas de la vida diaria y, segundo, desarrollar aquellas actividades manuales o vocacionales que le permitan alcanzar algún grado de independencia

¹⁴ Hernandez de Victorioso. L. Trabajo Medico Social. Editorial Hvmantitas 1969. En Tesis de Grado.

¹⁵ Idem. Cita 4.

¹⁶ Tesone, Juan Otímio; Rehabilitación; problema médico, familiar, educativo y social. CERENIL. Pág. 20

económica a través de alguna ocupación productiva. Estos son los principios básicos y la meta en la rehabilitación de las personas discapacitadas.

Hay que efectuar un verdadero proceso educativo que lleve a un cambio de actitud de todo el medio familiar, para que contribuyan con una actitud bien definida y positiva a crear las condiciones anímicas en un ambiente propicio, para que la persona afectada por una disminución física y/o psíquica pueda sentirse en un núcleo que lo comprende, lo estimula y lo integra.

Toda limitación tanto física como mental, complica la adaptación del individuo al medio, puesto que le impone restricciones en sus actividades; restricciones que le son difíciles o dolorosas de aceptar, y esta situación se agrava si la sociedad, en vez de ofrecer comprensión y orientación al discapacitado, hace de él un "objeto de caridad".

Muchos de los problemas que a diario enfrentan las personas con capacidades diferentes, surgen esencialmente de la comunidad donde viven; es por ello que es indispensable, para lograr su integración, que cada comunidad sea educada y preparada para aceptarlos, no por pena o sobreprotección, sino brindándoles la oportunidad de desarrollar sus capacidades remanentes.

VII. EL SERVICIO SOCIAL EN EL CAMPO ELEGIDO

El trabajador social en el área de la salud, es el profesional del equipo multidisciplinario que conoce las necesidades sociales que inciden en el proceso salud-enfermedad.

Es el profesional que identifica las redes familiares y sociales, fortalece los vínculos familiares, promueve la utilización de los recursos institucionales disponibles, a través de acciones de investigación, planificación y una evaluación permanente.

A su vez ejerce el rol de educador social, trabajando desde el binomio prevención-promoción, para sostener el estado de salud-enfermedad.

VIII. NOCIONES GENERALES DE FAMILIA

La familia es el núcleo fundamental de la sociedad. En ella el ser humano nace, crece y se desarrolla. Se considera a la misma como un fenómeno universal pero diferente en el tiempo y en el espacio. La

universalidad remite a algunas funciones y tareas que deben ser realizadas en toda la sociedad. Sin embargo, actualmente se reconocen múltiples y variadas modalidades de organización familiar, producto de grandes procesos de cambio social, económico, tecnológico y político.

Tales cambios permiten afirmar que, la familia, como organización social básica, en sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales, y en mundo de la vida cotidiana, “es un espacio complejo y contradictorio, en tanto emerge como producto de múltiples condiciones del contexto socio – político, económico y cultural, atravesada por una historia de modelos o formas hegemónicas de conformación esperadas socialmente, y una historia singular de la propia organización, donde confluyen: lo esperado socialmente, lo deseado por la familia y lo posible en el interjuego texto – contexto”.¹⁷

El concepto de familia se ha definido y desarrollado desde diferentes disciplinas y perspectivas teórico – metodológicas. Interesa referirse a dos acepciones del concepto: la primera proviene del ámbito de la antropología que alude a la noción de parentesco; y la segunda desde la sociología, que además de parentesco incorpora la noción de co – residencia.

La familia es así “el conjunto de personas emparentadas, que viven en la misma casa y que participan en común de actividades ligadas a su mantenimiento cotidiano.”¹⁸ Esta acepción reconoce como sinónimos los términos de “unidad doméstica”, “grupo doméstico” y “hogar”.

Resulta oportuno considerar la definición que realiza Susana Torrado acerca de la unidad familiar o doméstica como “el grupo de personas que interactúan en forma cotidiana, regular y permanente, a fin de asegurar mancomunadamente el logro de los siguientes objetivos: su reproducción biológica, la preservación de su vida, el cumplimiento de todas aquellas prácticas económicas y no económicas, indispensables para la optimización de sus condiciones materiales y no materiales de existencia.”¹⁹

Esta definición remite a las siguientes dimensiones analíticas:

¹⁷ De Jong, Eloísa y otros; La familia en los albores del nuevo milenio. Capítulo 1: “Trabajo Social, Familia e Intervención”; Ed: Espacio; Buenos Aires; 2001; Pág. 11

¹⁸ Wainerman, Catalina; “Vivir en Familia”; UNICEF/Losada; Buenos Aires; 1.996; Pág. 184

¹⁹ Torrado, Susana; El enfoque de las estrategias familiares de vida en América Latina.

Orientaciones teórico – metodológicas. C.E.U.R 2da edición. Ed. Buenos Aires; 1985; Pág. 8

- Noción de co – residencia: implica que los miembros de la unidad familiar compartan la misma unidad de residencia (o vivan en una estrecha cercanía);
- Noción de parentesco: implica que algunos de los miembros de la unidad estén vinculados por relaciones de parentesco.
- Noción de reproducción cotidiana: según Elizabeth Jelín, este termino incluye tres niveles:
 - 1) Reposición generacional: es decir, tener hijos, cuidarlos, socializarlos, atendiendo también a los ancianos y enfermos.
 - 2) Mantenimiento cotidiano de la población existente a través de las tareas domésticas de subsistencia (domesticidad); y
 - 3) Tareas dirigidas al mantenimiento del sistema social.
- Noción de producción: puede implicar, pero no es necesario que así sea, que los miembros del grupo funcionen como unidad de producción.

La unidad familiar tiene responsabilidades en la satisfacción de las necesidades de sus integrantes. Estas necesidades se encuentran en el área de la economía, las necesidades personales de sus miembros, la atención física, la atención doméstica, el reposo, la recreación, la socialización, el afecto y la educación, entre otras cosas.

Finalmente, los procesos de cambio del mundo contemporáneo provocaron transformaciones en la familia, a la vez que comienzan a plantearse numerosos interrogantes respecto de la familia como eje de los afectos, la seguridad, la contención y la solidaridad. Sin embargo, la cercanía en la convivencia, las tareas de cuidado y protección, la intimidad compartida, los sentimientos y emociones y las responsabilidades familiares, convierten a la familia en el grupo que tiene la potencialidad de generar y fomentar la afectividad y el mundo de lo emocional en su conjunto.

VIII. I. ORGANIZACIÓN INTERNA DE LA FAMILIA

Se considera oportuno hacer mención brevemente de algunos puntos en referencia a la organización social de la cotidianeidad, el ámbito doméstico, que “incluye la producción y el consumo de alimentos y otros bienes y

servicios de subsistencia, así como las actividades ligadas a la reposición generacional”²⁰.

Si bien el hogar es el punto de referencia para sus miembros, en su interior las actividades compartidas, las responsabilidades, la libertad y la autonomía personal de sus miembros en las tareas de automantenimiento varían. “La división intrafamiliar del trabajo (¿quién hace qué?), la distribución y el consumo (quién recibe qué; cómo se organiza el presupuesto; a quién se satisface primero) y las responsabilidades de cada uno de los miembros hacia el grupo (de quién es la responsabilidad de atender a los que necesitan cuidados; cuánto del trabajo o ingreso de cada miembro se integra al presupuesto familiar)”²¹ se estructura en cuanto a diferenciaciones según edad, sexo y parentesco.

Es necesario tener en cuenta que, en áreas específicas de mantenimiento de la unidad familiar como la salud, el cuidado de los enfermos o ancianos, suelen incorporarse con frecuencia, unidades más amplias como, por ejemplo, las denominadas familias de interacción.

Se entiende por familia de interacción a “un grupo social formado por vínculos de parentesco y obligaciones recíprocas que reside en viviendas diversas, y que incluye por lo tanto variadas familias de residencia, hogares, unidades o grupos domésticos.”²²

VIII. II. RECURSOS DE LA UNIDAD FAMILIAR

Ante las situaciones de la vida cotidiana de la unidad familiar, incluyendo las contingencias críticas, ésta cuenta con recursos propios, sociales y materiales para enfrentarlas.

Los recursos propios de la unidad familiar hacen referencia a las reglas, formas de interacción, modalidades en el manejo de la economía hogareña, educación de los hijos, etc.

Los recursos sociales, red social o capital social, consisten en la red de relaciones sociales, laborales, de parentesco o de amistad, donde se

²⁰ Jelín, Elizabeth. Pan y afectos. La transformación de las familias. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires 1998. Pág. 56 - 57

²¹ Jelín Elizabeth. Idem anterior. Pág. 26

²² Wainerman, Catalina: op.cit. Pág. 185.

establecen y circulan relaciones de intercambio, reciprocidad, mutuo apoyo y solidaridad. Estas redes se comportan como sostén o soporte social al tiempo que producen una capacidad de amortiguación ante las contingencias vitales naturales o críticas que operan como desequilibrantes de la dinámica familiar.

VIII. III. ESTRATEGIAS FAMILIARES DE VIDA

En términos generales, las estrategias familiares de vida se refieren a la forma en que las familias se organizan para satisfacer las necesidades cotidianas. Es decir, siguiendo a Susana Torrado, se afirma que las estrategias familiares de vida se refieren a aquellos comportamientos de los agentes sociales de una sociedad dada que, estando condicionadas por su posición social (o sea por su pertenencia a determinada clase o estrato social) se relacionan con la constitución y mantenimiento de las unidades familiares.

Cabe agregar que estas estrategias se implementan como respuesta a las necesidades cotidianas y al conjunto de recursos disponibles: no son planificadas en base a criterios racionales de eficiencia. La utilización de las mismas varía según las etapas del ciclo de vida familiar y ante situaciones de crisis coyuntural, poniéndose en juego a través de ellas los recursos propios, sociales y materiales de que dispone la unidad familiar.

VIII. IV. LA FAMILIA Y LAS SITUACIONES LÍMITES

Habiendo desarrollado los aspectos teóricos desde el abordaje sociológico de la familia, se considerará el impacto que una situación límite produce en la misma.

Siguiendo a Carlos Eroles, se entiende por situaciones límites a “ciertas circunstancias sobrevinientes que modifican abruptamente las condiciones de vida de un grupo familiar, dificultando total o parcialmente el desarrollo de su proyecto de vida”²³.

²³ Eroles, Carlos. Familia y Trabajo Social. Un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional. 2º Edición. Ed. Espacio. Buenos Aires. 2001. p 159 – 160.

A través de esta definición, se menciona a la irrupción de la discapacidad como ejemplo de tales situaciones.

Es decir, la discapacidad de un miembro de la pareja o de un hijo, puede desajustar severamente a un grupo familiar. Un accidente de tránsito puede convertir en un discapacitado severo a un integrante de la familia que funcionaba, anteriormente, como sostén del hogar, por ejemplo.

Resulta oportuno, entonces, realizar una serie de consideraciones previas respecto al impacto de la irrupción de la discapacidad a nivel socio – familiar.

Discapacidad y aceptación son dos caras de una misma moneda que no siempre van de la mano. El rechazo hacia la situación, puede determinar situaciones de profunda frustración humana.

Ayudar desde el trabajo profesional a afrontar la discapacidad es algo mucho más importante y significativo que poder conseguir una prótesis. De lo que se trata es de apuntalar al medio familiar para el reencuentro con la vida, a partir de su nueva realidad de convivencia cotidiana con la discapacidad.

El transcurso del tiempo permite a la familia incluir en su seno a uno de sus integrantes que ahora presenta capacidades diferentes, mediante un proceso de acomodación y ajuste a la realidad inesperada, a adaptarse y vivir con el impacto que genera la discapacidad y su emergente.

Las características de la lesión medular como patología y su cronicidad, requieren de una reorganización y un cambio de ritmo familiar para la asistencia continua del paciente.

De modo que en este contexto, se generan nuevas exigencias de tiempo, necesidades diversas y cambiantes (de atención física, de cuidados constantes, de tratamientos especiales, etc.), cambios de actitudes y valores que implican un estrés adicional en las familias.

Se suman también erogaciones económicas extras para cubrir necesidades especiales del integrante discapacitado (equipamientos específicos para facilitar sus desplazamientos, traslados, adaptaciones, etc.).

Los aspectos básicos de prevención, apoyo y prevención de complicaciones secundarias, atendiendo al manejo del paciente en su vida diaria, son responsabilidades a asumir por el grupo familiar para el logro de una mejor calidad de vida.

Por lo tanto, es la familia quien lleva el peso más importante en la atención de estas personas, y debe comprender claramente cuáles son los objetivos del equipo de salud. Es decir, el entorno familiar juega un rol fundamental en el resultado, a largo plazo, del tratamiento de rehabilitación sugerido por el equipo de salud, ya que la rehabilitación como programa de trabajo, considera al individuo en relación con su entorno familiar y social.

Es preciso aclarar que las familias requieren apoyo e información precisa en todas las etapas, pero que sus necesidades van cambiando en el tiempo.

VIII. V. FAMILIA Y TRABAJO SOCIAL

En la intervención del Trabajador Social es importante preguntarse desde dónde se mira a la familia.

El modo de mirar a la familia va a depender del lugar teórico desde donde cada profesional se posicione para interpretarla.

El modo de apropiarse del objeto, en este caso de la unidad familiar, va a depender de la visión epistemológica en la que cada profesional se asiente, desde la cuál va a seleccionar determinadas categorías de análisis.

Es necesario trabajar sobre el apuntalamiento o el fortalecimiento de las relaciones vinculares en crisis o la resolución de otras situaciones conflictivas.

Se trata de que las familias puedan resolver por sí mismas, en base a su propio protagonismo sus problemas y dificultades.

La función del profesional es contribuir al fortalecimiento de los vínculos sanos, a la construcción de los consensos posibles, a partir del respeto de la libre decisión de los sujetos. Debe orientar, esclarecer, fortalecer, ayudar e incluso mediar.

IX. LA INTERVENCIÓN EN TRABAJO SOCIAL: EL ENFOQUE DE LA COMPLEJIDAD COMO GUÍA DEL QUEHACER PROFESIONAL

El Trabajo Social, según Teresa Matus, tiene por objeto atender los sectores sociales que presentan dificultades para la satisfacción de sus necesidades y requieren de un agente externo para enfrentar y superar su situación.

La satisfacción de las necesidades humanas estaría dando como resultado el *bienestar social*, el cual constituye la preocupación fundamental de la disciplina.

Ahora bien, es necesario aclarar que para intervenir es preciso comprender por qué y sobre qué se actúa.

Se parte de considerar que toda intervención es capturada desde un lugar teórico, desde un modo de ver la realidad.

Por lo tanto, siguiendo a Teresa Matus se afirma que “no hay intervención sin interpretación social”.²⁴

Según la autora “hay una relación mediada insustituible entre intervención y un sistema de comprensión social constituido al menos por cuatro dimensiones relacionadas:

- Los cambios existentes en el contexto;
- Las diversas perspectivas de teorías sociales;
- Los enfoques epistemológicos; y
- Los marcos ético – valóricos.

Desde esta perspectiva, se afirma que cada situación social se ha vuelto compleja y mayoritariamente segmentada. Es por ello que la comprensión rápida y en situación es lo que importa. Para ello el Trabajo Social debe desarrollar una mirada abarcativa y rica sobre los problemas sociales en los que interviene.

Esto depende de nuestra capacidad para una comprensión social compleja, para poder entrar en contacto con las diversas categorías que están en juego. Aquí es donde se conjugan los conocimientos de teoría social necesarios con adecuados enfoques epistemológicos y los referentes éticos puestos en acción.

Las transformaciones del contexto no son un referente descriptivo para el trabajo social, sino un núcleo sustantivo. Es a partir de la concepción que se tenga de la realidad social que asumen diversas posturas y diversas formas de intervención; es decir diversos enfoques.

²⁴ Matus Sepúlveda, Teresa. Propuestas contemporáneas en Trabajo Social. Hacia una intervención polifónica. 1º Reinpresión. Ed. Espacio Buenos Aires. 2002. Pág. 27

Se entiende por enfoque a “una modalidad que permite enfatizar una perspectiva de abordaje de la intervención profesional, frente a las situaciones problemáticas que afrontan los sujetos.”²⁵

En el presente trabajo se toma como referencia para el análisis de la intervención el *enfoque de la complejidad*, ya que se considera que éste podría constituirse en una herramienta metodológica en la comprensión del proceso salud- enfermedad sobre el cual se interviene, abriendo nuevas perspectivas que puedan ayudar a entender las verdaderas contradicciones que son necesarias analizar, en las dimensiones que intervienen en dicho proceso para demostrar por una parte, la importancia que tiene el análisis del contexto socio cultural en las realidades de la enfermedad, la cura, el tratamiento y la rehabilitación.

“El proceso salud- enfermedad humano es un proceso complejo, que integra sistemas de procesos biológicos, psíquicos y sociales y sus interacciones, que forman parte de la actividad humana y que garantizan la estabilidad o inestabilidad, la existencia o muerte del hombre y sus sistemas de relaciones, y donde los procesos sociales desempeñan un papel de determinación, pero no agotan, ni sustituyen a los procesos psíquicos o biológicos.”²⁶

Precisamente entender porqué ese problema (el proceso salud-enfermedad) puede ser calificado como complejo, exige la explicación, a partir de la cual poder comprender que se quiere decir sobre tal condición. Es indispensable explicar en sus bases qué es el pensamiento de la complejidad.

IX. I. EL PENSAMIENTO DE LA COMPLEJIDAD

El pensamiento de la complejidad surge a partir de la segunda mitad del siglo XX, como reacción necesaria ante la interpretación determinista y

²⁵ Eroles, Carlos. Familia y Trabajo Social. Un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional. 2º Edición. Ed. Espacio. Buenos Aires. 2001. Pág. 189.

²⁶ Aguirre del Busto, Rosa; Macías Llanes María Elena. Artículo: Una vez más sobre el proceso salud enfermedad. Hacia el pensamiento de la complejidad. Revista de humanidades medicas. Publicación científica del centro para el desarrollo de las ciencias sociales y humanísticas de la salud. Cuba. 2002.

reductora que caracterizó la concepción tradicional de la ciencia hasta esos momentos y provino esencialmente de los descubrimientos hechos a principios del mencionado siglo, de la física cuántica y de la genética molecular (en ellos está presente con mucha fuerza el componente aleatorio).

Tiene sus antecedentes fundamentales en la teoría informática, la cibernética y de los sistemas, a partir de las cuales se desarrollaron las teorías sobre la organización como auto-organización, fundamentándose una comprensión no lineal del conocimiento científico.

