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

Repositorio Kimelü **http://kimelu.mdp.edu.ar/**

Licenciatura en Trabajo Social Tesis de Trabajo Social

2003

Impacto de la intervención social con familias de pacientes de tercera edad internados en un hospital de alta complejidad con diagnóstico de A.C.V. : estudio del impacto de la intervención social a nivel individual - familiar en un gruo de personas de tercera edad con diagnóstico de A.C.V. internados en un hospital de alta complejidad

González, Paula Irene

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

http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/657

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

JURADO: Beatriz Castellanos
Alicia Manchiretti
Lic Rodas -

"Impacto de la intervención social con familias de pacientes de tercera edad internados en un Hospital de alta complejidad con diagnóstico de A.C.V."

Estudio del impacto de la intervención social a nivel individual –familiar en un grupo de personas de tercera edad con diagnostico de A.C.V. internados en un Hospital de Alta Complejidad.

por

Paula Irene González

Tesis presentada como requisito para optar por el grado de
LICENCIATURA

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

Biblioteca C.E.C.S.
Inv. 2338
Vol. 2
Mar del Plata

Mar del Plata Marzo 2003

AGRADECIMIENTOS

A mi familia y amigos por su apoyo y comprensión.

A la licenciada Beatriz Castellanos por ser buena guía en lo personal y profesional.

Al personal del Servicio Social del H.P.C.

A los pacientes entrevistados por su disponibilidad y colaboración hacia este trabajo .

INDICE

I. INTRODUCCIÓN

I.1.Fundamentación.....7

I.2. Objetivos del trabajo.....10

I.2.1.Objetivos generales

I.2.2. Objetivos específicos

I.3. Aspectos metodológicos.....11

I.3.1.Tipo de investigación

I.3.2. Universo y criterio de inclusión

I.3.3. Técnicas

I.4.Organización del trabajo.....12

MARCO TEÓRICO.....14

I. ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO, MULTIDISCIPLINARIO Y TRANSDISCIPLINARIEDAD.....15

I.1. Interdisciplina

I.2. Equipo intradisciplinario.....16

I.3. Modalidad multidisciplinaria.....16

I.4. Modalidad transdisciplinaria

II. CONCEPTO DE SALUD HISTÓRICO PROCESUAL Y CALIDAD DE VIDA.....19

II.1. Evolución del pensamiento sobre salud y enfermedad.....19

II.1.1 Definición de salud desde la perspectiva histórico procesual

II.2. Calidad de vida.....23

III. SERVICIO SOCIAL.....27

III.1. Supuestos básicos subyacentes.....27

III.2. Definición de Servicio Social.....30

III.2.1 Caso Social Individual Familiar

III.2.2 Modelos de Servicio Social-Modelo socioclínico de redes naturales

III.2.3. Redes Sociales

III.3.Proceso metodológico.....43

III.3.1. Fases del proceso

a. Investigación

b. Diagnostico

c. Planificación- toma de conciencia

d. Ejecución – Acción

e. Evaluación

IV. FAMILIA.....51

IV.1. Perspectiva Social de la Familia.....51

IV.2. Ciclo Vital Personal Familiar.....55

IV.3. Evento crítico desestructurante.....57

IV.3.1.Enfermedad como evento crítico altamente desetructurante del equilibrio individual familiar.

IV.3.2. Características del buen funcionamiento familiar

IV.4. Familia y Tercera Edad.....60

TRABAJO DE CAMPO.....63

I. ASPECTOS DESCRIPTIVOS DEL CONTEXTO INSTITUCIONAL.....64

I.1. Hospital Privado de Comunidad.....64

I.1.1.Objetivos de la institución

I.1.2.Objetivo General

I.1.3.Objetivos específicos

I.2. Servicio de Neurología.....66

I.2.1.Características de la Internación

I.2.2. Internación en el Servicio de Neurología

I.2.3. Profesionales intervinientes en el área

1.3. Características del A.C.V......68

I.4. Programas especiales de la institución relacionados con el tratamiento del A.C.V......70

I.4.1. Atención Domiciliaria

I.4.2.P.A.D.E.S.: Programa de Atención Domiciliaria y Equipo de Soporte

I.4.3. S.ATE.: Servicio de Atención a la Tercera Edad

I.5. Servicio Social.....73

I.5.1.Objetivos Generales.....73

I.5.2. Objetivos específicos.....74

I.5.3.Características respecto al equipo de salud.....74

I.5.4. Características respecto al tratamiento social.....75

II. INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL ÁREA INTERNACIÓN NEUROLOGÍA.....76

1I.1 Objetivos.....76

II.2.Modalidad de acceso al caso.....76

II.3.Dimensión de abordaje.....77

II.4. Fases de la intervención.....78

a. Investigación

b. Diagnóstico

c. Plan de acción

II.4.1.Técnicas

II.4.2. Duración de la intervención

II.4.3.Registro

II.4.4 La intervenciones

II.4.5.Recursos

III. ASPECTOS METODOLÓGICOS, TÉCNICOS E INSTRUMENTALES....83

III.1.Instrumento de recolección de datos.....83

III.2. Definición de variables.....83

III.3.Resultados.....85

III.3.1.Datos de base

III.3.2.Adhesión al tratamiento médico

III.3.3.Familia –Organización famliar post alta –Organización familiar actual

III.3.4.Red social

III.3.5.Calidad de vida

IV. CONCLUSIONES.....93

V. APÉNDICE 97

VI. BIBLIOGRAFÍA.....107

I. INTRODUCCIÓN

1.1.Fundamentación

El interés por el tema de este trabajo surge a partir de la realización de una práctica pre- profesional en el Área Internación Neurología del Hospital Privado de Comunidad en la ciudad de Mar del Plata durante el período 1999-2000 en el marco de una pasantía institucional de pre –grado

El Hospital Privado de Comunidad es una institución privada de salud de alta complejidad. El periodo de internación hospitalaria suele ser de corta duración teniendo como finalidad un diagnóstico certero y un tratamiento centrado en compensar el estado agudo de la enfermedad y definir un esquema terapéutico posterior (rehabilitación- recuperación física).Esto favorece el trabajo conjunto con un eje social centrado en la organización de cuidados post alta.

En la Unidad de Cuidados Neurológicos se internan pacientes afiliados al PAMI y otras coberturas con diagnóstico de A.C.V. (accidente cerebro vascular) los mismos permanecen en la institución hasta la recuperación del periodo agudo de la patología (en general entre 3 y 5 días). EL equipo de salud interviniente está compuesto por médicos, enfermeros, kinesiólogo, fonoaudiologo y A.S quienes se integran a una modalidad de abordaje multidisciplinario; estos profesionales intervienen según los requerimientos de cada paciente brindando atención específica acorde a su especialidad.

En líneas generales el A.C.V. puede definirse como "el desarrollo repentino de un déficit neurológico resultante de la oclusión o rotura de un vaso cerebral"[1]. Es una patología de irrupción brusca que frecuentemente ocasiona secuelas físicas que producen alteraciones en cuanto al rendimiento funcional y afectan también las relaciones con el medio social de quien la padece.