Uno de sus representantes es Edgar Morín, quien señala que: “El pensamiento complejo es un pensamiento que trata a la vez de vincular y de distinguir, pero sin desunir, que trata la incertidumbre y que señala que el dogma de un determinismo universal se ha derrumbado. El Universo es el campo de acción de una relación dialógica entre el orden, el desorden y la organización, que es competitiva, antagónica y complementaria”.²⁷

Así el objetivo de la complejidad es, por una parte unir (contextualizar y globalizar) y por otra recoger el reto de la incertidumbre. Todo su pensamiento gira en torno a la percepción de una ciencia que sea capaz de pensarse a sí misma y para ello propone un paradigma de la complejidad.

Dentro de sus tesis principales están las ideas que revelan cómo la ciencia clásica, no sólo aportó una preocupación por la verificación, que encuentra su realización en la experimentación, sino un método de pensamiento fundado en la disyunción y reducción al que llamó simplificación. La disyunción permitió el conocimiento simple y mensurable y con esto la posibilidad de su matematización. Semejante conocimiento se identificó totalmente con el orden, es decir las leyes que gobiernan la naturaleza y su determinismo universal, expulsándose de tal estilo de pensamiento, lo complejo.

Para Morin el conocimiento de lo complejo significa comprender “lo que está tejido junto” y sus rasgos principales son:

- La necesidad de asociar el objeto a su entorno reconociendo leyes de interacción que sólo tienen existencia en relación con los objetos, y éstos con sus interacciones (principio de auto – eco organización.). Aquí

²⁷ Morín E. Por un Paradigma de la complejidad y Más allá de la complicación: la complejidad. En Ciencia con consciencia. Barcelona, España: Ed. del Hombre. Enrique Granados; 1984.

se enfatiza el papel jugado por el contexto, lo que explica por qué el conocimiento de un mismo proceso, se manifiesta de manera diferente si se tiene en consideración el medio socio-cultural, pudiendo ser éste incluso determinante.

- La necesidad de unir el objeto a su observador, y en este sentido no niega la objetividad del conocimiento, en tanto reflejo de procesos que son confirmables por observadores diferentes, y que existen por último independientemente del hombre. Sino que reconoce que las estructuras del conocimiento son construcciones sociales, que dependen de las representaciones humanas, en todo un contexto sociocultural, del que el objeto no puede ser separado, introduciendo la idea de que el observador puede influir y de hecho influye en los resultados de la observación. (vínculo subjetividad – objetividad)
- Los objetos pueden ser ellos mismos sistemas, lo que significa que como un todo pueden ser más y menos que la suma de sus partes, señalando cómo surge una problemática compleja de la organización.
- Lo que Morín llama la confrontación con la contradicción, proponiéndonos la intención de acercarnos a una lógica que sea probabilística, flexible, dialéctica, y generativa. Todo lo que constituye una invitación a reconocer lo inesperado, relativo, ambiguo e incluso errático, para de algún modo perder la noción de racionalidad absoluta, defendida por la ciencia tradicional.

Desde nuestra profesión es imprescindible tener en cuenta, a la hora de intervenir que las desigualdades en salud existen en forma creciente y dependen de las desigualdades sociales.

Hay algo intrínseco en éstas que afecta a la salud: las desigualdades en salud son sobretodo un reflejo de las desigualdades sociales y económicas, producidas fundamentalmente por los diferentes niveles de riqueza de la sociedad, y otros factores no menos importantes como la educación, el desempleo, la precariedad en el trabajo, el medio laboral, la calidad de la vivienda, el medio ambiente y los diversos aspectos de la cohesión comunitaria.

Es sumamente importante reconocer que las representaciones del sujeto que enferma juegan un papel mucho más profundo que el de conocer e ignorar el proceso de su propia enfermedad.

La manera como el sujeto enfermo percibe su cuerpo, concibe la enfermedad e interpreta lo que en él ocurre, no sólo aparecerá como factor que produce externamente cambios biológicos, sino como un proceso central de su realidad de enfermar, en el momento del diagnóstico y terapéutico.

Por otra parte, sería necesario que el equipo de salud abordara la historia del sujeto en su colectividad, en medio de los complejos fenómenos sociales, económicos, políticos y culturales de la sociedad a la cual pertenece.

Como conclusión se reconoce que el pensamiento de la complejidad no elimina la certidumbre para reemplazarla por la incertidumbre, la separación para incluir la inseparabilidad, la lógica para permitirse todas las transgresiones. Por el contrario consiste en efectuar un ir y venir incesantes entre certidumbres e incertidumbres entre lo elemental y lo general, entre lo separable y lo inseparable.

El análisis del proceso salud- enfermedad, es complejo por la naturaleza misma de los variados factores que intervienen en él, por la posibilidad de la intervención de lo aleatorio en dicho proceso y por la exigencia de tomar en cuenta, la acción de numerosos factores al unísono.

IX. II. EL POSITIVISMO: UN ENFOQUE TRADICIONAL

El Positivismo es el movimiento intelectual predominante del siglo XIX y comienzos del siglo XX, cuyo principal exponente es Augusto Comte.

Se trata de una corriente o escuela filosófica, basada en la experiencia y el conocimiento empírico de los fenómenos naturales; consiste en no admitir como válidos científicamente otros conocimientos, sino los que proceden de la experiencia, rechazando por tanto toda noción a priori (juicio racional) y todo concepto universal y absoluto.

Afirma que el único conocimiento auténtico es el conocimiento científico, y que tal conocimiento solamente puede surgir de la afirmación positiva de las teorías a través del método científico.

Esta epistemología surge como manera de legitimar el estudio científico naturalista del ser humano, tanto individual como colectivamente.

La citada corriente tiene, como características diferenciadoras, la defensa de un monismo metodológico (teoría que afirma que hay un solo método aplicable en todas las ciencias). Postula que debe haber una unidad de método a pesar de que haya una diversidad de objetos. La explicación científica ha de tener la misma forma en cualquier ciencia, específicamente el método de estudio de las ciencias físico – naturales. A su vez, el objetivo del conocimiento para el positivismo es explicar causalmente los fenómenos por medio de leyes generales y universales, lo que le lleva a considerar a la razón como medio para otros fines (razón instrumental).

La forma que tiene de conocer es inductiva, despreciando la creación de teorías a partir de principios que no han sido percibidos objetivamente.

Los hechos son el objeto de la ciencia, Comte los denomina como hechos positivos, los cuales son independientes de la experiencia.

Como se expuso anteriormente, el positivismo opera a través de la inducción, es decir, se basa en hechos particulares, para observar lo que hay de “común” en ellos, lo que se repite en todos esos hechos, ya que las diferencias se pierden en el hecho mismo; por lo tanto de lo común es de lo que se vale la ciencia para poder formular leyes; se vale de lo universal que hay en cada caso particular, por eso se dice que es un proceso que va de lo particular a lo general, se opera por medio de generalizaciones empíricas.

Esta corriente tuvo un fuerte impacto en el Trabajo Social que aún sigue vigente; el surgimiento de la disciplina como tal fue coincidente con el auge de esta corriente de pensamiento, motivo por el cual sus lineamientos fueron adoptados por los autores clásicos e implicados en las intervenciones profesionales.

X. MÉTODO Y METODOLOGÍA DEL TRABAJO SOCIAL

Con fines de análisis, y teniendo en cuenta los objetivos del presente trabajo, se presentarán tres propuestas metodológicas alternativas para la intervención profesional.

Se parte del supuesto, tal como plantea Cristina de Robertis, que el Trabajo Social utiliza uno o varios métodos, y que estos pueden explicitarse,

describirse, analizarse tanto desde el punto de vista de la práctica como de la teoría.

Según la autora, puede definirse al método como “la manera en como actúa el Trabajador Social desde su primer encuentro con el asistido hasta que finaliza su acción con ese mismo asistido. Se puede dividir en diferentes fases con fines de estudio y de profundización, pero (...) se trata de enlazar cada acto profesional de naturaleza diferente, y cada etapa del método con el fin de darle, a la acción del Trabajador Social, coherencia y continuidad”²⁸.

La metodología, en cambio, nos permite delimitar y estudiar la o las maneras de actuar en Trabajo Social, la forma de proceder según un determinado orden y siguiendo ciertos principios, es decir, el método.

De acuerdo a lo expuesto, la autora propone un modelo de método en el que pueden estudiarse las siguientes etapas:

- Localización del problema social o de la solicitud: el punto de partida de la acción del Trabajador Social es el encuentro con el asistido; se requiere, por parte del profesional aclarar ¿quién solicita qué?; ¿para quién?; ¿a quién está dirigido el pedido? Este punto de partida condicionará inevitablemente la sucesión de acciones profesionales.
- Análisis de la situación: consiste en recoger información acerca de la persona, su situación, el contexto global, las instituciones y organismos sociales. Se realiza a partir de dos ejes independientes: por una parte, el análisis global del sector de intervención (sector geográfico, organismo empleador, instituciones); por otra parte la solicitud o el problema en cuestión.
- Evaluación preliminar y evaluación operativa: se trata de elaborar a partir de los elementos recogidos en el análisis de situación, una síntesis y una interpretación de los datos, de formular hipótesis de trabajo. La evaluación es una síntesis explicativa; el Trabajador Social relaciona los diferentes

²⁸ De Robertis, Cristina. Metodología de la intervención del Trabajo Social. Segunda edición. Ed El Ateneo S.L. 1987. Pág. 66

elementos que ha encontrado y las interrelaciones entre los diversos factores

• Elaboración del proyecto de intervención: esta elaboración no puede separarse de la evaluación operativa, es decir la que lleva a definir los objetivos de cambio. Supone tres operaciones fundamentales:

- 1) determinación de objetivos de intervención específicos;
- 2) determinación del nivel de intervención: es decir la definición del asistido (una familia, un grupo, una comunidad);
- 3) la elección de los tipos de intervención o de las estrategias.

• Puesta en práctica del proyecto común: el Trabajador Social utiliza diferentes formas de intervención en función de los objetivos de cambio perseguidos y del tipo de intervención escogido.

• Evaluación de los resultados: consiste en evaluar los cambios que se produjeron en la situación entre el comienzo y el final de la intervención. La evaluación de los resultados puede ser parcial, en el transcurso de la intervención con el fin de hacer un balance y reajustar, eventualmente los objetivos de trabajo, o final cuando se trata de finalizar la intervención.

• Finalización de la acción: la intervención del Trabajador Social en una situación individual o familiar tiene que estar limitada en el tiempo

Vale aclarar que, tal como lo plantea De Robertis, las citadas fases pueden dividirse para fines de estudio pero, en la práctica, son simultáneas, se presentan en el mismo momento.

Por su parte, y como segunda propuesta de este apartado, Margarita Rozas Pagaza define al proceso metodológico como "la secuencia de tres momentos: *inserción, diagnóstico y planificación*, que generalmente se dan en la intervención profesional."²⁹

²⁹ Rozas Pagaza, Margarita; Una perspectiva teórico – metodológica de la intervención profesional; Ed. Espacio; Buenos Aires; 1998; Pág. 75

Esos momentos se pueden recrear en el nivel grupal, individual o comunitario.

Según la autora, para comprender la secuencia lógica del proceso metodológico de intervención, es necesario partir de la complejidad existente en la construcción del campo problemático en la intervención. Esta complejidad es expresión de un conjunto de dimensiones de la “cuestión social” que, para el Trabajo Social se expresa en la relación contradictoria entre sujeto y necesidad.

Dicha relación es el eje que orienta la direccionalidad de la intervención profesional.

Se sostiene que el inicio metodológico de la intervención empieza por un recorte geográfico y social del contexto en el cual el profesional inicia su práctica. Ello significa, iniciar un proceso en el que se interrelacionan los actores en función de su relación con sus necesidades.

- La inserción: el significado metodológico de este momento consiste en iniciar el conocimiento del contexto particular de la intervención a fin de establecer una ubicación profesional y una mirada estratégica de dicha ubicación.

El proceso de ubicación significa situarse frente y en interrelación con los actores de la intervención profesional que son: los sujetos con sus demandas, la institución con sus propias demandas y su racionalidad respecto a la relación de los sujetos con sus necesidades y, finalmente, el Trabajador Social con su conocimiento específico para analizar esa relación sujeto – necesidad como expresión complejizada de la cuestión social.

En fin, es la instancia de búsqueda del *sobre qué* de la intervención. Significa preguntarse por las necesidades de esos sujetos como elemento fundamental en la construcción del campo problemático.

- El diagnóstico: desde esta perspectiva teórico – metodológica, el diagnóstico es un momento de síntesis del conocimiento que se inicia en la inserción y fundamenta la problemática central que estructura el campo problemático de la intervención. Es una instancia en la que se explicitan los nexos de la “cuestión social” relacionada a la satisfacción de las

necesidades de los sujetos y que, a su vez, permite tener explicaciones teóricas sobre la realidad particular, posibilitando reorientar los objetivos y una estrategia de intervención profesional.

- La planificación: desde la perspectiva de la autora, el significado que adquiere la planificación está sustentado en una concepción de planificación estratégica que, por sus características, le permite articularse permanentemente a la comprensión de la intervención profesional.

La planificación estratégica esta orientada a generar un proceso de elaboración y toma de decisiones, a partir de la interacción de los actores y el conocimiento fundamentado de la realidad; cumple funciones prácticas con la posibilidad de constituirse en instrumento útil, cuya validez social está fundamentada en la eficacia de la solución a las demandas que los actores sociales presentan.

Metodológicamente, se puede decir que la demanda de estos actores, entendidas como expresión de necesidades, constituyen el aspecto fundante del objeto de intervención profesional, en el cual la planificación permite ordenar las acciones de esos distintos actores en función de objetivos específicos que orientan el desarrollo del ejercicio profesional y donde la participación de los actores a partir de un proceso real de elaboración y toma de decisiones, determina la viabilidad de la misma.

Cabe, por último, señalar que la planificación se va modificando permanentemente en la medida que es un proceso que sigue los condicionamientos de una realidad en la que los actores complejizan la operatividad técnica de un proyecto, por lo tanto, es necesario evaluar frecuentemente las condiciones de esa operatividad.

Finalmente, y como última propuesta metodológica se hará referencia la desarrollada por Olga Vélez Restrepo, quien plantea que los diferentes enfoques y perspectivas presentes en las Ciencias Sociales, confirman la presencia de variados encuadres o miradas desde los cuales se conciben y soportan las estrategias de acción social desarrolladas por la profesión.

Según la citada autora, el término *“intervención”*, tan ampliamente utilizado en el lenguaje profesional para designar la acción desarrollada en la práctica por el Trabajo Social, se torna problemático y restrictivo desde el punto de vista epistemológico y operativo, haciéndose necesario su cuestionamiento.

La connotación positivista presente en dicho término, con que se define todo lo referente a la Metodología del Trabajo Social, esta fundamentada en un imaginario ideológico que subordina la práctica profesional a visiones externalistas de manipulación, control o cosificación de las personas y de las situaciones.

Por lo expuesto, Vélez Restrepo propone el reemplazo del término *“intervención”* por el *“actuación”*, entendiendo la misma como *“el conjunto de actos, prácticas y procesos condicionados por interacciones y mediaciones sociales que estructuran la especificidad del Trabajo Social, y cuya elección no es ajena a las nociones, visiones o posturas que se tengan. La actuación profesional tiene un marco intencional estructural y contextual que la hacen posible. El carácter simbólico y la finalidad, orientación o intencionalidad definen el sentido de la acción.”*³⁰

Así, toda acción está respaldada por una concepción, y la selección de las estrategias de actuación profesional está basada en las nociones, imágenes y representaciones que sobre lo social y el Trabajo Social se tiene en un determinado momento histórico.

En su concepción, el método de actuación profesional, se presenta como un proceso; esto significa, incorporar en su implementación, perspectivas dinámicas y dialogantes que permitan superar concepciones esquemáticas y secuenciales.

De esta manera, la autora plantea que podemos identificar diferentes fases o momentos en los métodos de actuación profesional; ellos son:

³⁰ Vélez Restrepo Olga; Reconfigurando el Trabajo Social, Perspectivas y Tendencias Contemporáneas. Ed. Espacio; 2003; Pág. 54.

- El estudio: se apoya en el razonamiento analítico para obtener un encuadre general de la situación y desarrolla operaciones de carácter investigativo;
- El diagnóstico: da cuenta del conjunto de conceptualizaciones y tareas cognitivas de aprehensión de la realidad que, mediante razonamientos de tipo reflexivo, permiten describir y caracterizar la situación específica a abordar.
- La planificación de la acción: debido a que se aborda un problema específico que requiere respuestas profesionales, su finalidad es inminentemente práctica y los criterios que la orientan son de carácter funcional; aquí se determina el rumbo de las acciones a desarrollar y se utiliza un razonamiento de tipo analítico.
- La ejecución: es la puesta en marcha u operacionalización de la acción de acuerdo a los fines, objetivos y metas; las acciones profesionales, propias de este momento, se encaminan hacia el desarrollo de las alternativas o acciones mejoradoras según el tipo de actuación profesional que se haya privilegiado (de prevención, atención, educación, promoción).
- La evaluación: es una etapa eminentemente reflexiva que tiene como finalidad la constatación de los progresos y dificultades obtenidos para el logro de los objetivos. Involucra el control de la acción planificada, de tal manera que el curso de dicha acción no se desvíe de su propósito central. Más que como una etapa, la evaluación debe asumirse como un proceso progresivo de revisión y análisis que permita identificar posibles errores o limitaciones o introducir las modificaciones necesarias.
- La sistematización: permite reflexionar y recuperar analíticamente el proceso o experiencia, haciendo uso de la teorización.

La autora ha incorporado la sistematización al proceso metodológico, lo que generalmente no está presente en las operaciones básicas del método; destacando la importancia que la recuperación crítica del proceso puede

representar para la cualificaron del ejercicio profesional y para las complejas realidades sociales que el método tiene que enfrentar.

XI. TIPOLOGÍAS DE ACTUACIÓN PROFESIONAL

Continuando con la orientación teórica de Olga Vélez Restrepo, se presentan diferentes tipologías de actuación profesional:

- **La prestacional:** es una actuación de carácter asistencial; esta orientada a la satisfacción de necesidades básicas, mediante la prestación de servicios sociales a personas o colectivos sociales que requieren de respuestas inmediatas para enfrentar el advenimiento de una crisis o situación especial.

- **La promocional:** se caracteriza por el énfasis en el desarrollo social y humano, considerando al individuo como constructor de la realidad y sujeto activo de su propio bienestar. Está orientada a potenciar las capacidades individuales y los recursos colectivos para mejorar o satisfacer las necesidades humanas y sociales, colocando especial énfasis en la capacidad de respuesta que las personas, grupos y comunidades despliegan para asumir los cambios y superar las dificultades. El Trabajo Social Promocional se basa en la motivación, la participación activa, la autogestión y la autonomía como principios reguladores de la acción social, y orienta la actuación hacia la organización y promoción de los individuos, grupos y comunidades.

La educación y la capacitación como estrategias de acción cumplen un papel importante en este tipo de actuación profesional.

- **La preventiva:** opera en el terreno de la actuación precoz o anticipada sobre las causas generadoras de determinados problemas con miras a evitar su aparición. Enfatiza en el acondicionamiento de los recursos humanos, sociales e institucionales y en la estimulación de actitudes proactivas que permiten a las personas prepararse para disminuir o contrarrestar la vulnerabilidad social frente a ciertos eventos.

La prevención reconoce como principios rectores de la acción social la capacidad interna de la autorregulación, presente tanto en los individuos como

en las colectividades y apela a la educación como estrategia clave de la práctica profesional.

- La educativa: la función educadora está presente como estrategia de acción en varias modalidades del ejercicio profesional. La educación en su forma más compleja re – sitúa los roles antes ejercidos por el Trabajador Social, dando cabida a un tipo de metodología donde el papel del profesional se ubica en el acompañamiento a procesos individuales y colectivos que permitan subvertir lo establecido para permitir la reproducción y generación de actitudes y valores constructores de sujetos, identidades y subjetividades.

XII. EL DIAGNÓSTICO

Se entiende al diagnóstico como “momentos del proceso de intervención social”³¹ y en este sentido se pretende superar una concepción etapista y mecánica, que lo despoja de su esencialidad dinámica e inacabada; el diagnóstico concebido como actividad anterior y producto concluido en relación a los procesos de intervención, pone en riesgo la eficacia misma de dicha intervención. Desde esta perspectiva se sostiene que el diagnóstico constituye un momento específico que se contextualiza en el momento de la inserción profesional, pero que se enriquece con la información sintetizada en otros varios momentos durante todo el proceso de intervención.

En su forma más elemental, el diagnóstico es un conjunto de descripciones que permiten construir significados respecto de los fenómenos sociales. Estos significados pueden alcanzarse porque existen, previamente, un conjunto de teorías que proponen una explicación universal respecto de problemáticas determinadas. En este sentido el diagnóstico no descubre nada, sino que da cuenta de la existencia de hechos particulares, permitiendo identificar a tales hechos como problemas o “no problemas.”

La situación es entendida como problema cuando se la evalúa como mala o regular; es una situación insatisfactoria.

³¹ Escalada Mercedes y otros; El Diagnóstico Social. Proceso de Conocimiento e Intervención Profesional; Ed. Espacio; 1° reimpresión; Buenos Aires; 2004. Pág. 12.

Así, siguiendo a Mercedes Escalada, se afirma que la calificación de la situación es, desde el punto de vista del quehacer científico, un aspecto muy delicado; implica por su propia naturaleza una valoración. De ahí que la conclusión diagnóstica como juicio es un juicio de valor.

Este aspecto requiere mucha atención, ya que el equilibrio entre la información objetiva y la valoración es difícil de mantener. La deficiente presencia de valoración conduce al dato carente de significado y la deficiente presencia de información conduce a la calificación prejuiciosa.

XII. I. LA INVESTIGACIÓN DIAGNOSTICA Y EL ANÁLISIS DE SITUACIÓN

La investigación diagnóstica supone el análisis de situaciones. El análisis de situación es un momento complejo que nos desafía a conocer lo que está sucediendo en una determinada situación, incluyendo lo que le está sucediendo a quienes están actuando sobre y dentro de los límites de esa realidad.

De acuerdo al planteamiento de Mario Róvere, “el análisis situacional implica un conjunto de procesos específicos, los cuales se articulan en la totalidad del proceso de investigación diagnóstica”.³²

- 1) identificación de la problemática que constituye el objeto global de transformación del proceso de intervención;
- 2) delimitación del campo que contiene esa problemática;
- 3) ubicación de las manifestaciones y/o características de esa problemática;
- 4) identificación de los actores sociales importantes que puedan impedir o permitir que se alcancen los objetivos;
- 5) análisis de la problemática desde el código operativo de los actores (posición del actor, recursos, valores, intencionalidad, experiencia);
- 6) observación de la correlación de fuerzas de cada uno de los actores identificados;
- 7) análisis sincrónico de cómo la situación llegó hasta el punto que se examina y que dinámica puede seguir. Es decir, interpretar el movimiento de la situación y su desarrollo tendencial.

³² Idem. Pág. 76.

La investigación diagnóstica permite comprender los hechos sociales “contextuados”, brindando un doble resultado. Por un lado, una cosmovisión dinámica de los problemas sociales y las determinaciones de éstos, desde los cuales se pretende generar un proceso de intervención profesional. Por otro lado, permite delimitar los espacios estratégicos para la acción.

Desde esta perspectiva de investigación diagnóstica se entiende por “problema social” a una “brecha entre la realidad o un aspecto de una realidad observada y un valor o deseo de cómo debe ser esa realidad para un determinado observador” (Róvere: 1993, 13).

En este sentido, los problemas, para ser considerados problemas sociales, exigen ser problematizado por los sujetos sociales.

Una vez que el problema ha sido identificado y delimitado, se necesita una definición operativa y precisa del mismo; es decir una clara referencia espacio– temporal y la precisión de para quién es un problema.

Es necesario tener en cuenta que todos los fenómenos de la realidad están en permanente cambio. Si hay permanente cambio, entonces los fenómenos están en constante movimiento.

Aunque se pone énfasis en el momento de diagnóstico como evaluación de las situaciones iniciales y de los procesos de intervención social, se entiende que es necesario promover permanentes interacciones entre los momentos que integran el proceso metodológico, de tal manera que se integren en una unidad de acción / conocimiento / dirección, retroalimentándose en el proceso de intervención social.

Por último, vale aclarar que cada tipo de institución u organismo debe elaborar una matriz específica para la elaboración diagnóstica, describiendo los tipos de datos que se requieren en función de la realidad empírica sobre la que se trabaja y en función de los marcos de referencia y especificidad institucionales.

XIII. EL INSTRUMENTAL

La metodología está íntimamente ligada con lo instrumental.

Siguiendo a Vélez Retrepo, se afirma que “lo instrumental esta referido a aquel conjunto de operaciones específicas que el profesional realiza para lograr

el cumplimiento de los objetivos propuestos”³³; es lo más concreto del ejercicio profesional y da cuenta de cómo se realiza la acción social. Está asociado con operaciones concretas que se tienen que realizar y con las técnicas e instrumentos a emplear.

El uso de esas técnicas está vinculado con las concepciones y visiones que se tienen para la práctica profesional y la realidad social, no estando aisladas de los contextos donde se aplican, ni de los postulados teóricos o metodológicos que las fundamentan.

El instrumental se construye permanentemente, en el proceso mismo de la actuación profesional, abarcando técnicas, conocimientos y habilidades.

De acuerdo con la citada autora, las instituciones, en su calidad de organizaciones sociales, y los profesionales, como sujetos de acción, son los llamados a construir un instrumental que tome en consideración el sentir y las necesidades de los actores involucrados en los procesos sociales y que aporten a la construcción del conocimiento, a la configuración de los sujetos sociales y a garantizar la pertinencia social de los proyectos y programas.

Asimismo, las técnicas e instrumentos utilizados por el Trabajo social en sus procesos de actuación profesional, operan como dispositivos de producción y regulación de las situaciones sociales que se provocan al interior de determinados marcos comunicacionales e interaccionales. Como generadoras de situaciones y actos de comunicación, las técnicas posibilitan la lectura, comprensión y análisis de los sujetos, contextos y situaciones sociales donde se actúa, siendo inconveniente asumirlas como simples recolectoras de información.

Así, puede afirmarse que dichas técnicas no son neutrales, ellas están ligadas a subjetividades específicas y desde ahí son conducidas y orientadas. Las posturas positivistas que, en busca de una “objetividad científica” proclaman la neutralidad de las técnicas, incurren en el peligro de la manipulación o cosificación del otro, reduciéndolo a un dato o a una respuesta.

Los procesos de implementación de las técnicas están mediados por los procesos de comunicación que se establecen con el otro. La distancia que

³³ Vélez Restrepo Olga; Reconfigurando el Trabajo Social, Perspectivas y Tendencias Contemporáneas. Ed. Espacio; 2003; Pág. 97

existe entre la explicación y la comprensión de la persona, plantea la necesidad de reconocer al otro en su calidad de sujeto y protagonista de la acción.

A los fines del presente trabajo, se hará referencia a tres técnicas fundamentales en la actuación profesional. Ellas son:

- La entrevista: como herramienta de actuación profesional tiene un gran valor pragmático y cognitivo. A través de la información e interacción generadas en ella, es posible develar lógicas de reconstrucción, de prácticas sociales, vivencias, experiencias de los sujetos sociales y todo un sistema de representaciones que dan cuenta del mundo social. Las preguntas que orientan la misma, están referidas a comportamientos pasados, presentes y futuros y se ubican en el orden de lo realizado o realizable, construyendo así nuevos escenarios posibles o deseables.

- La observación: se insiste en la necesidad de utilizar la entrevista y la observación de manera complementaria, evidenciando el estrecho vínculo que la realidad social establece entre actos y palabras.

Así, se considera que la observación es una estrategia de actuación profesional que posee la virtud complementaria de ampliar las perspectivas y visiones sobre los problemas sociales, siendo más funcional utilizarla confrontando o ratificando las informaciones o elementos que otras técnicas o herramientas proporcionan.

La observación, como técnica de actuación profesional, puede ser utilizada de múltiples maneras y todas ellas aportan elementos de gran utilidad para la comprensión de lo social y para el desarrollo de propuestas de acción. Como actitud cognitiva intencional, difiere del mirar, y está orientada de manera consciente mediante un esquema de trabajo explícito. Es un proceso de atención intencionada, orientada por fines y objetivos determinados y a través del cual se genera información sobre las prácticas, actitudes, situaciones y escenarios de los sujetos sociales.

- El registro: el registro “es parte de la intervención profesional, no solo identifica la unidad de atención, sino que informa acerca de ella” (Kisnerman N.; 1986: 80). Permite dar cuenta de los detalles de la intervención desde su

inicio hasta su finalización, resultando un instrumento de vital importancia para su análisis.

XIV. LA SISTEMATIZACIÓN

Siguiendo el planteo teórico de Antonio Sandoval Ávila, se considera que la sistematización, participa de ciertos rasgos comunes con otras actividades dirigidas hacia la adquisición y profundización de conocimientos; que tratan de recuperar conocimiento a partir de ciertas prácticas.

Según el autor, "la sistematización relaciona los procesos inmediatos con su contexto, confrontando el quehacer práctico con los supuestos teóricos que lo inspiran"³⁴; es decir, se centra en la dinámica de los procesos que se llevan a cabo.

La mejor motivación para llevar a cabo una sistematización es descubrir que lo que se hace todos los días está lleno de enseñanzas, y que simplemente hace falta proponerse aprender de ellas haciendo preguntas a la práctica.

En la sistematización se ha puesto énfasis en cuatro aspectos:

- La reconstrucción ordenada de la práctica: lo cual alude a un aspecto que pretende ordenar u organizar lo que ha sido la marcha, los procesos, los resultados de un proyecto, buscando en tal dinámica las dimensiones que pueden explicar el curso que asumió el trabajo realizado y el significado que ha tenido dicho proceso para los actores involucrados en el.
- La producción de conocimientos: la sistematización es un proceso permanente, acumulativo de creación de conocimientos a partir de la práctica de intervención en una realidad social, como un primer nivel de teorización sobre la práctica. Representa una articulación entre la teoría y la práctica y sirve a dos objetivos: mejorar la práctica y enriquecer, confrontar y modificar el conocimiento teórico existente, contribuyendo a convertirlo en una herramienta útil para entender y transformar la realidad.
- La conceptualización de la práctica: es uno de los propósitos principales de la sistematización, para poner en orden todos los elementos que intervienen en

³⁴ Sandoval Ávila, Antonio. Propuesta Metodológica para Sistematizar la Práctica Profesional del Trabajo Social. Ed Espacio. 1° reimpresión. Bs. As. 2005. Pág. 114

la práctica, articulados en un todo en el cada una de las partes ubiquen su razón de ser, sus potencialidades y limitaciones; en una búsqueda de coherencia entre lo que se pretende y lo que se hace.

En general, se sistematiza para comunicar, para socializar la experiencia; interesa explicar la lógica del sentido que hay detrás de las actividades que se desarrollan y que inciden en las opciones que se asumen en el curso de la práctica. Detrás de lo que se dice de una práctica están los principios que organizan su acción; comprender esos principios que, por lo general, no se explicitan, es aproximarse a los criterios que generan la práctica.

La sistematización pretende dar cuenta de esa interacción; implica un proceso de reconstrucción de lo que los sujetos saben de su práctica; una reflexión sobre cómo conocen y como actúan en relación a la practica que promueven.

En resumen, la sistematización es una interpretación crítica de la práctica que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción descubre o explicita la lógica del proceso vivido, los factores que han intervenido en él, cómo se ha relacionado entre sí.

Ahora bien, ¿para qué sirve sistematizar?

- a) para tener una comprensión más profunda de las prácticas que se realizan con el fin de mejorarlas; la sistematización posibilita comprender cómo se desarrolló la práctica, por qué se dio de esa manera y no de otra; los cambios que se produjeron; la relación entre las distintas etapas del proceso; qué elementos han sido mas determinantes que otros y por qué; etc.
- b) Para compartir con otras experiencias similares las enseñanzas surgidas de la práctica y ponerlas en el tapete de la reflexión;
- c) Para aportar a la reflexión teórica y, en general, a la construcción de teoría, conocimientos surgidos de las prácticas sociales concretas.

Puede afirmarse que la sistematización, entonces, no es acumulación de información, sino que supone relacionar con el contexto, analizar, ver causas, consecuencias, historia; y para ello se requiere de un marco teórico.

SEGUNDA PARTE

I.NA.RE.PS: características de
la Institución sede

I. LA INSTITUCIÓN:

Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísico del Sur

“Dr. Juan Otimio Tesone”

(I.Na.Re.P.S.)

Tipo de Institución: Pública

Dependencia: Ministerio de la Salud y Acción Social de la Nación

Cobertura: Se inserta en el Sistema Nacional de Salud, cubriendo el Sur Argentino en Rehabilitación, actuando como receptor de alta complejidad, siendo común la derivación desde de la Patagonia, de la zona de La Pampa o Cuyo, del Sur de la Provincia de Buenos Aires y de Mar de Plata y su zona de influencia (Partido de la Costa, General Madariaga, Partido de Mar Chiquita, Balcarce, Tandil y Necochea, etc.).

Población beneficiaria: Niños, jóvenes y adultos con discapacidad física.

Ubicación: Ruta 88 Km 4,5 Mar del Plata. Provincia de Buenos Aires. Argentina

Teléfonos:

0223- 482- 0011/12/13 – Conmutador

0223- 465- 4444 - Turnos

Tel – Fax: 0223- 465 -1068 – Dirección

E-mail: dirección@inareps.gov.ar

I. I. RESEÑA HISTÓRICA DE LA INSTITUCIÓN

Por el año 1950 no existía en nuestro país ninguna institución oficial dedicada integralmente a la rehabilitación de lisiados. Sólo esfuerzos aislados de algunas instituciones privadas daban cumplimiento limitado a estas tareas.

En este contexto se crea, en la ciudad de Mar del Plata una entidad sin fines de lucro, el Centro de Rehabilitación para Niños Lisiados, que adopta la sigla de CERENIL. La iniciativa deviene de un grupo de padres con alto poder adquisitivo, cuyos hijos padecían la enfermedad de poliomielitis; quienes conforman una cooperadora para la sustentación de dicho centro.

Unos de los principales pilares del proyecto fue el Dr. Juan Otimio Tesone³⁵, quien siendo un especialista en la temática, concurre a Estados

³⁵ Médico argentino especializado en ortopedia y rehabilitación.

Unidos con el objetivo de instrumentarse con metodologías de intervención que luego serán desarrolladas en la institución.

A partir de la creación de la vacuna contra la poliomielitis, se ve reducido el número de afectados por la enfermedad, hasta su erradicación; motivo por el cual la comunidad deja de colaborar con el centro, sin efectuarse nuevas demandas.

Al iniciar la década del '70 la República Argentina entra en grandes luchas políticas y socioeconómicas y como consecuencia de ello, CERENIL, comienza a padecer serios problemas económicos. Ante esta situación ni el Estado Municipal, ni el estado Provincial, se hacen eco de la problemática institucional, transfiriéndose el Sanatorio Escuela a la administración Nacional; tomando a partir de 1976 la denominación de "Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur" (I.Na.Re.P.S.), dependiente del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.

Estos factores, conllevan hacia la necesidad de redefinir la función y los objetivos de la institución, respondiendo a la demanda de diversas patologías discapacitantes, que requieren tratamiento de rehabilitación según el contexto socio-histórico.

I. II. OBJETIVO INSTITUCIONAL

El objetivo de la institución es lograr la rehabilitación integral del paciente discapacitado, brindando el apoyo científico que la familia requiera y tratando de efectuar la educación comunitaria básica tendiente a que la sociedad tenga conciencia de su responsabilidad ante la población con algún tipo de discapacidad.

I. III. MODALIDAD DE TRABAJO

La modalidad de trabajo, es la de un *equipo interdisciplinario* que se orienta de acuerdo a los valores remanentes que posee el *paciente* y con la participación activa de la familia.

Las disciplinas de este equipo son: enfermeros, terapeutas ocupacionales, terapeutas físicos, kinesiólogos o fisioterapeutas,

fonoaudiólogos, psicólogos, trabajadores sociales, médicos, y ortesistas protesistas.

Las especialidades médicas con las que cuenta son: fisioterapia (medicina física y rehabilitación), ortopedia, neurología, clínica médica, pediatría, urología, ginecología, cardiología, neumonología, reumatología, oftalmología, cirugía plástica, psiquiatría, odontología, bioquímica, farmacia, cirugía y radiología.

I. IV. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DESTINATARIA

Las personas derivadas a la institución, padecen discapacidades físicas que, en la mayoría de los casos afectan, su movilidad e independencia.

Las patologías, sobre las cuales se asientan las demandas son: lesionados medulares severos, secuelas de traumatismo encefalocraneanos, amputados, reumáticos, secuelas de accidentes de tránsito, secuelas posquirúrgicas, hemiplejías, mielomeningocele, secuela de poliomielitis, esclerosis múltiples, accidentes cerebrovasculares, parálisis cerebral, etc.

I. V. FORMAS DE INGRESO

El paciente puede ingresar:

- a) Para tratamiento como internado: utilizando como vía de entrada el Comité de Admisión y Egresos, que en forma multidisciplinaria estudia y selecciona cada caso.
- b) Para tratamiento ambulatorio: a través del consultorio Externo, después de un exhaustivo estudio efectuado por diversas especialidades, según el tipo de patología discapacitante.

I. VI. TIPOS DE ATENCIÓN

- *Prevención*: se desarrolla por Consultorios Externos de Atención Primaria en la cual se realizan consultas de Pediatría, Clínica Médica. Odontología, Ginecología, con la apoyatura del Departamento de Estadística y el Servicio Social, destinado a todo el radio de influencia de la Institución (Barrio Bosque Grande, El Gaucho, San Antonio, Las Heras, Las Dos Marías y Belgrano), formando parte del programa en forma conjunta Nación - Provincia – Municipalidad.