El A.C.V. irrumpe en la vida de la persona como un evento crítico que modifica tanto su proceso vital como su estructura familiar, y requiere del desarrollo de destrezas, de mecanismos de manejo, de información y apoyo que faciliten su recuperación.

---

[1] Dorland, "Diccionario de Ciencias Medicas",.Barcelona, el Ateneo ,1985.

Este tipo de enfermedades por sus características desestructurantes puede encuadrarse en las problemáticas sociales críticas de irrupción brusca (al igual que la muerte, la fuga de hogar, el despido, el abandono de un cónyuge etc.), que producen una ruptura en el equilibrio personal- familiar, de aquí pareciera desprenderse la vital importancia del tratamiento del eje social en este tipo de problemáticas.

El período de internación es concomitante a la irrupción de la enfermedad, en esta instancia el paciente y su familia se enfrentan a un evento crítico, a una nueva situación con diferentes implicancias físicas, psicológicas y sociales que deben comprender y diferenciar para poder afrontar.

Entendemos a la salud desde una concepción histórica- procesual vinculada al concepto de calidad de vida "...salud y enfermedad no son estados, ambas son partes de un proceso multidimensional y fluctuante, en el transcurso de la vida nos acercamos a uno u otro extremo según se rompa o se refuerce el equilibrio dinámico de la interacción permanente de factores físicos, biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales..." [2]

El continuo salud-enfermedad debe integrar lo social como aspecto fundamental en el tratamiento de cualquier problemática desestructurante del medio familiar. En el caso que nos ocupa -el A.C.V.- tanto el eje médico como el social deberían ser considerados simultáneamente en cada instancia del tratamiento.

El Servicio Social del H.P.C. reconoce como objetivo general asistir al paciente y su familia en los emergentes sociales que plantea el continuo salud- enfermedad. Este "... apunta al perfil de un profesional dedicado a asistir, a estar presente, atento al proceso vital de un individuo humano cuando este proceso está interferido por situaciones que dificultan el acceso a condiciones de bienestar..." [3]

El eje metodológico de la intervención pasa por crear con los pacientes un espacio intersubjetivo de reconocimiento de si y de sus potencialidades, donde se pueda plantear la situación problemática para reconocerla en sus características constitutivas y generar conjuntamente propuestas superadoras.[4]

La intervención se focaliza en promover contextos relacionales capaces de generar formas de organización que ayuden a superar situaciones críticas (orientación familiar)

---

[2] Taucar, Castellanos y Mayo .Cap. 4 pag. 190 en E.I.EM. "Trabajo Social con grupos y redes." Buenos Aires Ed. Humanitas 1998.
[3] Web site H.P.C. Equipo profesional Servicio Social H.P.C. año 2000
[4] Documento de Organización Servicio Social H.P.C. año 2000

y en el asesoramiento y orientación respecto a la utilización racional de recursos intra y extra institucionales.

Los profesionales del Servicio desarrollan su actividad en todos los ámbitos donde la institución ejerce prestaciones de salud (internación, consultorios externos, programas especiales, etc.). Cada área de intervención tiene características que la particularizan, haciendo que la especificidad profesional tenga diferentes matices. El presente trabajo centrará su análisis en la intervención del trabajador social en la Unidad de Cuidados Neurológicos. En dicha área los pacientes suelen ser ancianos con diagnostico de A.C.V. afiliados al PAMI , quienes afrontan junto a la crisis aguda de una enfermedad altamente discapacitante una serie de eventos propios de la etapa vital como lo son la jubilación, la independencia y procreación de los hijos , muerte del cónyuge, cambio de vivienda , entre otros. Hechos que afectan tanto su situación personal como la estructura y función familiar.

Dado que el H.P.C. es una institución de agudos, la internación representa en general un período de corta duración en el que el tratamiento está centrado en compensar el estado crítico, orientar el tratamiento ulterior y efectivizar el alta en las mejores condiciones posibles.

El eje de la intervención social en esta área se focaliza en investigar la dinámica familiar o núcleo de pertenencia en sus aspectos básicos en pos de promover una organización post alta continente. La misma debe ser acorde con la nueva situación del paciente y su familia, considerando que es en la etapa de internación, ante la evidencia de la enfermedad, el momento en que la familia debe comprender y diferenciar las implicancias físicas, psicológicas y sociales de esta nueva situación para organizar una estructura de soporte social que ayude al paciente en las fases posteriores del tratamiento.

Consideramos que el profesional de Servicio Social está capacitado para trabajar desde una perspectiva tendiente a lograr paridad profesional, un lugar especifico donde se integre con otras disciplinas para tener el lugar que le corresponde en la elaboración de un tratamiento integral.

Desde esta perspectiva el fin de este trabajo es mostrar el impacto de la intervención social en el tratamiento de una patología clínica altamente desestructurante del medio familiar desde un modelo de intervención integrado a un modelo de atención más amplio, en el que cada disciplina ejerce complementariedad y copresencia partiendo de las siguientes hipótesis:

- La intervención del T.S. en problemáticas de desestructuración individual familiar severa facilita la generación de soporte social para contener emergentes que plantean la irrupción de las mismas.
- El aspecto médico constituye el eje básico para el tratamiento del A.C.V., cuando el abordaje considera los ejes médico y social simultáneamente aumentan las oportunidades del paciente y la capacidad de comprensión familiar de sus requerimientos en cada instancia del tratamiento (activo- pasivo)
- La consideración de la intervención del trabajador Social en la dimensión individual -familiar durante el proceso de internación favorece la utilización racional de recursos intra y extra institucionales.
- La intervención del T.S. desde el comienzo del proceso de internación facilita la aceptación de la fecha probable de alta lo que redunda en un egreso oportuno que disminuye la probabilidad de internación por razones sociales y podría evitar la sobredemanda de atención médica.

I.2. Objetivos del trabajo

II.2.1.Objetivos generales:

- Describir y analizar los aspectos significativos de la intervención del trabajador social en la dimensión individual familiar que facilitan el tratamiento integral del paciente de tercera edad con A.C.V.
- Evaluar el impacto de la intervención social durante el período de internación hospitalaria respecto a fases posteriores del tratamiento.

II.2.2. Objetivos específicos:

- Describir la calidad de vida posterior a la irrupción de la enfermedad.
- Describir la organización de cuidados post alta prevista por la familia y organización familiar actual .

- Evaluar adhesión al tratamiento médico, red de soporte social, acceso y utilización de recursos inter e intra institucionales.
- Arribar a conclusiones y propuestas

I.3. Aspectos metodológicos

I.3.1.Tipo de investigación

El presente es un trabajo de investigación en un área específica. Desde el punto de vista de sus objetivos extrínsecos es una investigación aplicada ya que persigue la utilización inmediata de los conocimientos adquiridos. Desde el punto de vista de los objetivos intrínsecos es de carácter exploratorio descriptiva.

Se focalizará el análisis en la evaluación del impacto de la intervención social durante el estado agudo del A.C.V. (período de internación) respecto a fases posteriores del mismo.

Se realizará una mirada retrospectiva de la intervención del Servicio Social en el área de internación neurología del H.P.C. a fin de identificar sus aspectos significativos.