- Rehabilitación: se efectúan todas las gamas terapéuticas dentro del campo de la Medicina Física y Rehabilitación, desde el tratamiento físico y fisioterapéutico hasta la cirugía de rehabilitación; realizándose estudios diagnósticos tales como: Ecografías, Electroencefalografías, Electromiografías y terapéuticos como Electroestimulación.

- Educación:

1- En el servicio de Orientación y Rehabilitación Profesional se efectúa, previa evaluación de Terapia Ocupacional, una orientación básica en disciplinas tales como: carpintería, ebanistería, dactilografía, bijouterie, artesanía en nudos y encuadernación, computación y música.

2- Por un convenio con la Dirección de Ecuación Especial de la Provincia de Buenos Aires, funciona dentro de la Institución la Escuela de Educación Especial N° 501, que recibe en sus aulas a paciente alumnos con trastornos del aparato locomotor, cubriendo toda la educación primaria. Asimismo, funciona en horario vespertino una Escuela para Adultos, cubriendo el mismo nivel.

3- Cumpliendo acciones de Ecuación y Terapia de las patologías se trabaja en reuniones grupales de autoayuda, destinados a pacientes ostomizados, obesos, reumáticos, etc.

- Docencia: todas las áreas del INAREPS, cuentan con programas de residencias, pasantías y concurrencias como instancias de capacitación.

- Investigación: Periódicamente se renuevan los Convenios Marco de Reciprocidad, en Investigación y Cooperación, con: el Instituto Nacional de Epidemiología Dr. Juan H. Jara (INE); con la Universidad Nacional de Mar del Plata, con la Secretaría de Calidad de Vida dependiente de la Municipalidad de General Pueyrredón, y con Universidad FASTA.

- Extensión Comunitaria:

- Espacios recreativos y deportivos para la niñez, utilizando dos canchas de fútbol que la institución posee dentro del predio, que cumplen con el objetivo de integración y comunidad recíproca.

- Reinserción Laboral: la Institución cumple con la disposición de la ley 22.431, incorporando como personal de planta a agentes discapacitados.

- Se efectúa el examen médico correspondiente a la tramitación del otorgamiento de automotores para discapacitados, de acuerdo a la ley 19.279, trámite que luego finaliza en la Dirección Nacional de Rehabilitación.

I. VII. ORGANIGRAMA Y ESTRUCTURA

El I.Na.Re.P.S, cuenta con un Director y dos Directores Asistentes (uno médico y uno administrativo); a este nivel actúa una delegación de SIGEN (Sindicatura General de la Nación) como Unidad de Auditoría Interna constituido por un contador, un abogado y un médico.

Existen dieciocho (18) Comités Asesores; tres (3) Departamentos Médicos y un Coordinador de Departamentos Técnicos que coordina los Departamentos de Enfermería, Estadística, Alimentación y Servicio Social; cuatro (4) Departamentos de Administración y uno (1) de Mantenimiento y Servicios Generales.

Actualmente, la Dirección del Instituto se encuentra a cargo de la Directora Interina Dra. Nora Tognetti.

I. VIII. COMITÉS INTERDISCIPLINARIOS

Debido a la modalidad de trabajo, y en función del abordaje interdisciplinario de cada paciente, se desarrollan diferentes comités, teniendo cada uno de ellos objetivos específicos en relación al paciente:

-Comité de Admisión y Egresos: conformado por Jefe de Departamento Medicina Física y Rehabilitación (responsables del comité), Jefe de División Fisiatría (medico que efectuó la primer consulta), Jefe de División Kinesiología o de Unidad Terapia Física, Jefe División Enfermería, Jefe División Servicio Social y Jefe Sección Terapia Ocupacional. La misión de este comité es

efectuar la evaluación global del paciente cuya internación se solicita, en base a los datos completos de la historia clínica, elaborada por médico en primera consulta. Se analiza la parte médica y social, teniendo primordial importancia, los objetivos trazados, las metas a lograr y fundamentalmente, a donde regresará el paciente a su egreso.

-Comité de Coordinación de Horarios: esta conformado por todos los servicios técnicos del equipo de rehabilitación y con la finalidad de tener un rendimiento con eficiencia y eficacia en el tratamiento del paciente, aprovechando al máximo los valores remanentes del mismo, coordinando día y horario del tratamiento, entrevistas de evaluación y control; teniendo en cuenta las posibilidades del paciente. Se trata de que la persona tenga en el mismo día todas las actividades en horarios correlativos.

-Comité de Evaluación: con la finalidad de efectuar un buen programa de rehabilitación, se evalúa a cada uno de los pacientes que ingresan a tratamiento, demarcando en que áreas deberá ser atendido, cual será el objetivo previsto, que tiempo probable y con que periodicidad hasta que se pueda inferir el pronóstico.

-Pase de Sala de Pacientes Internados: se realiza semanalmente con el objetivo de exponer el estado actual del paciente, su evolución, se evalúe sobre lo actuado, se tracen objetivos o se replaneen adecuándolos a la evolución del mismo

-Comité de Historias Clínicas: tiene como objetivo supervisar las historias clínicas a fin de asegurar que todos los detalles pertinentes sean registrado y que haya suficiente información para evaluar el cuidado dado al paciente.

II. SERVICIO SOCIAL

II. I Reseña Histórica del Servicio Social del I.Na.Re.P.S

El Servicio Social estuvo presente desde los inicios de la institución, en el año 1956, cuando esta llevaba el nombre de Centro de Rehabilitación para Niños Lisiados (CERENIL),

Desde entonces, la función del Asistente Social fue evolucionando, desde un rol netamente asistencial y pro-médico, centrado en el eje de la respuesta al tratamiento, hacia otro más activo y de cambio, que considera al paciente y a su familia. Esto se corresponde, con el surgimiento de nuevas conceptualizaciones y corrientes de pensamiento en la disciplina y con los cambios políticos, sociales y económicos en el ámbito nacional.

En el año 1992, dado el contexto político económico en el que se plantea la transferencia de las instituciones nacionales hacia organismos provinciales, comienza al interior del Servicio Social del instituto, un cambio de perfil, iniciando un movimiento de lucha político institucional, con el propósito de cumplir tanto con la defensa de la institución y su perfil en el ámbito de la Nación, como en la protección de los derechos de las personas con discapacidades.

II.II. ORGANIZACIÓN Y ESTRUCTURA DEL SERVICIO SOCIAL DEL I.Na.Re.Ps

El Departamento de Servicio Social esta integrado por seis Lic. en Trabajo Social y una secretaria administrativa. La jefatura del mismo esta a cargo de la Lic. Virginia Palomino.

Por otro lado, el Instituto cuenta con un Programa de Internación Domiciliaria, que esta a cargo de las Licenciadas Adriana Lagos y Silvia González. Los días miércoles, un equipo interdisciplinario concurre a evaluar a pacientes internados en diferentes nosocomios (HIGA, HIEMI, etc.), que solicitan la derivación de pacientes hacia el Instituto. Desde el Servicio Social, esta actividad está a cargo de la Lic. Marcela Villarreal. Asimismo, cabe mencionar que tanto las Lic. Silvia González, Marcela Villarreal como la Lic.

Claudia Corti, se encuentran a cargo de la atención de los pacientes internados y ambulatorios.

El Servicio Social es responsable de asesorar a los pacientes y /o familiares de los mismos en todos los aspectos relacionados con el trámite de admisión al hospital. Además este sector deberá hacer conformar el compromiso del alta, firmado por el familiar más directo del paciente.

El Servicio Social como miembro del equipo de Salud, actúa como nexo entre la Institución, el paciente, la familia y la comunidad.

Su función es normativa, educativa, orientadora y promotora del desarrollo integral de la persona.

II. III. OBJETIVO GENERAL

“Contribuir al logro de los objetivos institucionales participando con el equipo interdisciplinario en el proceso de rehabilitación, a través del desarrollo de las potencialidades del paciente, su familia y comunidad utilizando la educación como principal herramienta de trabajo, y seleccionando adecuadamente las técnicas de intervención sobre la base de procedimientos propios de la Investigación social, Planificación, y Administración en Servicio Social.

II. IV. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

A nivel Individual:

-Evaluar las necesidades del paciente, los recursos existentes y potencialidades que dispone.

-Conocer la red primaria del paciente, su dinámica y la calidad de los vínculos establecidos.

-Orientar y apoyar al paciente y su grupo familiar durante la rehabilitación y después de ella promoviendo el desarrollo integral de la persona.

-Motivar al grupo familiar para lograr su participación activa en el plan de rehabilitación y en la incorporación de hábitos que fomenten la calidad de vida.

-Atender la problemática social que surja durante la rehabilitación del paciente, especialmente con aquellos provenientes de zonas lejanas, a fin de evitar la desvinculación de su grupo familiar y social.

A nivel Grupal:

-Integrar al paciente al medio a través de actividades mediatizadoras, sean éstas educativas, recreativas, culturales, laborales, etc.

A nivel Comunitario:

-Establecer conexión con otras instituciones promoviendo la acción organizada para lograr una relación favorable entre el discapacitado y su comunidad.

-Investigar, registrar e incorporar los recursos disponibles a nivel comunal.

-Intervenir en actividades de información y educación de la comunidad en lo que a discapacidad y rehabilitación se refiere.

-Establecer canales fluidos de comunicación con los diferentes niveles de atención a fin de coordinar las medidas que garanticen la atención de aquellas personas que por razones geográficas, sociales y/o económicas presenten dificultades para su rehabilitación.

II. V. NORMAS DEL SERVICIO SOCIAL

- Se absorbe la demanda disciplinaria proveniente de:
 - a) Rehabilitación con sus respectivos programas;
 - b) Unidad sanitaria de atención primaria de la salud.
- Se adjudica a cada profesional la responsabilidad disciplinaria de un número proporcional de pacientes ambulatorios e internados, según la demanda institucional.

- Cada profesional es responsable de realizar un número proporcional de evaluaciones diarias y se hará cargo en más, de la relación con ese paciente y su grupo de pertenencia.

- Se organiza la atención programada a través del Departamento de Estadística para pacientes provenientes de:

- a) Área de rehabilitación: evaluación, R.A.T. (Reactualización de Tratamiento), informes, gestión de subsidios, entrevistas familiares, clínicas, reuniones generales, etc.

- b) Somera evaluación a pacientes de Atención Primaria de la Salud.

- c) Orientación, asesoramiento, derivación y prestación.

- Se administran los recursos institucionales, según la normativa de cada uno y en estricta relación con la posibilidad de cada paciente a resolver sus propias capacidades.

- Se realizan entrevistas cotidianas y sin programar con los pacientes internados, familiares, grupos de pertenencia o profesionales del equipo tratante.

- Se participa activamente de la decisión e instrumentación de las altas de internación.

- Se entabla relación con las instituciones proveedoras de recursos.

- Se participa de las reuniones interdisciplinarias a efectos de brindar el aporte profesional y de recavar la información necesaria.

- Se instrumentan técnicas de trabajo de campo, que se consideren necesarias y adecuadas para el logro de los objetivos de tratamiento.

- Se canalizan las comunicaciones institucionales hacia los pacientes u otras instituciones a efectos de garantizar la consecución del tratamiento.

- Se participa en actividades de formación y auxiliaridad en el área de salud.

- Se participa en actividades de docencia e investigación.

II. VI. MODALIDADES DE INTERVENCIÓN

**Demanda espontánea:* el paciente llega al Servicio Social para obtención de vales de alimentación, autorización de recetas medicamentosas; orientación sobre requisitos para realización de pase gratuito de transporte para discapacitados; orientación para la obtención de prestaciones provisionales, prótesis, sillas de ruedas o elementos ortopédicos.

**Demanda programada:* Se llevan a cabo entrevistas de evaluación, de pre-internación, control; entrevistas con pacientes y familiares que realizan tratamiento.

II. VII. PROGRAMAS DE COBERTURA

Los programas surgen de los objetivos institucionales, la situación socio-económica y las características de las personas que presentan algún tipo de discapacidad.

-Medicación:

Se autoriza la entrega de medicación gratuita luego de una evaluación socioeconómica, a aquellos pacientes atendidos en la institución, que no poseen obra social y que no están en posibilidades de solventar el costo de la misma.

-Transporte:

Se incorpora a recorrido de los automotores institucionales a aquellos pacientes que por su limitación física y la imposibilidad de solventar su traslado desde y hacia la institución no pueden hacerlo de otra manera.

Una vez integrado el paciente al recorrido, el transporte lo retira de su domicilio y luego de finalizado su tratamiento lo lleva de regreso. Aquí se incluyen los pacientes internados que tienen alta el fin de semana.

El recorrido cubre el tejido urbano del Partido de General Pueyrredón.

-Alimentación:

Se autoriza raciones alimentarias (desayuno y /o almuerzo) a aquellos pacientes cuya rutina de rehabilitación cubra la franja horaria mañana – tarde.

También se incorpora por excepción a aquellos pacientes que se preparan para competencias deportivas y necesitan una dieta especialmente diseñada por dietista del institutito.

Cuando se detectan casos de inanición por carencia económica, se toma inmediatamente intervención del caso de modo de dar respuesta rápida al problema.

-Elementos: Prótesis y Ortesis

El instituto cuenta con un taller de prótesis y ortesis donde se diseñan y fabrican los elementos necesarios para cumplimentar el plan de rehabilitación. Está dirigido a aquellos pacientes que requieran de éstos elementos por prescripción médica, que no posean obra social y cuya situación económica no posibilite su compra.

Contempla también a las personas cuya obra social no cubra o cubra parcialmente el costo de los mismos. Aquellos elementos que no se fabrican en establecimiento, se gestionan ante Ministerio de Salud, u otros organismos.

II. VIII. RELACIÓN DEL SERVICIO SOCIAL CON LOS DIFERENTES SECTORES O ÁREAS DE LA ORGANIZACIÓN

El departamento de Servicio Social, coordina e intercambia diferentes tipos de bienes y servicios con cada uno de los departamentos que conforman la institución.

- Departamento Médico Asistencial:
 - Servicio de Fisiatría: encuadre social del tratamiento de rehabilitación del paciente; valoración de recursos individuales del paciente y del contexto.
 - Servicio de Ortopedia: solicitud de elementos protésicos a distintas entidades.
 - Servicio de Neurología: solicitud de medicación especial que la institución no puede proveer.
 - Servicio de Neumonología: suministro de medicación al Programa de Rehabilitación Respiratoria (PRORRES)

- Servicio de Cardiología: evaluación y orientación de pacientes cardiacos y suministro de medicación del Programa de Rehabilitación Cardiovascular (RECAV)

- Servicio de Cirugía de Rehabilitación: orientación del paciente, evaluación prequirúrgica, gestión de prótesis y ortesis.

• Departamento de Diagnóstico y Tratamiento:

- Departamento de Rehabilitación: reuniones interdisciplinarias: evaluaciones, plan de tratamiento, ejecución, seguimiento y control de la patología

- Departamento de Enfermería: informe de traslado de pacientes del I.Na.Re.P.S a otras instituciones hospitalarias para realizar estudios o análisis clínicos.

- Departamento de Alimentación: programa de alimentación por demanda de pacientes ambulatorios.

- Departamento de Estadística: administración de la atención programada del departamento del Servicio Social en el Programa de Atención Primaria de la Salud.

- Servicio de Farmacia: administración de recursos y autorización de medicación.

- Departamento de Mantenimiento y Servicios Generales: el Servicio Social coordina conjuntamente con la Sección de Transporte el traslado de pacientes internados y ambulatorios que no tiene acceso a otros medios de transportes.

II. IX. METODOLOGÍA REFERENCIAL

- Orientación Metodológica

En referencia al Servicio Social de la institución sede, se visualiza un enfoque teórico metodológico en el abordaje del caso social individual – familiar, ubicando la intervención en un esquema triangular:

- Persona (Paciente)
- Problema (Discapacidad)
- Institución (cuyo objetivo es la rehabilitación integral de la persona)

Se utiliza un enfoque holístico, haciendo un análisis de lo particular a lo general y viceversa.

- El paciente:

El paciente llega al servicio derivado de otros centros asistenciales, con un diagnóstico a veces poco claro de su patología discapacitante. En esta etapa se le presenta una realidad distinta, provocando un importante grado de conmoción con un fuerte impacto en su identidad.

Los miedos, la negación, el rechazo y la impotencia, acompañan este primer tiempo de adaptación a la nueva situación.

En dicho momento, se tienen en cuenta, desde la intervención del Servicio Social, los recursos y potencialidades de cada paciente (tipo de personalidad, estrategias de supervivencia, filosofía de vida, hábitos, etc.), para emprender un trabajo positivo y de superación.

Un aspecto importante en este proceso es indagar sobre quién era esta persona, antes de su lesión y con qué recursos cuenta para sobrellevar sus secuelas.

Se procura incluir en este proceso al grupo familiar o algún integrante de su red vincular social, debido a que su predisposición a acompañar y contener al paciente es esencial en el proceso de rehabilitación integral.

- Discapacidad:

Desde el modelo social de discapacidad se aborda el tema desde su complejidad, considerando no solo los aspectos médicos (tratamiento y rehabilitación) sino el conjunto de factores que determinan la discapacidad; es una visión global de dimensión social, principalmente como un problema creado a nivel social, cuyo objetivo es la integración plena de los individuos a la sociedad. La discapacidad no es un atributo de un individuo, sino la resultante de un conjunto complejo de condiciones. Sus consecuencias dependen de la forma y profundidad con que alteran la adaptación del individuo al medio. Esta puede ser definitiva o recuperable (en tanto susceptible de mejorar en ciertos aspectos) o en fin, compensable (mediante el uso de prótesis u otros recursos). Por ello, es importante analizar el grado de discapacidad que presenta la persona (leve, moderada, severa o muy severa, en relación cuantitativa con la

disminución o alteración funcional), su evolución (progresiva, estacionaria o regresiva), y si es congénita o adquirida, puesto que las consecuencias en uno u otro caso han de ser diferentes, como lo serán también las reacciones psicológicas de la persona y su entorno familiar.

- **La Institución:**

La institución coloca a disposición del paciente los recursos y políticas que implementa, a través de programas y servicios. El Servicio Social se encarga de clarificar los objetivos y metas de la institución, planteando las diferentes necesidades del paciente postraumático, en su estado agudo o sub-agudo y aquella situación de compensación requerida para comenzar su rehabilitación.

Asimismo cuando corresponde, se facilita el vínculo interinstitucional, con el objetivo de optimizar los recursos para mejorar la calidad de atención

II. X. METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN

El rol profesional debe desalentar toda forma de dependencia e incentivar en el paciente su disposición al cambio, a la liberación de sus miedos y tabúes, a la aceptación de que es un ser único y especial, aun con sus limitaciones, permitiéndose instancias superadoras.