I.3.2. Universo y criterio de inclusión

El universo de estudio está constituído por los casos de pacientes con A.C.V. internados en el área de internación neurología del H.P.C. en la ciudad de Mar del Plata durante el período marzo/ abril 1999-2000 (40 casos). A los fines operativos del trabajo se tomará una muestra representativa de casos que dividiremos en dos grupos, según hayan recibido o no intervención del Servicio Social, con el objetivo de realizar un análisis comparativo. Los criterios de inclusión comprenderán pacientes mayores de 65 años, que hayan sufrido por primera vez un A.C.V. que no hubieran egresado a tercer nivel .

I.3.3. Técnicas

Se recabarán datos primarios y secundarios.

Para la recolección de datos primarios usaremos las siguientes técnicas:

- Observación semi- estructurada.
- Entrevistas abiertas, focalizadas , semi - estructuradas que se realizarán a pacientes y familia en domicilio.

Para la recolección de datos secundarios se utilizarán las siguientes técnicas:

- Revisión de historias clínicas de cada paciente o unidad de datos.
- Contacto con médico neurólogo.

I.4.Organización del trabajo

El trabajo se estructurará en dos partes , en la primera parte se desarrollan los aspectos concernientes al marco teórico y se divide en cuatro capítulos, a saber:

En el primer capítulo se definen las modalidades de abordaje –interdisciplinaria, multidisciplinaria y transdisciplinaria- desde sus aspectos conceptuales y operativos destacando las implicancias de las mismas para la intervención del trabajador social

En el segundo capítulo se realiza un recorrido histórico de los conceptos de salud y enfermedad hasta arribar a la definición de salud desde la perspectiva histórico procesual que consideramos superadora de las anteriores. Por otro lado se exponen y analizan diferentes conceptualizaciones de calidad de vida y se presentan de manera general algunos indicadores de la misma.

En el tercer capítulo se aborda el concepto de Servicio Social y caso social individual familiar desde la perspectiva del paradigma humanista dialéctico , se define modelo de servicio social y se expone el modelo socioclínico de redes naturales con orientación psicosocial. Cabe destacar que desarrollamos este modelo , habiendo sido aplicado durante la práctica, dadas sus posibilidades de aplicación en una institución de salud, aunque no es privativo de este campo , no consideramos que tenga correlación con el modelo médico sino que lo vemos como una alternativa de intevención superadora del mismo.

En el cuarto capítulo se analiza el concepto de familia desde su perspectiva social , partiendo de un enfoque interdisciplinario. También se desarrollan conceptos de ciclo vital personal y familiar haciendo hincapié en la familia de edad avanzada y evento crítico desestructurante para lo que nos fue útil la perspectiva sistémica.

La segunda parte del trabajo corresponde al trabajo de campo y se estructura en cuatro capitulos:

En el primer capitulo se realiza una descripción del Hospital Privado de Comunidad, así como una caracterización somera de la unidad de cuidados neurológicos , población y servicios. También se exponen los aspectos formales del Area de Servicio Social.

En el segundo capitulo se exponen las características pertinentes al proceso de intervención del servicio social en el área donde se realizo la práctica .

En el tercer capítulo se desarrollan los aspectos pertinentes a la metodología de recolección de datos , así como la definición de variables de análisis y los resultados obtenidos.

En el cuarto capítulo se exponen las conclusiones a las que se ha arribado , a través del proceso de investigación.

Para finalizar se expone en un anexo el instrumento utilizado para la recolección de datos.

MARCO TEÓRICO

I. ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO, MULTIDISCIPLINARIO Y TRANSDISCIPLINARIO

I.1. Interdisciplina

La realidad social es un espacio intersubjetivo, algo caótico y multideterminado. En toda situación problema intervienen diversos factores que pueden ser estudiados y tratados desde distintas perspectivas; la resolución de esas situaciones se logra atendiendo a su complejidad y complementariedad, lo que no puede ser abarcado por un solo profesional *" la solución de un problema social no depende de una sola disciplina o institución, la calidad de vida de las personas está multideterminada por factores internos y externos que se juegan a niveles micro y macro estructurales "*[5]

La interdependencia y complementariedad de las diferentes disciplinas que persiguen un objetivo en común, (la resolución de una situación problemática) hacen que la resolución del problema posea mayor consistencia y base.

Desde una perspectiva general, entendemos por interdisciplina *" una forma de articulación que a partir del diálogo y la puesta en común de diversos saberes y habilidades, posibilita la construcción de un nuevo conocimiento, así como de una experiencia y un lenguaje que es fruto de un abordaje compartido de los conflictos y las situaciones problemáticas que afronta un sujeto determinado. "*[6]

Desde el punto de vista operativo es una modalidad de abordaje que implica una forma de trabajo en equipo realizada por un grupo de profesionales, que perteneciendo a diversas disciplinas, se reúnen para obtener un objetivo y resultado común, manteniendo campos científicos con fronteras bien perfiladas , aportando una cuota de determinación que se respete como regla de interdependencia disciplinaria.

---

[5] Castellanos Beatriz en Grupo E.I.EM. " La perspectiva de redes naturales: Un modelo de trabajo para el Servicio Social " Ed. Humanitas 1998 pag. 142 .

[6] Eroles , Carlos " FAMILIA Y TRABAJO SOCIAL : Un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional " Espacio Editorial 1998. Pag. 25.

Los resultados obtenidos de diferentes ciencias y disciplinas son consecuencia de una integración que consideró a cada una de ellas en su metodología y conceptos instrumentales. Desde lo operativo se puede decir que esta modalidad apunta al ejercicio de un liderazgo funcional que opera según los aspectos de la realidad a tratar y el tiempo de ejecución de la tarea a realizar, a una cohesión grupal motivada por intereses compartidos, al ejercicio de relaciones profesionales cooperativas y división del trabajo por áreas científicas. De esta manera aporta a la construcción del todo desde su propia especificidad. Por lo tanto es importante tener en claro la especificidad profesional para poder establecer con otros miembros del equipo acuerdos ideológicos, epistemicos y teóricos indispensables para la comprensión de la diversidad de los factores y conflictos que se presentan en la intervención.

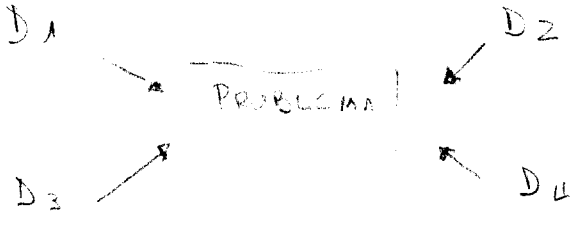
Existen otras modalidades de abordaje en equipo que se diferencian de la interdisciplinaria y que se ejercen y coexist en en las prácticas actuales:

I.2. Equipo intradisciplinario:

El equipo esta integrado por profesionales del mismo campo científico o por especialistas que se consideran afines a un área dominante. En cuanto a lo operativo, el liderazgo es indiscutido y en cuanto al el objetivo de trabajo convergen las tareas de cada uno de los miembros. Hay reconocimiento de especialidades lo que permite la distribución de responsabilidades y otorga cierto grado de decisión no ejecutiva.

I.3. Modalidad multidisciplinaria:

Abordaje realizado por un grupo integrado por profesionales de distintas disciplinas. Las interacciones que juegan en él están determinadas por el objetivo de trabajo y un liderazgo - coordinación reconocido como función ineludible.



Hay flexibilidad en los límites de las distintas disciplinas o campos que se conjugan en la práctica, así como en los objetivos y toma de decisiones fruto de consideraciones individuales, no grupales.

Los diversos participantes logran accionar con una dinámica que privilegia una finalidad u objetivo, desechando la rigidez de los procedimientos propios de cada ciencia y aportando diversos ángulos de interpretación para obtener un resultado que represente, sin distinción, las contribuciones indiscriminadas de todos.

En esta modalidad cada disciplina aporta a la construcción del objeto sin tener una visión integral, concepción y enfoque común de abordaje. Esto puede generar inconvenientes en la intervención, pero también es necesario ponderar que cuando no hay otra opción el profesional debe recurrir a ella para evitar un corrimiento disciplinar.

I.4. Modalidad transdisciplinaria:

Se trata de un grupo de profesionales, que integrados a fines y objetivos de proyectos, programas o trabajos científicos, se distinguen por la creación, consciente o inconsciente de metodologías que en lo operativo, plantean metadisciplinariedad.

Es quizás la modalidad de abordaje mas adecuada pero también la más difícil de lograr por cuanto supone *"trascender los límites de la disciplina logrando con el equipo profesional un marco referencial común un mismo modo de interpretación y acción pudiendo complementarse y hasta sustituirse entre profesionales de diversas disciplinas intervinientes."*[7]

Para dar sustento a la perspectiva interdisciplinaria y transdisciplinaria partimos de la concepción de la realidad como compleja, no compartimentada sino articulada eficazmente. La pluralidad de los fenómenos humanos incita a interpretar los análisis

[7] De Jong, Baddo y Paira , " La familia en los albores del nuevo milenio: Reflexiones interdisciplinaris. un aporte al trabajo social." Pag.45 Espacio 2000. Buenos Aires.

y posteriores elaboraciones de los problemas como tejidos de infinitos hilos y tramas como resultado de ligazones horizontales y verticales. Esto habla de las condiciones indispensables para abordar el marco de la sociedad compleja, la realidad que afecta al hombre en situación.

En lo que respecta a los fines específicos de este trabajo, y una vez definidos los conceptos generales nos referiremos a la interdisciplina teniendo en cuenta que:

-Permite realizar un abordaje integral de la realidad, en las situaciones en que el proceso vital de un individuo está de alguna manera interferido por situaciones que dificultan el acceso a condiciones de bienestar.

-Para el Servicio Social plantea la posibilidad de pasar de un seguimiento de los que otros hacen, al seguimiento de aspectos que le competen a su especificidad integrados en un plan conjunto de tratamiento, es decir la apropiación de la especificidad en la transdisciplinariedad.

-Desde la concepción de salud a la que adherimos nos parece primordial el trabajo interdisciplinario y transdisciplinario. Un problema de salud tiene implicancias físicas psicológicas y sociales que son preciso considerar en pos de una atención integral de la problemática. Por lo tanto esta debe abarcar la complejidad de las situaciones críticas, desde una perspectiva de intervención en la que cada disciplina ejerza complementariedad y copresencia.

II. CONCEPTO DE SALUD HISTÓRICO PROCESUAL Y CALIDAD DE VIDA

II.1. Evolución del pensamiento sobre salud y enfermedad

Para trabajar el tema del S.S. aplicado a problemáticas de salud consideramos necesario analizar la evolución del pensamiento sobre salud y enfermedad y los alcances de diferentes concepciones coexistentes. Siguiendo a B.Castellanos [8] podemos reconocer por lo menos tres concepciones de salud que actualmente coexisten:

-Concepción biologicista mecanicista: Reconoce a la salud como la ausencia de la enfermedad implica la idea de bienestar o malestar ligada a aspectos físicos u orgánicos funcionales.

-Concepción ecologicista dinámica: Reconoce a la salud como un estado de completo bienestar físico, psicológico y social (OMS 1964. Integra aspectos psicosociales sumados a los biológicos, parte de una noción lineal del ambiente, y de la idea de equilibrio dinámico entre estos aspectos.

-Concepción histórico procesual: Salud como proceso histórico Social. Bienestar vinculado a la calidad de vida, relacionada con aspectos físicos, psicológicos, biológicos, axiológicos culturales y sociales. Implica una noción amplia y circular del ambiente que involucra los factores políticos y económicos a micro y macro nivel y la idea de equilibrio dinámico ligado a las fluctuaciones de procesos de cambio, permanencia y ruptura, en las interrelaciones de los aspectos mencionados.

Las representaciones populares sobre salud y enfermedad han estado muy relacionadas con la valoración de la enfermedad, entendida ésta como un estado o situación en el cual la persona se encuentra limitada para la realización de sus

---

[8]Castellanos Batriz, "La intervención en redes naturales: el modelo clinico" en EIEM . "La perspectiva de redes naturales:un modelo de trabajo para el servicio social" Humanitas 1998, pag 136

actividades habituales debido a las molestias que sufre mientras que la salud se percibe como la ausencia de la enfermedad. En esta concepción se resume una reflexión sobre el cuerpo y la disposición de un sujeto para realizar sus tareas habituales y lleva implícita la valoración sobre lo que puede considerarse una actividad normal esperable del propio sujeto en un contexto familiar y económico determinado.

A lo largo de la historia, el discurso dominante con relación a la salud y a la enfermedad ha sido el de la medicina, desde el cual se resalta el predominio del componente biológico

En el siglo XIX se produjeron notables avances en el estudio del cuerpo que permitieron un progreso en la caracterización de las enfermedades, arribándose desde la comunidad médica a la idea de que toda enfermedad presuponía la existencia de una lesión subyacente comprobable (concepción biologicista).

En 1964 la OMS define a la salud como " *un estado de completo bienestar físico, psicológico y Social y no simplemente la ausencia de enfermedad*" . Morales Catalayud [9]expresa que esta definición encuentra su antecedente en el suizo Singerist quien planteó en 1940 que " *un individuo sano es aquel que presenta un buen equilibrio entre su cuerpo y su mente y se halla bien ajustado a su entorno físico y social... contribuyendo al bienestar de la sociedad según su capacidad... la salud no es solo la ausencia de la enfermedad, es algo positivo una actitud alegre* hacia *la vida, una aceptación optimista de las responsabilidades que la vida impone al individuo*".

Siguiendo al autor, el acento puesto en lo social fue retomado por la definición de la OMS. , la misma ha sido criticada desde diferentes perspectivas, Milton Terris la considera imperfecta en varios aspectos y propone que se elimine la palabra "completo" debido a que la salud no es absoluta; plantea que salud enfermedad no son

---

[9]Morales Catalayud, "Introducción a la psicología de la salud" pag. 25 Ed Paidós 1999

mutuamente excluyentes y critica su carácter parcial porque define a la salud únicamente en términos subjetivos. Esta definición también fue criticada por equiparar el concepto de salud con el de bienestar, el cual puede considerarse de poco valor operativo, dificultoso para traducirlo en indicadores generalizados y condicionado por la representación que del mismo se tiene en una sociedad y épocas , en un grupo social o incluso por un individuo en un momento particular de su vida.