En consonancia con lo expuesto se desarrollan intervenciones directas e indirectas.

II. XI. PROCESO METODOLÓGICO

Fase Inicial

El paciente ingresa a la institución derivado de otro centro de salud. Con motivo de evaluar la patología del mismo se requiere la presentación de su historia clínica, estudios médicos y diagnóstico.

La modalidad de tratamiento se determina de acuerdo a la evaluación que el equipo interdisciplinario realiza sobre el paciente. Así, puede ingresar como externo, mediante un turno programado al Comité de Orientación, el cual establecerá los servicios en los cuales deberá ser evaluado; en caso de ingresar como internado, el Servicio Social realiza una entrevista, en la cual

informa al familiar los requisitos para la admisión del paciente. A partir del informe de dicho servicio, el Comité de Admisión y Egresos evalúa el caso particular en función de los objetivos de tratamiento.

Posteriormente, en cualquiera de las modalidades de tratamiento, el paciente comienza el período de evaluación en los diferentes servicios, incluido el Servicio Social. En este último, se efectúa una entrevista de estudio social, con el objetivo de conocer la situación socioeconómica del paciente, focalizándose en distintas dimensiones:

- Grupo Familiar
- Procedencia del Grupo Familiar
- Aspecto socio-cultural (nivel de comprensión diagnósticas y pronósticas)
- Historia Familiar
- Aspecto Habitacional (considerando barreras arquitectónicas de la vivienda)
- Aspecto Económico (nivel de ingresos, cobertura social)
- Aspecto ocupacional
- Utilización del Tiempo Libre
- Participación en Grupos
- Participación en las Tareas del Hogar
- Expectativas y Planes respecto al futuro

Diagnóstico

A partir de los datos recabados en las entrevistas, el Trabajador Social arriba a un diagnóstico o evaluación preliminar, teniendo en cuenta las reacciones del paciente en situación, su predisposición al tratamiento y su red vincular (grado de contención afectiva).

En el caso de que el paciente no se encuentre en condiciones físicas para comunicarse, debido a características de su cuadro patológico, se mantendrán entrevistas con familiares o personas que integren su red vincular.

Finalizada la evaluación del caso por todos los servicios de rehabilitación, el mismo se deriva al Comité de Evaluación interdisciplinario, en el cual, cada disciplina expone desde su especialidad, las particularidades del caso,

complementándose la información recabada; con el objetivo de determinar los objetivos y el plan de tratamiento.

Tratamiento

Durante el proceso de rehabilitación, el Servicio Social desempeña diferentes roles:

- Educativos
- De Asesoramiento
- De Apoyo
- Operador de Procesos de Cambios
- Mediador

Fin de la Intervención

El alta de tratamiento se establece cuando el equipo tratante evalúa que el paciente ha cumplido los objetivos de tratamiento establecidos oportunamente. Asimismo y teniendo en cuenta el estado de cronicidad de las patologías de los pacientes se establecen controles periódicos y seguimientos a fin de prevenir posibles situaciones de riesgo.

El fin de la intervención también puede producirse por el fallecimiento del paciente.

Técnicas y Procedimiento

Las técnicas de intervención son:

- Observación documental de historias clínicas y material bibliográfico para la comprensión de diferentes patologías.

- Entrevistas con el paciente y grupo familiar con el objetivo de elaborar el diagnóstico social.

- Entrevistas domiciliarias para conocer el aspecto habitacional. Las mismas son realizadas por el equipo interdisciplinario con el objetivo de conocer las barreras arquitectónicas de la vivienda, evaluando la posibilidad de realizar las adaptaciones necesarias para el libre desplazamiento del paciente en su hogar.

- **Contacto con informantes calificados:** el cual se efectúa con el fin de ayudar al paciente en la obtención de recursos necesarios para adaptarse a la nueva situación.

- **Registro de la intervención:** las intervenciones realizadas se consignan en la historia clínica con fines estadísticos y de registro de la intervención.

II. XII. ABORDAJE INSTITUCIONAL DE LA PROBLEMÁTICA

Proceso de Rehabilitación

Las disciplinas que participan en el proceso de rehabilitación, teniendo en cuenta los diferentes momentos del proceso son:

- **Admisión:** Fisiatría, Servicio Social, Estadística, Enfermería y un miembro representante de la Dirección

- **Evaluación:** participan todos los servicios de manera interdisciplinaria, según la patología y sus secuelas.

- **Tratamiento:** según los objetivos de rehabilitación del caso particular, participan del tratamiento las disciplinas pertinentes.

- **Seguimiento:** se realiza a través de controles médicos y entrevistas en sede o domiciliarias realizadas por el equipo interdisciplinario.

TERCERA PARTE

Sistematización del caso
social individual elegido

I. CONTEXTUALIZACIÓN Y RECONSTRUCCIÓN DE LA PRÁCTICA

Teniendo en cuenta que las prácticas que realiza cotidianamente el Trabajador Social son muy complejas, debido a que en ellas confluyen múltiples determinaciones, es necesario situar la práctica a sistematizar en el contexto histórico en el cual se desarrolla y que ejerce influencia determinante sobre la misma.

La visión de la intervención del Trabajo Social en el contexto actual, es planteada desde una necesaria mirada de lo micro social en constante relación con la esfera macro social; dicho enfoque se hace necesario en función de analizar y comprender las características de las personas que requieren de nuestra intervención en el ámbito de la salud pública y en el presente contexto socio – cultural.

Nunca como en la actualidad, los diversos componentes de la vida social estuvieron tan interrelacionados. Esta interconexión se da en todos los aspectos de la vida humana y aumenta con el desarrollo de las sociedades nacionales y de la sociedad mundial. Una visión de totalidad es cada vez más necesaria para entender el contexto desde el cual se actúa; el caso de la salud no es una excepción.

Los cambios que plantea el actual momento histórico, tanto en lo social, como en lo económico y político, definen la ubicación del Trabajador social en el nuevo escenario.

Siguiendo a Carballada, se afirma que “la intervención en lo social muestra la necesidad de un trabajo de elucidación, de indagación alrededor de la lógica del acontecimiento que se origina en el momento de la demanda hacia ella, y en el camino de reconocer la presencia de la historia en el presente, confiriéndole así historicidad al acto de intervenir”³⁶.

En el marco de la asignatura Supervisión, de la carrera de Lic. En Servicio Social dependiente de la Universidad Nacional de Mar del Plata, he desarrollado la práctica pre – profesional, insertándome en el Instituto Nacional

³⁶ Carballada, Alfredo; La Intervención en lo Social. Exclusión e Integración en los Nuevos Escenarios Sociales; Ed. Paidós; Bs. As.; 2° Ed.; 2004: Pág. 33.

de Rehabilitación Psicofísica del Sur “Dr. Juan Otimio Tesone”, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación.

El citado proceso se llevó a cabo durante el período comprendido entre el 23 de junio de 2008 al 29 de mayo de 2009.

La elección de dicha institución como sede de práctica, esta ligada al interés personal por el fenómeno social de la discapacidad, visualizándose a la rehabilitación como un proceso cuyo objetivo principal es lograr la integración de la persona discapacitada en su medio social; el cual, muchas veces, es poco sensible a las necesidades de esta población.

Durante los dos primeros meses de inserción y con el objetivo de conocer el origen, la historia, la misión y los objetivos de la institución sede, la actividad estuvo orientada a la lectura de material bibliográfico y charlas informativas brindadas por la Jefa del Servicio Social Institucional; lo cual fue necesario para el conocimiento de la dinámica institucional con el objetivo de lograr un mayor acercamiento a esa realidad; asimismo, asistí a los diferentes comités interdisciplinarios en calidad de observador no participante, accediendo a la lectura de historias clínicas, lo que favoreció la comprensión de la modalidad de trabajo del equipo interdisciplinario en el tratamiento de los pacientes.

Ya en el mes de agosto, comienzo a participar en forma activa de las entrevistas a pacientes y familiares, llevadas a cabo por las Trabajadoras Sociales.

Una vez explorada la dinámica institucional, y especialmente, la modalidad de trabajo del Servicio Social, comienzo a trabajar en la atención de la demanda espontánea, siendo guiada por las profesionales del área.

Luego de haber adquirido los conocimientos necesarios para la orientación de los pacientes, inicio la atención de un número reducido de casos, siguiendo su evolución desde la admisión en la institución y durante todo su tratamiento; manteniendo entrevistas con los pacientes y su grupo familiar y participando activamente de los comités interdisciplinarios como parte del equipo tratante.

Es así como voy descubriendo una gran variedad de casos diferenciados, no solo por las patologías de los pacientes sino por sus situaciones socio – económicas y culturales; ya que dadas las características del Instituto, siendo este el principal centro público del III Nivel de Atención en Salud reconocido a

nivel nacional y teniendo en cuenta su extensa área de influencia, la población destinataria es muy amplia y con características muy variables.

En este contexto, se sistematizará un caso social – individual que, lejos de haberse seleccionado en forma aleatoria, ha sido determinado como ejemplo ya que, dados sus componentes constitutivos, permite dar cuenta de la complejidad existente en la intervención del Trabajo Social.

II. DESCRIPCIÓN DE LA PRÁCTICA. ELABORACIÓN DEL DISCURSO DESCRIPTIVO DE LA PRÁCTICA.

A continuación, se describirá el proceso de intervención pre - profesional, objeto de esta sistematización, en la cual se aborda un caso social – familiar particular, tomando como punto de referencia el primer contacto con el caso hasta la finalización de la actuación en el mismo.

El día 15 de octubre de 2008, respondo una comunicación telefónica mantenida con el Servicio Social del Hospital Pena, cito en la ciudad de Bahía Blanca.

La Trabajadora Social de dicha institución comenta que desea solicitar la evaluación de una paciente con diagnóstico de cuadriplejía, por secuela de traumatismo raquídeo medular; consecuencia de accidente de tránsito, ocurrido el día 23 de agosto de 2008, con el objetivo de iniciar tratamiento de rehabilitación.

En relación a lo expuesto, solicito, en esa oportunidad, la presentación de la historia clínica de la paciente, donde conste su diagnóstico, evolución y antecedentes, obteniendo respuesta inmediata a tal solicitud.

Los mismos son elevados al Comité de Admisión y Egresos con el objetivo de evaluar si la paciente se encuentra en condiciones clínicas de iniciar el tratamiento y determinar la modalidad del mismo.

El citado Comité, luego de un exhaustivo estudio de los antecedentes de la paciente, considera que la misma, efectivamente se encuentra apta para iniciar el tratamiento de rehabilitación en calidad de internada y establece como fecha de ingreso a la institución el día 29 de octubre de 2008.

Posteriormente, se retoma el contacto con la Trabajadora Social del hospital derivante con el objetivo de comunicar la fecha establecida para la internación de la paciente, como así también informar acerca de la documentación a presentar al momento de la admisión en la institución.

Finalmente, el día lunes 29 de octubre, la Srta. N.M ingresa a internación, acompañada por su ex pareja, quien se interna junto a ella en

calidad de acompañante, teniendo en cuenta que la patología así lo requiere, dado el grado de dependencia de la misma para el desarrollo de las actividades de la vida diaria, firmando además, la responsabilidad de alta.

Durante la primera semana de internación, efectúo la evaluación social correspondiente con objetivo de conocer la situación social de la paciente al momento del ingreso a la institución, la que es elevada posteriormente, junto a la evaluación de los demás servicios, al comité de Evaluación.

Evaluación social

Datos personales del paciente:

Nombre: N.I.M

Edad: 27 años

Estado civil: soltera

Nivel de Instrucción: primaria incompleta.

Lugar de procedencia: El Perdido; Partido de Cnel. Dorrego; Provincia de Buenos Aires

Aspecto socio – familiar

N.M, de 27 años de edad; es soltera y tiene dos hijos, A.M, de 12 años de edad, fruto de una relación esporádica que la paciente mantuvo en su adolescencia, sin lograr el reconocimiento del padre biológico de la niña; y N.A, de 7 años de edad, nacido de su concubinato con el Sr. H.A, de 30 años de edad, relación que perduro durante 10 años y con el cual mantiene un vínculo positivo.

Actualmente, N esta en pareja desde hace ocho meses con M.H, de 23 años de edad, quien se encuentra a cargo de los niños durante la internación. Reside en la localidad “El Perdido”, Partido de Cnel. Dorrego; Provincia de Buenos Aires.

Habita una vivienda alquilada junto a su actual pareja y sus dos hijos.

Asimismo, se identifica como parte de la red familiar no conviviente, a su madre, con la cual mantiene una comunicación fluida y 5 hermanos, con los

cuales, la entrevistada manifiesta tener escasa relación desde el nacimiento de su primer hija.

Aspecto económico

La paciente es ama de casa; no percibe ingresos, ni cuenta con cobertura social. El sustento económico del hogar proviene de la actividad laboral de la pareja de la misma, quien se desempeña como empleado rural, percibiendo \$1.800 mensuales, los cuales cubren las necesidades básicas del grupo familiar. Es beneficiario de OSPRERA.

Sin embargo la paciente no podrá afiliarse a dicha prestadora por no contar con los años de convivencia requeridos legalmente para dicho trámite.

Por otro lado, el hijo menor de la Srta. N.I.M recibe la cuota alimentaria por parte de su padre biológico, la cual consta de \$300 mensuales.

Vale destacar que, al momento de la internación, la entrevistada afirma haber iniciado la gestión de la pensión por discapacidad en su localidad de origen.

Diagnóstico preliminar.

Paciente de 27 años de edad, con bajo nivel de instrucción, lo cual impide una clara comprensión de consignas diagnósticas y pronósticas respecto de su patología, evaluándose cierto grado de reticencia para aceptar la nueva situación.

Su preocupación fundamental al momento del ingreso a la internación, es el futuro de sus hijos, evaluándose una relación muy sólida entre ambos; la reorganización familiar es una cuestión muy preocupante para la paciente y un factor que deberá ser tratado durante el proceso de rehabilitación.

Se evalúa una situación económica crítica, los ingresos son mínimos y no se cuenta con cobertura social; se encuentra en trámite la pensión por discapacidad, la cual fue gestionada en su lugar de origen.

Objetivos del servicio social

- Atender la problemática social que surja durante la rehabilitación de la paciente, proveniente de zona lejana, a fin de evitar la desvinculación de su grupo familiar y social.
- Orientar a la paciente y su cuidador en el proceso de rehabilitación desde un rol educador.
- Intervenir, en forma conjunta con el equipo tratante, durante el proceso de rehabilitación, procurando el mejoramiento de la calidad de vida de la paciente.
- Orientar a la paciente y su cuidador en la gestión del equipamiento indispensable para el bienestar de la paciente.

Al finalizar la semana, el caso es elevado al Comité de Evaluación. Allí, el equipo interdisciplinario, tras haber expuesto y estudiado la evaluación de cada servicio, establece los objetivos del tratamiento, a saber: cuidados posturales, fortalecimiento de tronco y sedestación, ejercicios respiratorios, tratamiento de escaras, entrenamiento en actividades de la vida diaria y equipamiento, atendiendo la problemática social que surja durante el período de internación.

Una vez establecidos dichos objetivos, se deriva el caso al Comité de Coordinación de Horarios a fin de establecer los turnos correspondientes a cada terapia.

Finalmente, N comienza el tratamiento de rehabilitación, expresando, en cada servicio, mucha angustia en relación a su situación actual y al futuro de sus hijos, a los cuales extraña y desea ver.

Con el correr de los días, esta situación se va acentuando, y comienza a visualizarse su impacto en el tratamiento, por parte de todos los servicios tratantes.

En función de lo expuesto, se decide realizar una clínica de equipo a fin de poner en común cómo está afectando el estado anímico de la paciente en la consecución de los objetivos del tratamiento.

Luego de analizar el desempeño de la misma en cada una de las terapias a las que asiste, teniendo en cuenta que en todas ha planteado su malestar en relación a su dependencia y la necesidad de reencontrarse con sus hijos, se acuerda que esta situación está repercutiendo en forma negativa en el proceso de rehabilitación. Por esta razón, el equipo acuerda la necesidad de la intervención del servicio de psicología, el cual podrá brindar contención a la paciente y a su acompañante, contribuyendo a lograr una mejor adaptación a la situación.

Luego de la clínica, el equipo tratante se reúne con la Srta. N.M y su acompañante con el objetivo de proponer a ambos el inicio de la terapia psicológica, alegando que la misma contribuirá a elaborar la situación actual, constituyéndose en un espacio de contención a través del cual podrán canalizar aquellos factores que los afectan emocionalmente y que interfieren en el desarrollo del tratamiento.

A pesar de tal circunstancia, y luego de la propuesta del equipo, la paciente se niega a asistir al tratamiento psicológico alegando: “no estoy loca para ir al psicólogo”.

Ante esta situación, y teniendo en cuenta que se está en presencia de una cuestión cultural que le impide confiar en el apoyo psicológico, asiste con frecuencia al Servicio Social con la necesidad de plantear estas cuestiones, ya que luego de haber generado un vínculo positivo, dice sentirse cómoda y puede desahogarse.

Considerando que la paciente se encuentra en una etapa de negación ante su “nuevo estado”, y luego de dialogar con una de las integrantes del servicio de psicología al respecto, la misma comenta que, es de suma importancia en la primera etapa del proceso, que N asista al tratamiento psicológico, ya que, de lo contrario, esta situación influirá negativamente en el proceso de rehabilitación.

Tras lo expuesto, comento a la profesional que es probable que N no asista a su consultorio por cuestiones de índole cultural; asocia a los psicólogos con “los locos”, de ahí su negación.

Luego de haber transcurrido unas semanas, y agudizando la necesidad de ver a sus niños, me planteo que es necesario trabajar sobre la revinculación de los mismos con la paciente, lo cual favorecerá no solo a descomprimir la situación de angustia por la cual atraviesa, sino también, a modificar, tal vez, su disposición para con el tratamiento, ya que la familia es parte indispensable en el proceso de rehabilitación.

En ese momento, y ante la duda de cómo generar esa revinculación, surgen dos posibilidades: consultar con el equipo tratante sobre la posibilidad de establecer un alta transitoria de fin de semana con el objetivo de que la paciente viaje hacia su ciudad de origen a reencontrarse con su familia y, por otro lado, plantear la alternativa de gestionar un posible viaje para que los niños puedan visitar a su madre en el Instituto.

Ante esta dicotomía, consulto a la Trabajadora Social que supervisa mi intervención en el caso, la cual observa que esa revinculación es fundamental para el tratamiento, dadas las distancias y el tiempo transcurrido desde el último encuentro de la paciente con los niños.

En función de la modalidad a través de la cual se generará el reencuentro, estimo que será aún más significativo en su hogar, que es lugar al que luego tendrá que regresar y en donde deberá desenvolverse, es decir, el espacio natural de su vida cotidiana.