Beaver y Miller[10], consideran esta definición "ideal", porque las personas rara vez están en perfecta salud, y porque se puede interpretar de manera distinta. Ellos plantean que esta definición adopta un enfoque holístico de la naturaleza de la salud y que carece de una amplia comprensión de la condición humana: *" salud es un término limitante ya que no tiene en consideración aspectos de la condición humana que se consideran esenciales para el funcionamiento psicosocial de la persona "*. Además diferencian salud de bienestar definiendo al mismo como *" un proceso continuo que afecta a todo el individuo,"* consideran a la salud como un aspecto para conseguir bienestar, planteando que se puede estar sano sin tener bienestar o viceversa.

Según San Martín en la segunda mitad de siglo, la salud comienza a concebirse como un proceso dinámico y variable de equilibrio y desequilibrio entre el organismo humano y el ambiente total, destacando la influencia notable de las relaciones humanas económicas y sociales.

Se habla entonces de salud y enfermedad ya no en términos de estado sino en términos de proceso dinámico.

II.1.1 Definición de salud desde la perspectiva histórico procesual

[10] Beaver, M. , Miller , D. " La práctica clínica del Trabajo Social con Personas Mayores" Paidos .1998

Tanto la salud como la enfermedad están condicionadas por otras situaciones que rebasan los límites del cuerpo y que tienen que ver con la subjetividad y el comportamiento individuales, el ámbito natural y social en que el individuo vive y los determinantes económicos de su realidad, por eso hoy puede decirse que la definición de salud y enfermedad requiere de una aproximación que de cuenta de su complejidad.

El concepto de salud, no puede ser asumido de manera cerrada o esquemática, es un concepto dinámico que cambia con el tiempo, circunstancias sociales y valores sociales. En este trabajo nos centraremos en la idea de que *"la salud no es un-estado, como tampoco la enfermedad, ambas son parte de un proceso multidimensional y fluctuante. En el transcurso de la vida nos acercamos a uno u otro extremo del proceso según se rompa o se refuerce el equilibrio dinámico de la interacción permanente de factores físicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales... desde esta perspectiva se considera al ambiente en su sentido más amplio, involucrando los aspectos políticos, y económicos en sus niveles micro y macro sociales "*[11]

Sintéticamente podemos decir que:

-El proceso de salud- enfermedad se manifiesta en estados percibidos o no por el sujeto.

-El proceso biológico humano es un fenómeno natural y aún siendo un proceso biológico asume formas históricas específicas.

-El problema no consiste en yuxtaponer lo biológico y lo social sino pensar en el conjunto de la cuestión.

-Un problema de salud tiene implicancias físicas, psicológicas y sociales.

-El deterioro de la salud requiere de un tratamiento, que considere no solo aspectos médicos sino también los psicológicos y los sociales tanto en el micro como en el macro nivel.

---

[11] Taucar, Castellanos y Mayo "La perspectiva de red para el Servicio Social ." En Di Carlo Enrique y Equipo, "Trabajo Social con Grupos y Redes." Ed .Lumen Humanitas 1997 .Pag. 197

II.2.Calidad de vida

En términos generales la calidad de vida está ligada a la satisfacción de necesidades humanas básicas. Según plantea Ander Egg *" la problemática de la calidad de vida es la primera aproximación a un nuevo modelo de sociedad en el que se da prioridad a la satisfacción de las auténticas necesidades humanas."* [12]

En un primer momento la expresión calidad de vida aparece ligada al medio ambiente y al deterioro de las condiciones de vida urbanas. En laS década del 50 y 60 el creciente interés por conocer el bienestar humano y la preocupación por las consecuencias de la industrialización de la sociedad hacen surgir la necesidad de medir la realidad a través de datos objetivos. Desde la ciencias sociales se inicia el desarrollo de indicadores sociales estadísticos que permitieran medir el bienestar social de una población, en cuanto a condiciones objetivas y más tarde subjetivas.

A partir de los años 80 la calidad de vida comienza a definirse como concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida (carácter multidimensional)[13] y hace referencia tanto a condiciones objetivas como subjetivas. En los 90 aún no existe un consenso acerca del concepto de calidad de vida. Así se la define, como la calidad de las condiciones de vida de una persona, la satisfacción experimentada por ésta con dichas condiciones vitales, la combinación de componentes objetivos y subjetivos. Es decir calidad de vida como calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta, hasta llegar a definirla como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas en escalas de valores, aspiraciones y expectativas personales.

Investigadores como Schalok concluyen que la utilidad del concepto de calidad de vida se percibe en los servicios humanos que tienden a planificar centrando la atención

---

[12] Ander Egg E. "Diccionario de Trabajo Social." Ed Humanitas 1996

en la persona y a adoptar modelos de apoyo y técnicas de mejora de calidad. En este sentido, el concepto puede ser utilizado para evaluar las necesidades de las personas y sus niveles de satisfacción, así como la evaluación de los resultados de programas y servicios, formulación de políticas nacionales, e internacionales etc. Desde esta perspectiva la calidad de vida *es " la satisfacción mínima aceptable del complejo de necesidades humanas tanto individuales, como familiares y sociales, vistas desde un ámbito local regional o nacional."* [14]

Entre las ciencias de la salud, los avances de la medicina han posibilitado prolongar notablemente la vida generando un incremento importante de las enfermedades crónicas. Esto ha llevado a desarrollar el concepto de calidad de vida en relación a la salud, es decir la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de ciertos tratamientos en diferentes ámbitos de la vida, y sus consecuencias en el plano físico, psicológico y social. La OMS. la define como *"la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive en relación con sus objetivos, expectativas e intereses*". Desde esta perspectiva la calidad de vida no es equivalente a un estado de salud, sino que adquiere un carácter multidimensional que incorpora la percepción del individuo sobre ésos y otros aspectos de su vida, esas nuevas tendencias hacen que la meta de la intervención en salud se oriente no solo a la cura de la enfermedad sino a la mejora de la calidad de vida del paciente

El concepto de calidad de vida puede verse desde aspectos subjetivos, como el nivel de integración física, psicológica y social de un individuo en particular y desde los aspectos del contexto socio histórico cultural que le dan forma.

---

[13] Pedrero Garcia, E. "La calidad de vida y las personas mayores."Revista Tiempo Junio 2002
[14] Ma Neef, Necesidades Humanas y Calidad de vida .

La calidad de vida resulta del interjuego de diversos factores que permiten a un individuo alcanzar el mayor grado de bienestar posible, atendiendo a la satisfacción de necesidades físicas, psicológicas, sociales, económicas culturales, en un contexto histórico y social determinado, se construye a lo largo de la vida y es relativa al contexto en el que el individuo se desarrolla.