En función de lo expuesto, solicito al equipo tratante el desarrollo de una nueva clínica para plantear la alternativa antes mencionada.

Teniendo en cuenta que todos los servicios consideran que la paciente esta en condiciones de alta transitoria y estiman que será sumamente favorable la revinculación propuesta desde el servicio social, se acuerda otorgar un alta transitoria de fin de semana, extendida, dadas las distancias que separa la ciudad con la localidad "El Perdido" (500 Km. Aprox.).

Luego del acuerdo logrado por el equipo, cito a la paciente y su acompañante a la oficina del servicio social a fin de comunicar la propuesta del viaje con el objetivo de visitar a su familia.

Los mismos se muestran entusiasmados ante la idea, al tiempo que la paciente comenta sentirse feliz por volver a ver a sus hijos luego de casi 2

meses, lo cual, según ella, le servirá para “cargar las pilas y volver con mas ganas al tratamiento”.

La médica fisiatra tratante determina que la paciente sólo podrá trasladarse en ambulancia, acompañada por enfermero en función de la lesión medular que padece.

Ante esta determinación, y considerando que los traslados de fin de semana de todos los pacientes sin cobertura social están a cargo de la institución hospitalaria de referencia, resuelvo comunicarme con el Hospital Pena de la ciudad de Bahía Blanca, quien derivó a la paciente, a fin de solicitar, mediante el envío de resumen de historia clínica, el servicio de ambulancia con enfermero, para efectuar el traslado de la misma hacia su pueblo de origen y el regreso a la internación.

Luego de esta solicitud, y a la brevedad, recibo respuesta favorable por parte de la Secretaría de Salud Municipal de la Ciudad de Bahía Blanca, confirmando el viaje de ida para el día viernes 22 de noviembre y regresando el martes 25 del mismo mes.

Durante el transcurso de la semana, la paciente se demostraba ansiosa por viajar; había comentado a sus compañeros de internación que volvía a su casa a visitar a sus niños y esto me hacía pensar que finalmente sería beneficioso a los fines del tratamiento.

Llegado el día del alta, la paciente y su acompañante asisten al servicio social a despedirse, agradeciendo por la gestión del viaje y comprometiéndose a regresar a la internación el día estipulado.

El día martes 25 de noviembre la paciente ingresa nuevamente a la institución, pero acompañada ahora, por su actual pareja, M.H, quien hasta ese momento se encontraba a cargo del cuidado de los niños y debió tomar licencia en su trabajo sin goce de sueldo (con lo que eso implica, ya que estamos hablando del sostén económico del hogar), ya que su anterior acompañante tuvo que retomar su actividad laboral haciéndose cargo de los niños, ahora, la madre de éste último.

Con el objetivo de evaluar el impacto del reencuentro de la paciente con su familia, y presentarme ante el nuevo acompañante, mantengo una entrevista

con ambos, en la cual la Srta. N.M manifiesta sentirse muy contenta por haber compartido esos días junto a sus hijos.

En referencia al desenvolvimiento de la paciente en su hogar, expresa que ha sido asistida continuamente por el Sr. H.A quien, además, transmitió las técnicas de cuidados básicos indicadas en la institución, al nuevo cuidador.

Luego de lo expuesto la paciente continuó su tratamiento, asistiendo periódicamente a todas las terapias, a través de las cuales evolucionaba favorablemente, sin presentarse ninguna dificultad que entorpeciera el curso del mismo.

Habiéndose logrado cierta estabilidad de la paciente en referencia al tratamiento y teniendo en cuenta que, al momento de la internación, la misma comenta que ha iniciado la tramitación de una pensión por discapacidad a través de la Secretaría de Acción Social del Municipio de Cnel. Dorrego, se establece comunicación telefónica con la citada dependencia a fin de consultar el estado del trámite, ante lo cual informan que el mismo aun se encuentra en curso, comprometiéndose a notificar su resolución en cuanto la tengan.

Es de destacar que en este período es de suma importancia la obtención de dicho beneficio, no solo por el ingreso económico que este representa, sino por la importancia de contar con cobertura social, dado que por la patología de la que se trata y su cronicidad, la misma es fundamental, permitiendo efectuar la tramitación de los elementos ortopédicos prescritos, los cuales son de vital importancia para el desenvolvimiento de la paciente en la vida cotidiana.

Teniendo en cuenta lo expuesto, considero necesario efectuar el seguimiento del estado del trámite del beneficio previsional en forma conjunta con la dependencia a través de la cual se tramitó.

El día 9 de diciembre, la paciente se presenta de manera espontánea al Servicio Social, planteando la necesidad de mantener una entrevista con motivo de informar que se ha separado de su pareja, el Sr. M.H, quien se retirará de la institución en el día de la fecha. Manifiesta su angustia por esta situación dado que él estaba a cargo de sus hijos y era el único sustento económico del hogar. Esta situación interfiere en la participación activa de la paciente en el tratamiento.

En este marco se brinda contención y se orienta en estrategias de reorganización familiar. Los hijos de la paciente pasan a estar al cuidado de su abuela materna.

Teniendo en cuenta lo sucedido, decido citar al Sr. M.H con el objetivo de mantener una entrevista en relación a la problemática en cuestión.

El mismo comenta que han decidido separarse, alegando que su relación con la misma ya venía atravesando diferentes crisis antes del accidente y que, luego de este, su relación con la Srta. N.M se ha vuelto insostenible dado las características “impulsivas” y “manipuladoras” de su personalidad, acentuadas ahora por el alto grado de dependencia a la cual está sometida.

Teniendo en cuenta esta situación el Sr. M.H informa que se retirará de la institución en el día de la fecha.

Ante esta decisión informo que, teniendo en cuenta la etapa del tratamiento por la que atraviesa la paciente, la misma no puede permanecer sola en la internación por decisión del equipo tratante; debiéndose contactar en forme urgente a un nuevo cuidador; a lo que el Sr. M.H responde no poder dar respuesta.

En función de lo expuesto, y teniendo en cuenta que la responsabilidad de alta de internación fue firmada por su ex pareja, Sr. H.A, me comunico telefónicamente con él, con el objetivo de dar a conocer la situación y convocar a un nuevo cuidador.

Ante ello, el Sr. H.A, quien se encontraba trabajando en la zona rural de su localidad, se compromete a regresar a la institución para acompañar a la paciente hasta que le sea posible, dado que deberá suspender su actividad laboral para ello, estableciendo como fecha de ingreso a la institución el día 14 de diciembre.

Por lo resuelto, y teniendo en cuenta, que la paciente permanecerá sola por el lapso de una semana, se convoca a una clínica de equipo con el objetivo de dar a conocer la situación y programar su atención junto al servicio de enfermería, quien se compromete a asistir a la paciente durante el período

estipulado, no solo en la alimentación e higiene de la misma sino, también, en su asistencia a las terapias.

Durante ese período, se mantienen entrevistas informales con la paciente a fin de realizar el seguimiento correspondiente y brindar contención ante la situación angustiante por la cual atraviesa, lo que, indefectiblemente interfiere en la conexión de la misma con el proceso de rehabilitación.

El día lunes 14 de diciembre, el Sr. H.A ingresa a la institución, identificándose nuevamente como cuidador de referencia.

En ese momento consideré, que, dada la relación positiva que ambos mantienen, la paciente lograría recobrar mayor tranquilidad, lo cual favorecería su disposición al tratamiento.

A través de las sucesivas entrevistas mantenidas con ambos, confirme que, tal cual como lo suponía, el estado anímico de la paciente se iba modificado en forma progresiva y notable.

En este mismo período, y teniendo en cuenta la cercanía a las fiestas de fin de año, junto al equipo tratante, comenzamos a programar el alta transitoria prolongada de la paciente, estableciendo como fecha de egreso de la institución el día 23 de diciembre, debiendo regresar a internación el día lunes 5 de enero.

Ante lo expuesto, gestiono ante la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Cnel. Dorrego, la ambulancia que permitirá el traslado.

Finalmente, la paciente egresa de la institución el día 23 de diciembre junto a su cuidador.

El día 5 de enero la paciente regresa a internación, acompañada por el Sr. H.A.

Durante esa semana mantengo una entrevista con ambos con el objetivo de evaluar cómo se ha sentido la paciente en su hogar junto a sus hijos;

Desde ese momento, retomo la necesidad de continuar trabajando sobre el seguimiento del trámite de la pensión gestionada por la paciente en su lugar de origen.

Justamente en el transcurso de esa semana, recibo la notificación de que el trámite de la pensión por discapacidad de la paciente ha sido resuelto en forma favorable, pudiendo percibir su primer cobro en el mes de febrero.

Ante esta novedad, cito a la paciente y su acompañante a fin de comunicar lo expuesto y brindar orientación en cuanto a los pasos a seguir, haciendo hincapié en la afiliación a la obra social correspondiente (IOMA), dado que es indispensable gestionar los elementos ortopédicos prescritos, teniendo en cuenta que, al momento, se encuentra utilizando los elementos del Instituto, siendo los mismo escasos.

Considero que es necesario que su cuidador tome conocimiento de cómo actuar en estas cuestiones de gestión de recursos, ya que dado que estamos hablando de una patología crónica que requiere en forma permanente de medicación o elementos ortopédicos, y dado el bajo nivel de instrucción de ambos, brindo orientación en cuanto a estas cuestiones.

Dadas las indicaciones para la gestión de la afiliación a la obra social, el Sr. H.A comenta que será la madre de la paciente, quien se hará cargo de la gestión, ya que debe dirigirse a la Delegación IOMA de Cnel. Dorrego, siendo esa la jurisdicción que le corresponde.

Una vez abordadas estas cuestiones, continuó trabajando, conjuntamente con el equipo tratante en la evaluación constante de la paciente, la cual es indispensable ya que se van evidenciando avances y retrocesos casi en forma constante.

Estos avances y retrocesos están vinculados directamente a las fluctuaciones anímicas de la paciente, las cuales no le permiten tener una evolución uniforme en el tratamiento, y esto se afirma en base a la constatación, por parte del equipo tratante, de que, en las diferentes terapias en las cuales la paciente trabaja sobre su funcionalidad física, la misma ha logrado la consecución de objetivos importantes.

Continuando con la gestión de recursos, ya en el mes de marzo, la paciente cuenta con la cobertura social de IOMA, motivo por el que comienzo a trabajar rápidamente en la gestión de la cobertura de los elementos ortopédicos.

Envío, entonces, las prescripciones médicas a dos ortopedias de la ciudad a fin de obtener los presupuestos correspondientes de los elementos a saber: una silla de ruedas, un almohadón antiescaras para la misma, un colchón antiescaras y una silla para baño.

Una vez obtenidos los presupuestos, son enviados, junto al resto de la documentación solicitada a la Delegación IOMA de Cnel. Dorrego.

Habiendo cumplido con el envío de la documentación, me comunico con dicha prestadora a fin de solicitar el número de expediente, ya que de esa manera puedo seguir el estado del trámite, el cual, según lo comunicado por la funcionaria de la entidad, demoraría alrededor de tres a cuatro meses aproximadamente.

Una vez efectuada dicha gestión, sigo trabajando junto a la paciente y su acompañante, realizando entrevistas semanales a fin de continuar con la evaluación constante que dicho caso requiere, teniendo en cuenta además la etapa del tratamiento.

Dichas evaluaciones son socializadas en forma semanal con el resto del equipo tratante.

A mediados del mes de marzo, los médicos intervinientes sugieren que la paciente debe ser intervenida quirúrgicamente con el objetivo de tratar una escara sacra que, tras haber sido curada en forma constante por enfermería y hasta por su propio cuidador durante todo el transcurso de la internación, muestra escasa mejoría.

Ante esta determinación, se realiza una clínica familiar con el objetivo de ofrecer a la paciente y su cuidador esta oportunidad de la cirugía, lo cual, según el cirujano plástico, favorecerá a la paciente en la consecución de los objetivos del tratamiento de rehabilitación, indicando que, mientras la escara persista, habrá muchas áreas del cuerpo sobre las cuales no podrá trabajar.

Esta situación genera, nuevamente en la paciente, un estado de angustia importante, ya que según ella, esto retrasará su tratamiento y, teniendo en cuenta que por indicación médica, deberá permanecer en reposo absoluto durante el período de un mes, esto no le permitirá viajar hacia su hogar a reencontrarse con sus hijos.

Ante evaluar esta situación, la paciente se niega a someterse a la cirugía.

En relación a lo expuesto, el equipo considera oportuno brindar toda la información necesaria respecto de la importancia de la misma, ya que no retrasará su tratamiento, tal cual ella lo supone, sino que, por el contrario, favorecerá a un mayor bienestar de la paciente permitiendo el alcance de todos los objetivos de su tratamiento.

Luego del diálogo con los profesionales y de haber despejado sus dudas respecto de la intervención, la paciente expone que deberá pensarlo y dará una respuesta a la brevedad.

Tras este planteo, y luego de transcurridos unos días, la Srta. N.M y su cuidador se hacen presentes en la oficina del Servicio Social. Allí mantenemos una entrevista en la cual el tema central es la intervención quirúrgica.

La paciente manifiesta sus miedos ante la misma y plantea la angustia que le genera el saber que por un largo tiempo, no podrá ver a sus niños, ya su alta transitoria mensual deberá suspenderse por indicación médica.

Ante esta cuestión, y considerando que ya se ha realizado una reunión con el equipo médico en la cual la paciente tuvo la posibilidad de plantear todas sus dudas, ofrezco nuevamente generar un nuevo encuentro con el mismo objetivo a lo que la paciente responde negativamente.

En lo que respecta al encuentro con sus hijos, considero que pueden existir otras alternativas al viaje, como por ejemplo, que sean esta vez los niños los que visiten a su madre.

Una semana después de dicha entrevista, la Srta. N.M y su cuidador concurren nuevamente al Servicio Social a fin de comentar que, más allá de sus dudas y luego de las indicaciones de los médicos, ha decidido someterse a la operación, ya que ha comprendido que es necesario para contribuir a su bienestar.

Ante lo expuesto, convoco a una clínica de equipo con el objetivo de comunicar a los demás integrantes del equipo tratante, la decisión de la

paciente, a fin de establecer la fecha de la cirugía, la cual deberá efectuarse a la brevedad, según las indicaciones del cirujano plástico.

Se establece entonces la fecha de la operación.

Una vez realizada la cirugía, siendo su resultado muy positivo, según lo informado por el cirujano interviniente, la paciente permanece en reposo y boca abajo por el transcurso de un mes.

Durante ese período, no concurre a ninguna terapia. Su estado anímico vuelve a decaer, aumentando su grado de dependencia respecto a su cuidador.

Es en este momento, en el que la paciente, por decisión propia decide comenzar con el tratamiento psicológico, a pesar de su anterior rechazo al mismo, por lo que dicho servicio establece una frecuencia semanal para la terapia de la Srta. N, generando un espacio también destinado al tratamiento de su cuidador, ya que es de vital importancia brindar contención a este último, en “la necesidad de cuidar al cuidador”, lo cual es de suma importancia en relación a la patología a la cual nos referimos.

En este momento, considero que mas que nunca es necesario volver a generar un encuentro con sus niños.

En función de lo expuesto, y tras obtener la autorización de mi supervisora, me comuniqué con la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Bahía Blanca (ciudad a la que pertenece el hospital derivante) con el objetivo de consultar acerca de la posibilidad de gestionar el traslado ahora de los hijos de la paciente, ya que por indicación médica, la misma no podrá viajar; ante esta solicitud recibo una respuesta favorable a la brevedad; el municipio se hizo cargo del gasto de los pasajes de los niños, los cuales asistieron a la institución y compartieron un fin de semana junto a su madre.

Durante ese mes de reposo, la paciente evolucionó favorablemente, y en el tiempo estipulado pudo reinsertarse en las terapias nuevamente.

Ya en el mes de abril, y tras haber transcurrido seis meses del comienzo del tratamiento de rehabilitación, y luego de sucesivas evaluaciones por parte del equipo tratante, se pueden evidenciar importantes avances en lo que respecta a la funcionalidad de la paciente.

Comienza, lentamente a autopropulsar su silla de ruedas, y a acentuar el entrenamiento en actividades sencillas de la vida cotidiana, siempre teniendo en cuenta sus limitaciones de acuerdo al tipo de lesión que presenta.

A principios del mes de mayo, y luego de haber consultado por el estado del trámite de los elementos ortopédicos gestionados ante la obra social, recibo, vía fax, las órdenes autorizadas de prestación correspondientes; ante lo cual se hace necesario gestionar en forma inmediata la entrega de dichos elementos a fin de que la paciente pueda entrenarse en la utilización de los mismos.

Con el objetivo de dinamizar la entrega de dichos elementos envío las ordenes de prestación a la ortopedia asignada por la obra social.

Una vez enviadas las ordenes, la ortopedia responde que los elementos no serán entregados ya que la obra social ha contraído una gran deuda con la empresa y hasta tanto dicha deuda no sea cancelada no se efectuará ninguna entrega.

Mientras tanto la paciente continúa utilizando los elementos de la institución.

Finalmente, a mediados del mes de junio, y teniendo en cuenta que el proceso de mi práctica pre – profesional terminaría el último día hábil de ese mes, mi supervisora me indica que es necesario que comience a dar un cierre a mi intervención, por lo que derivó el caso a una de las Trabajadoras Sociales.

Para ello, utilizo la historia clínica de la paciente a fin de dar cuenta de las particularidades del caso y de las intervenciones realizadas hasta el momento, del cual tenía conocimiento debido a su participación en los comités interdisciplinarios.

A fin de comunicar lo expuesto a la paciente y su cuidador, mantengo una entrevista con ambos, en la cual además presento a la Trabajadora Social que continuará con el trabajo, dando el cierre correspondiente a mi intervención.

Respecto a la paciente, vale aclarar que, fue dada de alta en el mes de diciembre de 2009.

Desde el Servicio Social, continuó la intervención, acompañando en el proceso junto al equipo interdisciplinario y actuando desde demandas espontáneas y programadas.

III. INTERPRETACIÓN CRÍTICA DE LA PRÁCTICA RECONSTRUIDA

La actuación profesional³⁷, objeto de esta sistematización, se enmarca en el abordaje interdisciplinario del proceso de rehabilitación, siendo el Trabajador Social un actor fundamental en el equipo de salud, contribuyendo al logro de los objetivos institucionales y participando en el proceso de rehabilitación a través del desarrollo de las potencialidades del paciente, su familia y la comunidad.

En este marco, se destaca que el abordaje interdisciplinario de la problemática, contribuye a alcanzar la mayor coordinación de los servicios tratantes en beneficio de la paciente, ya que se considera que la calidad de vida de las personas está multideterminada por diversos factores.

Esta modalidad de trabajo resulta el mejor enfoque para mantener la visión de la totalidad de la persona respecto de la salud, donde cada disciplina aporta, desde su especificidad, los elementos necesarios para la comprensión de la totalidad del caso.