Seguiendo a Alicia Monchietti[15] la calidad de vida es tenida en cuenta desde los aspectos relacionados con el bienestar físico y el socioeconómico, incluye factores individuales y socio ambientales. De este modo se cruza con el bienestar social y la salud, no desde los aspectos clínicos sino como proyecto social. La autora también relaciona a la calidad de vida con la participación social como medio de satisfacción del individuo del ejercicio de sus capacidades humanas y desarrollo de su personalidad [16]. Las características salientes del concepto desde esta mirada son "subjetividad, multidimensionalidad y presencia de dimensiones positivas y negativas" [17]

Para la evaluación de la calidad de vida consideraremos cuatro dimensiones:

-Dimensión física: Los síntomas físicos, dolorosos o no causados por la enfermedad o por su tratamiento.

-Dimensión funcional: Capacidad del sujeto para cuidarse por sí mismo, grado de deambulación y capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria.

-Dimensión psicológica: Incluye el estado emocional el estado anímico, nivel de satisfacción vital, felicidad y percepción de salud.

-Dimensión social: Interacción del sujeto con su entorno, contactos sociales, participación social y estado de autoestima personal.

Hasta aquí podemos decir que los conceptos de salud y calidad de vida revisten gran complejidad y han ido evolucionando a través del tiempo hasta adquirir el carácter de multidimensionalidad. Los trabajadores en el campo de salud no deben perder de vista este carácter multidimensional para poder tener una mirada integral de los sujetos con

---

[15] Monchietti Alicia , "Participación social y estilo de vida. Su relación con la calidad de vida en la vejez"Revista tiempo ,.Noviembre 200. pag. 1

[16] Monchietti Alicia "Participación social y estilo de vida . Su relación con la calidad de vida en la vejez"Revista Tiempo, Noviembre 2002 , pag.2

los que actúan en la práctica, sin que por esto pierdan de vista los aspectos pertinentes a su especificidad profesional. Así la calidad de vida para el servicio social se mirara con énfasis en los aspectos relacionados con la participación social, sin perder de vista las otras dimensiones.

[17] monchietti Alicia ibidem

III. SERVICIO SOCIAL

III.1. Supuestos Básicos Subyacentes

El Servicio Social ha desarrollado modelos en correspondencia con los paradigmas vigentes en los diferentes momentos históricos y como éstos coexisten en la realidad actual: *"la relación profesional es una entidad que se ha ido modificando con el tiempo, es a través e ella que sostenemos los procesos de Servicio Social y la posición que cada uno asume en esta relación, está directamente vinculada a los paradigmas."*[18]

Nos acercaremos al concepto de Servicio Social desde la perspectiva del paradigma humanista dialéctico. No es nuestra intención analizar las bases epistemológicas del mismo, sobre el cual hay bibliografía de actualidad,[19] sino remitir algunas premisas básicas que fundamentan nuestra intervención.

-El eje central del paradigma radica en el reconocimiento del hombre como un fin en sí mismo, portador de universalidad y conciencia. El hombre es un ser racional y creativo, sujeto de la historia forma parte de una sociedad, comparte con otros la humanidad y socialidad pero es singular, único e irrepetible. En cuanto ser social transforma la realidad y es influido por ella, transmite experiencia, tiene potencialidades y capacidad de cambio; es un ser libre idóneo para la superación de condicionamientos y limitaciones del mundo físico, político y social; puede elegir y asumir responsabilidades: *" es una unidad biopsicosocial, construye su proyecto vital de*

---

[18] Castellanos , B. "La perspectiva de redes naturales : E. Modelo clínico ." en Grupo E.I.E.M "La perspectiva de redes naturales : un modelo de trabajo para el Servicio Social ." Ed. Humanitas 1998.Pag. 187.

[19] Se puede ver al respecto los libros del eiem

manera singular puede reproducir o transformar su realidad de acuerdo a sus valoraciones", tiene derechos y deberes que le imponen la convivencia y el bien común.

-El hombre forma parte de una trama relacional, sostiene y es sostenido por esa trama; su calidad de vida su oportunidad de acceso a bienes y servicios para satisfacer necesidades esta condicionada por su contexto social concreto, la organización del Estado predominante y las políticas que se definan para su seguridad.

Al respecto Carlos Eroles, retoma el concepto de "persona en situación" propuesto por Hamilton(1941) planteando que para el Servicio Social el hombre es siempre una persona en situación, perteneciente a un ambiente cultural concreto que lo perfila. Es un ser que piensa, sujeto de vida cotidiana[20].

Desde nuestra perspectiva consideramos que si bien es innegable la influencia recíproca entre el hombre y su contexto social éste no esta condicionado por los contenidos de la realidad, de sus circunstancias sociales, sino que es constructor de las mismas, como ser activo capaz de producir y transformar la realidad.

-Los problemas humanos sociales deben mirarse como acontecimientos con interioridad, en tanto productos de acciones e intencionalidades del propio ser humano.

-Como Asistentes Sociales podemos contribuir a reproducir o transformar la realidad " *debemos tomar conciencia acerca de la implicancia de la persona profesional en las realidades que se definen; reconocer las valoraciones de nuestras comprensiones, respetar la dignidad humana y la autodeterminación, aceptar las diferencias, el cambio permanente, la interacción dialéctica, el desequilibrio, la crisis, y la búsqueda de la conciencia crítica* "[21]

---

[20] Eroles ,Carlos "Familia y Trabajo Social" Ed. Humanitas 2001

[21] Castellanos, B. "La perspectiva de redes naturales: el modelo clínico." en E.I.E.M. "La perspectiva de redes naturales: un modelo de trabajo para el Servicio Social ." Ed. Humanitas 1998. Pag 140

-La esencia del Trabajo Social consiste en la apropiación de un conocimiento objetivo de la realidad a fin de avanzar hacia el cambio positivo de las condiciones de existencia.

-Coincidimos con el E.I.E.M. en que el objeto del trabajo social es el "hombre en debate con sus circunstancias" es decir la tensión dialéctica entre necesidades y posibilidades de satisfacción, en una situación especifica que debe ser entendida y analizada por el profesional y el sujeto a fin de comprenderla, y transformarla.

El objeto del trabajo social es una síntesis de contenidos diversos (políticos, sociales. Económicos). Es una síntesis de necesidades y problemas del sujeto individual o colectivo en el marco de una realidad históricamente determinada (síntesis de contenidos determinantes de una unidad concreta.).

-Adherimos al reconocimiento de la comunicación racional como categoría específica del Servicio Social con un eje básico, *"la relación dialógica con las* ***personas involucradas, y un núcleo central metodológico el examen racional participativo de los condicionantes externos que gravitan sobre la situación, de los recursos y capacidades internas del sujeto, de las necesidades sentidas, de la utilización de los recursos comunitarios disponibles y del orden de prioridades aprecios y valores con que el sujeto enfoca su realidad y su propia existencia*** *"*[22]

La comunicación racional no es privativa de la profesión, constituye una actividad característica de todo ser humano, que permite examinar en común, los aspectos concernientes al campo vital, por lo que contiene un aspecto genérico abarcativo y a la vez un sentido específico profesional, en tanto es sustancial para el desarrollo de la relación dialógica que el Trabajador Social ha de establecer con su objeto. Osvaldo San

[22] Di Carlo E. y equipo "Trabajo Social profesiobnal : El método de la Comunicación Racional" . Ed. Humanitas . Pag. 20

Giacomo[23] plantea que para el T.S. la naturaleza y características del objeto de estudio obligan a una forma de relación peculiar entre el sujeto profesional y el objeto de atención: la comunicación racional, teniendo en cuenta que el objeto del trabajo social es una situación específica, que debe ser comprendida en su peculiaridad por el profesional y las personas involucradas para descubrir su ordenamiento propio y diferente de otras realidades.

La comunicación racional no se realiza en pos de establecer un vínculo afectivo sino de comprender la realidad. Lo que une al sujeto con el objeto es la búsqueda de objetividad del conocimiento. Por lo tanto ésta , como eje vertebrador del proceso de servicio social, permite la capacidad de objetivación de la situación problemática para definir transformaciones, mediante un proceso especifico de atención conocimiento y transformación.

III.2. Definición De Servicio Social

Desde nuestra perspectiva definiremos al Servicio Social como una disciplina de las ciencias sociales que atiende necesidades humanas concretas, en el marco de las relaciones cotidianas, puede participar activamente en la transformación de situaciones socialmente indeseables y contribuir a generar formas de convivencia solidarias y democráticas.

R. Mendez define al Servicio Social como ***" un programa diferente de las ciencias sociales que se distingue por acceder al conocimiento de la realidad operativamente, el proceso de conocimiento es un proceso de intervención y de transformación"*** [24].

---

[23] San Giácomo Osvaldo , "Construcción del objeto y comunicación racional" en Di Carlo y equipo op.cit.

[24] Méndez Rubens, citado en "La perspectiva de redes naturales : Un modelo de trabajo para el Servicio Social ." Ed Humanitas 1998 Pag. 149.

Desde aquí es un proceso de intervención en el que el trabajador va a asumir la responsabilidad de sostener una dinámica relacional que facilite el camino de sucesivas comprensiones para la acción, y el sujeto va a responsabilizarse de las sucesivas decisiones y sus consecuencias. Conocimiento y acción son concebidos como una unidad que define la realidad como posible de ser objetivada, a partir de la comunicación racional. Desde el examen racional participativo se puede acceder a la comprensión para la acción.

El proceso de Servicio Social es básicamente un proceso de deliberación común donde deviene la construcción de una perspectiva común superadora y fundante de una respuesta alternativa a una situación problemática. Proceso que comienza con el encuentro, en un estado de perdida o disminución de objetivar la realidad -dependencia- y concluye cuando nos desligamos con un estado de recuperación para objetivar la realidad -autonomía.-

También puede abordarse el Servicio Social en términos de actividad profesional, Ander Egg[25] nos dice que hay necesidad de un Servicio Social cuando una persona, grupo o comunidad, enfrenta una situación problema que resulta imposible de superar si no es con la ayuda de otros. Esta situación demanda una acción personal o institucional; en este caso el Servicio Social debe entenderse como actividad profesional. Este modo de acción sobre una realidad se realiza utilizando y aplicando el conocimiento de varias ciencias humanas, según sea la índole del problema, y de un método pertinente.

El Servicio Social es una profesión que se define desde un modo particular de acción. Cristina de Robertis[26] lo aborda en términos de método y de proceso. Consideramos al método como un conjunto de operaciones que se realizan para

---

[25] Ander Egg, E. "Diccionario de trabajo social ." Ed. Humanitas 1994.
[26] De Robertis ,Cristina "Metodología de la intervención en Trabajo Social ." Ed. El Ateneo 1992.

conocer y transformar la realidad determinadas por la disciplina; facilita el conocimiento para la acción, donde a través de aproximaciones sucesivas, se logra un conocimiento cada vez mayor del objeto y una acción transformadora mas eficaz .El método en trabajo social es la manera como actúa el trabajador social desde su primer encuentro con el asistido hasta finalizar su acción con el mismo. Es una serie de etapas entrelazadas con un fin determinado.

Coincidimos con San Giacomo en que el método, en Servicio Social es una practica social consciente realizada por sujetos involucrados, para la apropiación de un conocimiento nuevo acerca de la situación humana concreta que favorezca su transformación mediante la actividad objetiva de los sujetos en ella. Permite articular la participación de los sujetos en el desarrollo de un proceso de conocimiento con el planteamiento de necesidades y problemas relativos a la situación humana. Mas que una estructura de etapas o fases, se expresa en un ordenamiento lógico de procesos cognitivos, desarrollado sobre la base de una relación entre el trabajador social y el sujeto. La especificidad de la metodología del Servicio Social no radica en la pragmaticidad u operatividad del trabajador social en la realidad concreta, sino en la unidad entre atención y conocimiento de las necesidades y problemas, como también en resolver toda la complejidad de su articulación al proceso de conocimiento para su transformación.

La metodología es la parte de una ciencia que estudia los métodos a los cuales recurre, en Servicio social nos permite delimitar las maneras de actuar siguiendo un orden y ciertos principios. Según Eroles[27] la metodología hace referencia a un conjunto de etapas que permiten en cualquiera de los niveles de intervención

[27] Eroles , Carlos , op.cit.

(individual, familiar, comunitario), desencadenar el proceso de acompañamiento con intencionalidad transformadora que define al trabajo social.

La metodología del trabajo Social debe posibilitar la apropiación de la realidad en su dinamismo y cambio abordándola desde su unidad teórica y práctica, es decir sin separar las personas de su realidad.

En general los métodos de trabajo social se definen según la dimensión del asistido -individual, grupal, colectivo – algunas perspectivas intentan desarrollar un método integrado, (Araxa de 1968, Celats 1970, Kisnerman 1970 Perlman 1969 entre otros). Susana García Salord [28]se refiere a los distintos métodos en términos de estrategias metodológicas, en cuanto constituyen lineamientos de carácter operativo e instrumental para orientar la acción directa a los problemas sociales. Estas estrategias se estructuran sobre la base de una matriz compuesta por cinco etapas: investigación, diagnóstico. plan de acción, ejecución y evaluación. Dicha estructura se diversifica de acuerdo a las diferentes dimensiones o niveles de atención, individual, familiar y colectivo, o se integra si se articulan los tres niveles de atención en un solo proceso. Las fases metodológicas son guías para facilitar el acceso al develamiento de la realidad y constituyen en cuanto a tales un solo proceso de conocer actuando, sintiendo y pensando, no conforman la secuencia de etapas aisladas, sino un proceso de aproximaciones sucesivas que es al mismo tiempo análisis y síntesis, abstracción y concretización.

De las estrategias básicas resultan diversos modelos de intervención, de acuerdo a las áreas de intervención y a las referencias teóricas o ideológicas que los fundamentan.

---

[28] García Salord, Susana "Especificidad y rol en Trabajo Social :Curriculum- Saber- formación." Ed. Humanitas 1998.