Ahora bien, cuando hablamos de la actuación del Trabajo Social, es necesario destacar que los abordajes profesionales no pueden considerarse aislados de las concepciones teóricas que los respaldan; es preciso, entonces, identificar desde qué lugar se desarrollan las acciones y las bases epistemológicas que las inspiran; es decir, el enfoque de dicha actuación, el cual permite enfatizar una perspectiva de abordaje frente a las situaciones que afrontan los sujetos.

Así, el análisis de esta actuación pre - profesional, toma como referencia el enfoque de la complejidad, dado que el mismo permite trascender las determinaciones biológicas en el proceso salud – enfermedad, considerando la importancia de los factores sociales, económicos, políticos y culturales en la determinación del proceso.

Este enfoque permite desarrollar una actuación centrada en la mirada holística de la paciente y su contexto socio – cultural, incorporando el análisis de todos los factores intervinientes en la situación problema, dejando de lado la

³⁷ Siguiendo a Vélez Restrepo, se sustituye el término “Intervención Profesional” por el de “Actuación Profesional”, dada la connotación positivista y restrictiva del primero y la relación del segundo con las nociones, visiones y posturas que se tienen sobre la realidad.

visión lineal planteada por el positivismo, corriente que tuvo y aún tiene mucha incidencia en las intervenciones profesionales del Trabajador Social y, que muchas veces plantea concepciones reduccionistas en función de la problemática abordada.

De acuerdo con el enfoque citado, y en relación a la metodología utilizada, luego de haber analizado tres propuestas teóricas alternativas, resulta pertinente en esta actuación, la elaborada por Olga Vélez Restrepo, quien considera a la actuación profesional como un proceso dinámico, que incorpora perspectivas superadoras de las concepciones secuenciales, otorgando a la persona y su entorno un rol fundamental y activo en el proceso de actuación profesional.

Así, durante dicha actuación, se han atravesado diferentes fases o momentos que serán analizados a continuación, de manera de dar cuenta de la complejidad existente en todo el proceso y de la particularidad del caso social – individual objeto de esta sistematización.

Es de destacar que el carácter dinámico del proceso de actuación profesional, no permite dividir a la misma en etapas; sólo podrán señalarse las mismas de acuerdo a su correspondencia con fines del análisis.

A partir de la comunicación telefónica mantenida el día 15 de octubre de 2008 con el Servicio Social del Hospital Pena de la ciudad de Bahía Blanca, tal como se detalló en la anterior descripción de la práctica, se da inicio a la actuación pre – profesional correspondiente, identificándose como principal objetivo en esta oportunidad, evaluar la posibilidad de la admisión al Instituto a la Srta. N.M, a fin de comenzar su tratamiento de rehabilitación luego del accidente de tránsito que le provocó su cuadriplejía.

En este momento se establece el primer contacto que el Instituto mantiene con la paciente y la institución derivante, siendo de vital importancia a los fines de la admisión de la misma y dando comienzo al momento del **estudio preliminar del caso**, de acuerdo a la propuesta metodológica citada, permitiendo obtener un encuadre general de la situación y desarrollando acciones de carácter investigativo tales como el análisis documental, en este caso.

Pero el momento de *evaluación preliminar*, no culmina allí, sino que hasta el momento solo se trata de una aproximación.

Dicha tarea se intensifica al momento del ingreso de la paciente a la internación, donde cada servicio es ahora el encargado de la evaluación de la misma en concordancia con su especificidad.

Desde el Servicio Social, durante la primera semana de internación se efectúa la evaluación social correspondiente con el objetivo de conocer la situación social de la paciente al momento del ingreso a la institución. Dicha evaluación abarca el registro de sus datos personales y su grupo familiar, el aspecto socio – familiar, el aspecto económico, haciendo especial hincapié en los efectos que ha traído la aparición de la discapacidad en la Srta. N.M y su entorno familiar y sus aspiraciones futuras.

Si bien, es necesario aclarar, que dicha evaluación es preliminar en función de la etapa del tratamiento, momento en el que la paciente está siendo evaluada por los diferentes servicios a fin de determinar la modalidad del mismo, ésta es de suma importancia, ya que representa la primera reacción de ella y su entorno ante esta nueva situación.

En este primer encuentro se arriba a un **diagnóstico**, también preliminar, constituyéndose aquí un nuevo momento de la actuación.

A partir de la elaboración del mismo puede afirmarse que nos encontramos ante una paciente muy joven, con un bajo nivel de instrucción, lo cual interfiere en la clara comprensión de las consignas diagnósticas y pronósticas efectuadas por el equipo tratante y evidenciándose un importante grado de reticencia para aceptar su nueva situación.

Se destaca, por parte de la paciente, su preocupación por el futuro de sus niños, menores de edad, y por la reorganización familiar.

La situación económica de la familia es crítica, los ingresos son mínimos y no cuentan con cobertura social.

Al momento, la carencia de cobertura social, no se presenta como un obstaculizador, ya que estamos insertos en una Institución Pública Nacional que no requiere de tal condición para la atención de la paciente, garantizando así su adecuado tratamiento.

Es, en éste período de mayor tensión para la paciente, en el que es necesario preguntarse qué tipo de actuación profesional debe desarrollar el Trabajador Social.

De acuerdo al caso de referencia, se ejerce un rol especialmente educador, destinado a ubicar la actuación en el acompañamiento de ese proceso individual que permita la generación de actitudes y valores necesarios para afrontar la situación, ofreciendo apoyo profesional y orientando las estrategias a seguir. Dicho rol es ejercido durante toda la actuación profesional, atendiendo a la particularidad de cada momento, pero recobrando mayor importancia en el comienzo de la misma.

Para lograr un efectivo ejercicio de él, debe tomarse nuevamente como referencia la complejidad del caso individual, atendiendo a las particularidades del mismo y contextualizándolo en su momento particular.

En este sentido, considero a la irrupción de la discapacidad, siguiendo a Carlos Eroles, como una *situación límite*, es decir, como una circunstancia que modifica abruptamente las condiciones de vida del grupo familiar, dificultando el desarrollo de su proyecto de vida y conflictuando severamente al mismo.

Las características de la lesión medular como patología y su cronicidad, requieren de una rápida reorganización familiar que permita continuar con las actividades diarias sin interrumpir la atención de la Srta. N.M.

De ahí la necesidad de trabajar en forma conjunta con la familia de la paciente, siendo ésta un actor principal en el proceso de rehabilitación, y acompañando al equipo de salud en la consecución de los objetivos del tratamiento.

Es a partir de esta concepción que, en la actuación analizada se ha dado un rol preponderante al trabajo conjunto con la familia, considerando sus intereses principales en función del proceso de rehabilitación y sin dejar de lado el rol educador al que me he referido anteriormente.

Una vez efectuada las evaluaciones correspondientes por parte de los diferentes servicios, el caso es elevado al Comité de Evaluación. Este espacio esta integrado por representantes de cada disciplina interviniente en el proceso de rehabilitación; allí, en función de cada especialidad, se expone la evaluación del caso, dando su diagnóstico en forma individual para luego llegar a un

acuerdo con los demás integrantes del equipo interdisciplinario y así establecer los objetivos del tratamiento.

Esta modalidad de trabajo contribuye a identificar la perspectiva de los distintos saberes que participan en el abordaje, generando un espacio para el intercambio de los mismos y enriqueciendo el abordaje de cada disciplina, permitiendo así, lograr una mirada mas abarcativa y aclaradora de la totalidad del caso.

. Se constituye como un nuevo momento de evaluación, ahora más profunda, ya que permite incorporar elementos que, siendo específicos de cada disciplina, abonan la mirada sobre la complejidad de la situación, permitiendo así generar estrategias de actuación más eficientes.

Una vez establecidos los objetivos del tratamiento por parte del equipo interdisciplinario y el cronograma del mismo, es decir, los días y horarios de cada terapia, la paciente inicia el proceso de rehabilitación, manifestando, en cada servicio, su angustia por la situación que le toca atravesar, estando lejos de sus hijos.

Con el correr de los días, el estado anímico de la Srta. N.M va decayendo, visualizándose su impacto en el tratamiento por parte de todos los servicios tratantes.

Así, considerando que la rehabilitación es un proceso donde las relaciones humanas juegan un rol fundamental, se hace necesario trabajar en pos de generar cambios en la actitud negativa de la paciente ante su discapacidad; hecho que le afecta no solo funcionalmente sino en todos los aspectos de su vida cotidiana. Se trata de generar mayor confianza en sí misma a fin de que pueda recobrar fuerzas y así dar continuidad al tratamiento en busca de los objetivos planteados.

Ante esta situación, el equipo tratante, decide llevar a cabo una clínica de equipo a fin de evaluar las repercusiones de esta situación en el tratamiento.

Luego del análisis del desempeño de la paciente en cada terapia, el equipo considera necesaria la intervención de servicio de psicología, ya que la misma podrá brindar contención a la paciente y su acompañante, contribuyendo a lograr una mejor adaptación a la situación, canalizando de esa

manera todos aquellos factores que interfieren negativamente en el proceso de rehabilitación.

Este momento de la actuación pre – profesional, se corresponde con la fase de *planificación*, de acuerdo a la propuesta metodológica de Vélez Restrepo, en la cual, la acción está orientada a problemas específicos que requieren respuestas profesionales, estableciéndose el rumbo de las acciones a desarrollar y utilizando un razonamiento analítico.

Sin embargo, la Srta. N.M, frente a la propuesta del equipo de salud, se niega a realizar la terapia alegando “no estoy loca”.

Esta reacción de la paciente ante la propuesta efectuada, da la pauta de que nos encontramos con una dimensión cultural, en cuanto al imaginario que la Srta. N.M tiene de los psicólogos. Dicha cuestión le impide confiar en el apoyo psicológico, siendo informada esta reacción en forma inmediata al servicio de psicología a fin de suspender la programación de las sesiones.

Ante esta situación, asiste frecuentemente al Servicio Social con el objetivo de plantear estas cuestiones que la afectan anímicamente a ella y su acompañante, luego de haberse generado un vínculo positivo, alegando sentirse cómoda en lo que respecta al trato profesional.

En dicha circunstancia, se hace necesario, generar un espacio de contención para la paciente, continuando con el desarrollo del rol educador, y remarcando los objetivos y la función del Servicio Social en el tratamiento a fin de no desvirtuar la actuación profesional.

Considerando lo planteado por Cristina de Robertis, quien afirma que la persona no es objeto de la intervención, sino sujeto de la acción, y como tal debe ser participe de las intervenciones que la conciernen, tomando las decisiones que se refieren a su situación y participando en todas las gestiones que se realicen para mejorarlas, la decisión de la paciente es respetada por el equipo tratante, quedando abierta la posibilidad de dar comienzo a la terapia en cualquier momento del tratamiento.

Continuando en el momento de la *planificación* de la metodología de referencia, luego del transcurso de unas semanas, viéndose agudizada la necesidad de la paciente de reencontrarse con sus hijos, considero necesario trabajar sobre esa revinculación, ya que se considera que dicho encuentro

favorecerá a descomprimir la situación de angustia de la paciente y a modificar su actitud respecto del tratamiento.

Ante esta posibilidad, es necesario plantear diversas estrategias de actuación a fin de concretar lo planificado. Luego de evaluar diversas estrategias, se visualiza que el encuentro más significativo será en su hogar, ya que es éste el lugar donde transcurre su vida cotidiana, al que luego de la internación tendrá que regresar, y donde deberá aprender a desenvolverse.

Considerando la modalidad de trabajo interdisciplinaria del equipo de salud, se convoca a una clínica a fin de plantear la alternativa antes mencionada.

Luego de la evaluación de la propuesta, y teniendo en cuenta que la paciente se encuentra en condiciones de egresar de la institución con un alta transitoria de fin de semana, el equipo estima que será sumamente favorable la revinculación propuesta desde el Servicio Social, considerando que la misma puede ser beneficiosa a los fines de modificar la actitud de la paciente para con el tratamiento.

Es aquí, donde se considera importante incorporar la participación de la red primaria de la paciente en su tratamiento, manteniendo la importancia que se le otorga a la familia en el proceso de rehabilitación.

Cuando hablamos de redes sociales, nos referimos a un conjunto de personas que están unidos por vínculos de naturaleza afectiva, donde las personas que la integran se identifican con las mismas necesidades y problemas, generando, a través de sus interacciones la posibilidad de potenciar sus recursos contribuyendo a la solución de sus problemáticas.

Teniendo en cuenta que la misma proviene de una localidad alejada, y que no cuenta con los medios económicos suficientes para acompañar a la Srta. N.M durante la internación, el Servicio Social es el encargado de gestionar los medios necesarios para ejecutar la acción planificada, ubicándose esta acción dentro del momento de *ejecución*, de acuerdo a la metodología utilizada.

Dado que la paciente carece de cobertura social, y considerando que en estos casos, los traslados de fin de semana se encuentran a cargo del hospital derivante, retomo el contacto con el Hospital Pena de la ciudad de Bahía

Blanca a fin de solicitar el servicio de ambulancia, la cual efectuará el traslado de la paciente hacia su pueblo de origen.

Una vez confirmado dicho servicio, y llegado el día del alta, la paciente y su acompañante egresan de la institución acordando regresar a la internación el día estipulado.

El 25 de noviembre, la paciente ingresa a la institución, pero ahora acompañada por un nuevo cuidador: su actual pareja, quien hasta ese momento se encontraba al cuidado de los niños, y desarrollando su actividad laboral como empleado rural; ante la necesidad de acompañar a la Srta N.M durante su internación, el Sr. M.H solicitó una licencia en su trabajo sin goce de sueldo, con lo que ello implica, siendo éste el único sostén económico del hogar.

El anterior cuidador, quien es responsable del alta de la paciente, debió retomar sus tareas, haciéndose cargo, ahora, del cuidado de los niños la madre de este último.

Estos cambios, hacen necesaria una nueva reorganización familiar, poniendo en juego la utilización de diferentes *estrategias familiares de vida*, las cuales se refieren a la forma en que las familias se organizan para dar respuesta a las necesidades cotidianas, especialmente en situaciones de crisis coyuntural, poniendo en juego los recursos de los que dispone dicha unidad familiar en ese momento particular.

En este marco, se hace necesario, desde el servicio social, evaluar el impacto del reencuentro de la paciente con su familia y presentarme ante el nuevo cuidador.

Este encuentro configura un nuevo momento de evaluación en el proceso de actuación pre – profesional, ya que nos encontramos ante ciertas modificaciones en la situación social de la paciente respecto al momento del ingreso de la misma a la institución. Esta etapa, eminentemente reflexiva, tiene como finalidad la constatación de los progresos y las dificultades obtenidas en función del logro de los objetivos. Involucra la función de control de la acción planificada de manera de que la estrategia implementada no se desvíe de su propósito central.

Estas cuestiones, que surgen en el transcurso de la práctica de manera imprevista, dan cuenta de la dinámica del proceso y de la complejidad del

mismo, siendo necesaria la evaluación permanente a fin de dar coherencia lógica a la actuación del equipo de salud, especialmente del Servicio Social.

En función de lo expuesto, y luego de la reincorporación de la paciente al tratamiento, puede visualizarse, tal como se suponía, una modificación de la actitud de Srta. N.M en relación al mismo.

Por otra parte, teniendo en cuenta que, al momento de la internación, la paciente había iniciado el trámite correspondiente para el otorgamiento de una pensión por discapacidad, se considera necesario realizar la consulta de estado del trámite, teniendo en cuenta que en esta etapa del tratamiento, la obtención de dicho beneficio es de suma importancia, no solo por el ingreso económico que representa, siendo éste igualmente importante, ya que, como se planteó anteriormente, el único sostén económico del hogar no percibe ingresos al momento, sino también porque resulta fundamental para el otorgamiento de los elementos ortopédicos prescritos por el equipo tratante, los cuales son indispensables para el desenvolvimiento de la paciente en su vida cotidiana.

En este momento del tratamiento, la gestión de recursos se plantea como una acción imprescindible.

Si bien, como se dijo al comienzo de este análisis, la carencia de cobertura social al ingreso de la internación no se planteaba como un obstaculizador, ya que en la institución de referencia, la atención de la paciente está garantizada, dado su carácter público, ahora, dicha carencia se presenta como una de los más importantes obstaculizadores, ya que no permite garantizar el equipamiento de la Srta. N.M, lo cual fue planteado como uno de los objetivos del tratamiento.

Ante esta carencia, la paciente, se encuentra utilizando los elementos de la institución, los cuales son escasos, estando garantizado su uso durante el período de internación.

Dada la importancia del otorgamiento del beneficio previsional, se planifica y ejecuta el seguimiento del estado del trámite en forma conjunta con la Secretaría de Acción Social del Municipio de Cnel. Dorrego, dependencia en la cual se gestionó.

En este momento del tratamiento, se hace necesario, desarrollar una actuación profesional de tipo *prestacional*, de acuerdo a lo planteado por Vélez Restrepo. Aquí la actuación está orientada a la satisfacción de necesidades básicas, mediante la prestación de servicios sociales a fin de lograr respuestas inmediatas ante la situación.

Se considera indispensable, ahora, el trabajo conjunto con las entidades administrativas encargadas de atender tales situaciones.

El día 9 de diciembre, tal como se detalló en la descripción de la práctica, la paciente asiste al Servicio Social a fin de informar que se ha separado de su pareja, M.H, quien, hasta el momento se identificaba como el cuidador de referencia, e informa que el mismo se retirará de la institución en el día de la fecha.

Esta situación, plantea la necesidad de generar nuevos espacios de evaluación a fin de interpretar el conflicto, tanto con la paciente como con su cuidador.

De acuerdo a lo expresado por ambos, la relación había atravesado diferentes crisis antes del accidente.

Luego del mismo, de acuerdo a lo informado por el cuidador, su relación con la Srta. N.M “se ha vuelto insostenible”, motivo que lo ha llevado a tomar tal decisión.

En función a lo expuesto, se hace necesario trabajar sobre el apuntalamiento de las relaciones familiares en crisis, tratando de que la familia pueda resolver por sí misma sus propios problemas y dificultades.

Así, teniendo en cuenta que es inminente el abandono de la institución por parte del cuidador de referencia, informo a ambos que, teniendo en cuenta la etapa del tratamiento por la que atraviesa la paciente y las características de su patología, la misma no podrá permanecer sola en la internación por decisión del equipo tratante. A lo que el Sr. M.H dice no poder dar respuesta.

Es así como me contacto con la ex pareja de la paciente, Sr. H.A, ya que es quien firmó la responsabilidad de alta, a fin de dar a conocer la situación y convocar a un nuevo cuidador, quien se compromete a ingresar a la institución el día 14 de diciembre.

Aquí, en relación a la función del profesional, se plantea necesario trabajar sobre el fortalecimiento de los vínculos sanos, contribuyendo a la construcción de consensos posibles, a partir del respeto de la libre decisión de la paciente y su entorno.

Se vuelve a ejercer un rol educador, haciendo hincapié en el desarrollo de nuevas estrategias de reorganización familiar. Esta situación, da la pauta de la necesidad de mantener una mirada amplia, centrada en la complejidad de todos los aspectos que confluyen en la vida de la paciente y que, al momento del tratamiento, interfieren en su desarrollo.

Teniendo en cuenta que la paciente permanecerá sola en internación por el lapso de una semana, hasta tanto pueda reincorporarse el nuevo cuidador, se convoca a una clínica de equipo a fin de planificar la atención de la paciente, en forma conjunta con los demás integrantes del equipo tratante.

Durante ese período, mantengo entrevistas informales con la paciente en forma frecuente, a fin de brindar contención frente a la situación angustiante por la que atraviesa.

Finalmente, el día 14 de diciembre, el Sr. H.A ingresa a la institución, identificándose como nuevo cuidador, debiendo haber abandonado su actividad labora en la zona rural, motivo por el cual, ahora, el grupo familiar carecerá de ingresos económicos estables.

Esta nueva situación plantea la necesidad de generar una nueva evaluación, a fin de conocer las estrategias de reorganización familiar llevadas a cabo por la red primaria de la paciente, reevaluar la dimensión económica, que indefectiblemente, se platea como una preocupación fundamental para la paciente y su acompañante, sobre todo en lo que respecta al bienestar de los niños.

En función a lo expuesto, se afirma que nos encontramos ante una realidad social fuertemente segmentada; compuesta por diversas categorías, las cuales se encuentran en constante interacción. Por ello se hace necesaria una comprensión rápida y en situación, que permita orientar a la paciente y su cuidador en los aspectos concernientes a la misma.

A través de sucesivas entrevistas mantenidas con ambos, se confirma que el estado anímico de la paciente se va modificando en forma progresiva.

En ese mismo período, y teniendo en cuenta la cercanía de las fiestas de fin de año, comienzo, junto al equipo tratante a planificar el alta transitoria prolongada de la paciente, para lo cual gestiono, ante la Secretaría de salud de la Municipalidad de Cnel. Dorrego, la ambulancia que permita el traslado.

Es de destacar la importancia que la paciente le otorga al reencuentro con sus hijos en relación al tratamiento; lo visualiza como un estímulo para continuar con el mismo; de ahí la importancia de trabajar con esta cuestión, retomando el planteo de Cristina de Robertis, donde la persona es sujeto de acción, dando sentido a la actuación profesional y primando sus intereses en relación a la misma.

Finalmente la paciente egresa de la institución el día 23 de diciembre junto a su cuidador, regresando ambos a internación el día 5 de enero.

Desde ese momento, se planifica continuar con el seguimiento del tramite del beneficio previsional gestionado.

Justamente, en el transcurso de esa semana, recibo la notificación de que el trámite ha sido resuelto en forma favorable, pudiendo la paciente percibir su primer cobro en el mes de febrero.

En función de lo expuesto, se orienta a la paciente y su cuidador, en función de los pasos a seguir, haciendo especial hincapié en la afiliación a la obra social correspondiente (IOMA), dado que urge, en función de la etapa del tratamiento, iniciar la gestión de los elementos ortopédicos prescriptos.

Aquí, el rol educador recobra importancia. Teniendo en cuenta que estamos en presencia de una paciente con una patología crónica, que requiere en forma constante de medicación y elementos ortopédicos, es indispensable orientar al cuidador en estas cuestiones, considerando, además, su bajo nivel de instrucción, factor que no se ha ignorado y al cual se ha considerado de primordial importancia a la hora de planificar cada acción desarrollada en el curso de la acción.

Ya en el mes de marzo, la paciente cuenta con la cobertura de la mencionada obra social, motivo por el que se *planifica y ejecuta* rápidamente la

gestión de los elementos ortopédicos, efectuando el seguimiento del expediente correspondiente al trámite.

Una vez desarrolladas las mencionadas acciones, continúo con la evaluación semanal del caso, siendo socializadas las mismas en forma conjunta con los demás integrantes del equipo tratante.

A mediados del mes de marzo, los médicos tratantes, sugieren que la paciente debe ser intervenida quirúrgicamente con el objetivo de tratar una escara sacra.

En esta ocasión, el equipo tratante, planifica una clínica familiar a fin de brindar a la paciente y su cuidador, la explicaciones necesarias acerca de la necesidad de llevar adelante la misma, lo cual, según lo planteado por el cirujano plástico, favorecerá a la paciente en la consecución de los objetivos del tratamiento de rehabilitación, indicando que, mientras la escara persista, habrá muchas partes del cuerpo sobre las cuales no podrá trabajar.

A pesar de contar con el asesoramiento de todo el equipo tratante en torno al desarrollo de la cirugía y su pos – operatorio, esta situación genera nuevamente en la paciente una situación de angustia, ya que, debido a su percepción, la intervención retrasará su tratamiento, prolongando su período de internación y obstaculizando el reencuentro con sus hijos.

En función a lo expuesto, la paciente se niega a someterse a la cirugía.

Es así que se evidencia importantes fluctuaciones anímicas de la paciente, las cuales indefectiblemente interfieren en su adherencia al tratamiento.

El equipo considera necesario respetar la decisión de la Srta. N.M. de igual modo, se estima necesario, informar a la paciente y su cuidador respecto de la importancia de la misma, debido a que no retrasará su tratamiento tal cual elle lo supone, sino que por el contrario, contribuirá al logro de su bienestar, permitiendo el alcance de todos los objetivos de su tratamiento.

Considerando que, uno de los factores por los cuales, la paciente se resiste a someterse a la intervención, es la interrupción de sus altas transitorias de fin de semana, las cuales se otorgan en forma mensual, donde la Srta.N.M se reencuentra con sus hijos, planteo que es necesario generar nuevas

estrategias de actuación que permitan dar continuidad al encuentro de la paciente con sus hijos, dado que pueden existir otras alternativas a su viaje, como por ejemplo, que sean los niños quienes visiten a su madre.

Siendo posible planificar lo expuesto, dado que las características de la institución así lo permiten; y teniendo en cuenta la necesidad de estimular la participación del grupo familiar en el proceso de rehabilitación, comunico dicha posibilidad a la paciente.

Tras este planteo, y considerando que las estrategias de reencuentro planteadas, podrán desarrollarse, la paciente se compromete a evaluar su decisión respecto a la intervención quirúrgica.

Esta situación confirma, cada vez más, la importancia que la Srta. N.M le otorga al encuentro con sus hijos durante el tratamiento, siendo éste su mayor estímulo en relación al mismo.

En esta oportunidad, y desde el Servicio Social, es indispensable plantear ante los demás integrantes del equipo tratante, la importancia de considerar estas cuestiones en relación directa con la actitud de la paciente. Se considera que, ante estas circunstancias, es importante que el equipo tenga en cuenta los intereses de la paciente, evaluando todas las dimensiones intervinientes en la toma de sus decisiones, si es que ellas pueden favorecer al mejor desarrollo del proceso de rehabilitación.

La semana posterior, luego de que el equipo planteara la necesidad de efectuar la intervención quirúrgica, la paciente y su cuidador, asisten a la oficina del servicio Social a fin de informar que, tras haber evaluado la situación y considerando las recomendaciones médicas efectuadas oportunamente, la Srta. N.M ha decidido someterse a la operación.

En función de lo expuesto, puede afirmarse que la actuación estuvo centrada en un *modelo de salud netamente social*, donde se hace necesaria la comprensión ampliada del contexto en el cual se desarrolla la actuación, poniendo énfasis no solo en la patología y las disfunciones, sino rescatando las potencialidades de la paciente y su familia en la elaboración de respuestas favorables ante estas circunstancias.

La relación e interacción de la paciente con su medio, fortalece sus vínculos positivos y fortalece la capacidad de adaptación de la Srta. N.M ante la

situación que le toca atravesar. De ahí la necesidad de abordar estas cuestiones en función de la intervención.

Una vez efectuada la cirugía y considerando las características del pos – operatorio, detalladas en el anterior apartado, el estado anímico de la paciente vuelve a decaer, aumentando su grado de dependencia respecto a su cuidador.

Esta situación impulsa a la paciente, por decisión propia a iniciar tratamiento psicológico, a pesar de su anterior rechazo al mismo.

Aquí se puede visualizar un importante cambio de actitud respecto del tratamiento y de sus propias convicciones.

Aquella dimensión cultural, que le impedía confiar en el tratamiento psicológico previsto por el equipo tratante, ahora parece modificarse, atendiendo a las necesidades de la Srta. N.M en función de las características del momento del tratamiento.

En función de la detección de esta necesidad sentida de la paciente, se considera oportuno ofrecer al cuidador el mismo espacio de apoyo psicológico, a fin de que él pueda, también, canalizar aquellas cuestiones que lo afectan; ya que en varias oportunidades, ha manifestado su angustia en relación a la situación que le toca atravesar y su fragilidad emocional. Por ello se hace necesario “cuidar al cuidador”, teniendo en cuenta el sostenimiento que debía ejercer en N.

Este cambio de parecer, plantea la necesidad de planificar, junto al equipo tratante, especialmente con el Servicio de Psicología, la frecuencia de las cesiones para ambos.

Así se establece, luego de la evaluación previa, una frecuencia semanal para la terapia de la paciente y su cuidador.

Aquí, se considera necesario, más que nunca generar un nuevo encuentro con los niños, lo cual estimulará a la paciente y contribuirá a calmar la angustia de la paciente, agudizada ahora por su pos – operatorio.

Es así que desde el Servicio Social se ejecutan las acciones necesarias ante la Secretaría de Acción Social de la Municipalidad de Cnel. Dorrego, quien facilitó el traslado de los niños, los cuales asistieron a la institución y compartieron un fin de semana junto a sus padres.

Finalmente, luego de un mes, el pos – operatorio de la paciente fue exitoso y pudo reintegrarse a las terapias en el tiempo estipulado, mostrando una evolución favorable, desarrollando importantes avances en su funcionalidad.

En el mes de mayo, recibo, desde la obra social de la paciente, la orden autorizada de prestación de los elementos ortopédicos prescriptos.

Este punto marca un avance importante en la gestión de dichos recursos, destacándose la rapidez con la que fue autorizada la entrega.

A fin de agilizar la entrega de los mismos, y con el objetivo de que la Srta. N.M pueda entrenarse con sus propios elementos, los que luego utilizará en forma permanente, me comunico con la ortopedia prestadora para acordar la entrega.

La prestadora, informa que no es posible efectuar la entrega, debido a que la obra social a la cual pertenece la paciente ha contraído una importante deuda con la empresa, motivo por el cual el servicio se encuentra interrumpido hasta próximo aviso.

Esta situación se visualiza como un obstaculizador muy importante, dado que es indispensable que la paciente obtenga sus propios elementos, lo cual constituye, además y como se dijo anteriormente, uno de los objetivos planteados por el equipo tratante al momento de la internación.

Este factor, es totalmente externo a la institución en la cual se desarrolla la actuación profesional, y por ende imposible de controlar; sin embargo se plantea como un importante obstaculizador, interfiriendo en la consecución de los objetivos planteados al momento de la internación de la paciente.

Finalmente, a mediados del mes de junio, teniendo en cuenta que el proceso de supervisión en el cual se encuadra mi práctica pre - profesional, llegaría a su fin el último día hábil de ese mes, comienzo, por indicación de mi supervisora a dar un cierre a mi actuación, por lo que se hace necesario derivar el caso a una de las Trabajadoras Sociales de planta.

A tal fin, se utiliza la historia clínica de la paciente, en la cual están detalladas todas las actuaciones desarrolladas por cada servicio, destacando las particularidades del caso.

Se destaca, en este momento la importancia que recobra dicho documento en función del registro detallado del proceso de rehabilitación.

La profesional encargada de dar continuidad a la actuación, se encontraba al tanto de la situación, tras haber supervisado mi práctica en varias oportunidades, lo cual se transformó en un facilitador a la hora de la derivación.

Con objetivo de dar cierre a mi actuación, mantengo una entrevista con la paciente y su cuidador a fin de comunicar la finalización de mi práctica y su correspondiente derivación, informando quien será la profesional que continuará con la actuación correspondiente.

Finalmente, vale aclarar que, durante todo el proceso de actuación pre – profesional, se mantuvo la mirada centrada en la complejidad del caso, atendiendo a la dinámica del proceso de actuación profesional planteado por Vélez Restrepo y considerando todas las dimensiones involucradas en la situación a fin de generar una mirada más profunda, crítica y en situación, lo cual se considera de suma importancia, sobre todo en aquellas actuaciones en el campo de la salud, resguardando una concepción social de la misma, que involucre a la persona y su medio como sujetos de acción y no como simples receptores de los efectos de las acciones desarrolladas en forma indeliberada.

Respecto de la paciente, se destaca que fue dada de alta en el mes de diciembre de 2009, regresando a “El Perdido”, su pueblo de origen, junto a su familia.

Desde el Servicio Social, continuó la actuación hasta ese momento, en el proceso, junto al equipo interdisciplinario, atendiendo a las necesidades y demandas de la paciente.

CONCLUSIÓN

La sistematización de la citada práctica pre – profesional, enmarcada en la asignatura Supervisión de la carrera de Lic. en Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata, ha permitido generar una interpretación crítica del proceso, en relación directa con el contexto en el cual se ha desarrollado, y con los supuestos teóricos que la han inspirado, constituyéndose en un proceso de reflexión en torno a la misma.

Ha contribuido a describir los elementos constitutivos de la intervención, el cual se define como uno de los objetivos del presente trabajo, siendo ellos: *la Institución* en la cual se desarrolla la práctica, *el Enfoque Epistemológico* en el cual se enmarca la actuación pre – profesional y *la Metodología de Actuación* desarrollada.

Así, se afirma que las características de la práctica analizada, se definen en función de los objetivos de la Institución de referencia, y especificándose, aún más, en los objetivos particulares del Servicio Social inserto en la misma.

Respecto al Enfoque Epistemológico, considero que es de suma importancia generar, desde el Trabajo Social, prácticas sustentadas conceptualmente y que se hallen impregnadas de un actuar reflexivo.

Este principio rigió mi práctica pre – profesional, intentando superar la acción fundada en el ensayo y error sin soporte crítico y conceptual.

Así, se ha tomado como referencia el enfoque de la complejidad, el cual ha sido sumamente enriquecedor, dado que permitió mantener una mirada amplia, crítica y en situación, incorporando el análisis de las diferentes dimensiones intervinientes en el caso social analizado.

Dicho enfoque ha sido complementado con la propuesta metodológica de Olga Vélez Restrepo, quien considera a la actuación profesional como un proceso que incorpora perspectivas dinámicas, dejando de lado las nociones secuenciales y esquemáticas propias del positivismo.

En el análisis desarrollado, se han podido identificar los diferentes momentos de la actuación pre – profesional, en concordancia con la particularidad de cada instancia del proceso de rehabilitación, destacando su complejidad y haciendo especial hincapié en la importancia atribuida en la Institución al rol del Trabajador Social, el cual se posiciona como un actor

fundamental en el equipo de salud, atendiendo la problemática social surgida durante el tratamiento.

La modalidad interdisciplinaria de trabajo del I.NA.RE.PS se constituye en una herramienta fundamental para el abordaje del caso, permitiendo generar una visión ampliada de las características del mismo, donde cada disciplina interviniente aporta sus conocimientos, desde su especificidad, logrando así, esta mirada compleja de la situación y generando intervenciones mas eficientes y eficaces.

Por ultimo, vale destacar que a través de la actuación desarrollada en el caso social - individual en cuestión, pudieron abordarse los objetivos planteados desde el Servicio Social al momento del ingreso de la paciente a la institución, atendiendo la problemática social surgida durante el proceso de rehabilitación, orientando a la paciente y su cuidador desde un rol educador e interviniendo conjuntamente con el equipo tratante a fin de mejorar la calidad de vida de la paciente, abordando así, aquellas necesidades a las que se pretendía dar respuesta.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre del Busto, Rosa; Macías Llanes María Elena. Artículo: Una vez más sobre el proceso salud enfermedad. Hacia el pensamiento de la complejidad. Revista de humanidades medicas. Publicación científica del centro para el desarrollo de las ciencias sociales y humanísticas de la salud. Cuba. 2002.
- Ander – Egg, Ezequiel. Métodos del Trabajo Social. Ed. Espacio. Primera edición. 1997.
- Castellanos, Beatriz en GRUPO EIEM. Redes Sociales Naturales. Un Modelo de Trabajo para el Servicio Social. Ed. Humanitas. 1998.
- Cecilini, Gabriela y otros. La nueva pobreza en el ámbito hospitalario. De la indefensión al ejercicio de ciudadanía social. Ed. Espacio. Primera edición. 2007.
- De Robertis, Cristina. Metodología de la intervención en trabajo social segunda edición. Editorial El Ateneo. 1992
- Eroles Carlos. Familia y Trabajo Social. Un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional. Ed. Espacio. Segunda edición. Buenos Aires. 2001.
- Escalada, Mercedes y otros. El Diagnóstico Social. Proceso de Conocimiento e Intervención Profesional. Ed. Espacio. Primera reimpresión. Buenos Aires. 2004.
- Estrada Ospina, Victor Mario. Salud y Planificación Social. ¿Políticas en contra de la enfermedad o políticas para la salud?. Ed. Espacio. Primera edición. Buenos Aires. 2006
- Jelín Elizabeth. Pan y Afectos. Las transformaciones de las familias. Fondo de Cultura Económica. Primera edición. Buenos Aires. 1998.

- Matus Sepúlveda, Teresa. Propuestas contemporáneas en Trabajo Social. Hacia una intervención polifónica. Ed. Espacio. Buenos Aires. 2002.
- Morin, Edgard. Introducción al Pensamiento Complej. Ed. Gedisa; Tercera reimpresión. Barcelona. 2000.
- Tesone, Juan Otimio. Rehabilitación, problema médico, familiar, educativo y social. CERENIL.
- Perlman Helen Harris. El trabajo social individualizado. Ed Rialp. 1965.
- Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Programas Médicos Comunitarios. Módulo 1. "Salud y Sociedad" Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. 2006
- Posgrado en Salud Social y Comunitaria. Programas Médicos Comunitarios. Módulo 5 "Políticas de Salud". Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. 2006.
- Rosas Pagaza, Margarita. Una Perspectiva Teórica Metodológica para la Intervención en Trabajo Social. Ed. Espacio. Buenos Aires. 1998.
- Sandoval Ávila Antonio. Propuestas Metodológica para Sistematizar la práctica profesional de Trabajo Social. Ed. Espacio. Primera reimpresión. Buenos Aires. 2005.
- Vélez Restrepo, Olga. Reconfigurando el Trabajo Social. Perspectivas y Tendencias Contemporáneas. Ed. Espacio; Primera edición. Buenos Aires. 2003.
- <http://es.wikipedia.org>