III.2.1Caso Social Individual Familiar

La intervención individual es la que lleva a cabo el trabajador social con un individuo o familia, y la colectiva con un grupo o comunidad. Siguiendo a Cristina de Robertis podemos decir que individuos y colectivos son dos polos opuestos de una misma realidad social constituyente de la situación conflictiva, y que ambas dimensiones coexisten dialécticamente.[29]

En general, diremos que el caso social individual - familiar es un nivel de intervención orientado al individuo y la familia, no excluyente de otros niveles de intervención. Se aborda con la metodología especifica del Servicio Social, con referencia al método científico y valores humanistas, es: *"la atención de la demanda que presenta una persona en una situación concreta y a la que se responde en consideración a su dimensión psicosocial; incluyendo la historia, pautas culturales y valoraciones, implicando a otras relaciones significativas de acuerdo a la naturaleza de esa demanda, la determinación del sujeto y el criterio profesional."*[30] En esta definición se incluye la noción de demanda y respuesta que permite la superación del binomio necesidad - pedido, teniendo en cuenta que en la demanda de atención coexisten diversos factores que orientan nuestra intervención (problemas, necesidades, imagen del servicio, imagen social de la profesión, de la función del servicio, la manera en que se brinda la respuesta etc.)

Tener en cuenta la dimensión psicosocial implica considerar al hombre como un ser en situación. La persona debe ser considerada en función y en relación del contexto total y real del que forma parte en un momento y lugar (cotidianidad). Entonces considerar la dimensión psicosocial significa, para el Servicio social, tener en cuenta y

---

[29] De Robertis ,Cristina "La intervención colectiva en Trabajo Social." Ed. Humanitas 1994.
[30] Castellanos ,Beatriz op. Cit. Pag. 140

simultáneamente, tanto los aspectos psicológicos como los sociales de una demanda, la personalidad y las relaciones interpersonales, las capacidades y recursos internos del sujeto y las capacidades y recursos del medio.

Este enfoque del Servicio Social orienta la intervención individual –familiar al logro de cambios en la persona, de las relaciones interpersonales y al de la situación social a través del establecimiento de una relación dialógica con los sujetos involucrados. La meta de cambio se realiza a partir de la comprensión del sentido y significado que dichos sujetos le dan a sus interacciones, necesidades y problemas , y de la disponibilidad de los mismos para experimentar nuevas posibilidades que, como camino crítico alternativo, les permitan afrontar las dificultades y expectativas propias y del contexto relacional.

El Servicio Social se interesa por los procesos que tienen lugar dentro y fuera de la familia pero fundamentalmente mira a las personas como un sujetos con necesidades propias y a las relaciones que para ella son significativas. Esto lo hace en función de identificar vínculos positivos y recursos potenciales en la totalidad de su contexto, pero fundamentalmente en consideración a su historia , pautas culturales y valores , no solo en consideración al presente y su interacción.

Dentro del Trabajo Social ha habido una tendencia a realizar la intervención familiar desde lo individual, solo tomada como referente para ayudar a explicar la conducta de un sujeto, o tratar un problema del mismo. No se trabaja con la familia en tanto espacio de construcción de vínculos primarios donde todos los sujetos hacen a la vida del grupo. La mirada de la intervención individual es la matriz predominante en el trabajo social, tanto en la teoría como en la práctica, suele considerarse por ejemplo el menor y su familia, el anciano y su familia el enfermo y su familia pero no a la familia en situación.

Según Margarita Rozas[31], cada disciplina se diferencia por el modo de mirar, apropiarse e intervenir en lo social, en este caso la familia. , Desde este lugar es necesario tener en cuenta la concepción del trabajo social y la concepción de la familia como objeto de intervención. La realidad familiar es una totalidad en movimiento abierta, llena de complejos procesos de interacción, donde cada miembro actúa según motivos sobre los que operan diversas sobredeterminaciones contextuales como producto de las relaciones con el medio social, las cuales dan lugar a los sucesivos procesos de socialización.

La realidad familiar se expresa en hechos encadenados históricamente a través de intrincados procesos de asunción y depositación de roles asignados socialmente y asumidos individualmente. Estos procesos tienen un tiempo, una historicidad que los relaciona, que articula el pasado en un presente posibilitando la construcción de un futuro, y que se expresan a la vez en un lugar y espacio determinados, guardando relaciones de asociación y contradicción.

Es necesario construir la intervención a partir de los actores sociales que participan del proceso; el objeto de intervención se construye en una relación sujeto- sujeto.

En la intervención familiar, el trabajador social interviene por un lado a un nivel horizontal: relaciones intra grupo familiar, y por otro a un nivel vertical: relaciones con otros grupos. La intervención se articula en la relación entre la horizontalidad del grupo familiar y la verticalidad familia comunidad teniendo en cuenta precisamente esa articulación entre necesidades y sujetos como actores sociales de este proceso.

El rol del trabajador social será el de asistir en la prevención, promoción y organización familiar para la búsqueda de aportes desde una relación dialógica, a la resolución de las necesidades del grupo familiar. El mismo se instaura por medio de

---

[31] Rozas, Margarita , citada en De jong, Basso y Paira , "La familia en los albores del nuevo milenio." Ed. Humanitas 2001. Pag.36

una acción planificada en lo estratégico, organizada en la acción y coordinada en la intervención entre los diferentes actores, en sus diferentes niveles de inserción. La misma se da a partir de un proceso de análisis comprensivo que intenta trascender lo que aparece como el conflicto de la vida familiar.

En la intervención, el trabajador social construye la situación familiar a partir de la descripción y análisis de la familia mediante un proceso que comienza con el encuentro y finaliza con la ida.

Teniendo en cuenta la complejidad que implica trabajar con grupos familiares en conflicto es necesario el abordaje interdisciplinario.

III.2.2 Modelos de Servicio Social-Modelo socioclínico de redes naturales

Un modelo es un conjunto de principios de acción referidos a un campo definido de fenómenos o de experiencias que debe especificar fines, métodos y técnicas, teniendo en cuenta el marco institucional, garantizando la coherencia entre los principios éticos y valores de la profesión, con los fundamentos de la teoría que lo sustenta. La referencia que orienta la acción,, de acuerdo a Ricardo Hill es la inclusión en un todo, en una unidad de los aspectos metodológicos funcionales y también filosóficos de una forma determinada de práctica, los modelos son diferentes formas de organización de los conocimientos que guían la acción intencionada del profesional para la comprensión de la realidad a transformar.

Para los fines de este trabajo no nos interesa ahondar en los múltiples modelos de intervención en el ámbito individual familiar, simplemente haremos referencia al modelo aplicado durante la práctica que es el **socioclínico de redes naturales**. Es preciso entonces definir algunos conceptos claves.

Por perspectiva de red entendemos la posibilidad de considerar y conocer en una intervención la totalidad de un contexto de un individuo cuando trabajamos con él. Un individuo vive en una trama de relaciones sociales construida por vínculos positivos y negativos. Desde este modelo se concibe a la red como una estructura configurada por organizaciones formales e informales, se identifica y promueve las redes naturales del sujeto, fomenta la autonomía de las redes primarias en las confrontaciones con redes secundarias a través de la toma de conciencia de problemas y posibles soluciones, privilegia las redes primarias, toma como referente los conceptos de Pierre Brodeur y sigue la línea de trabajo desarrollada en Canadá e Italia, teniendo en cuenta los contextos locales.[32]

Para este modelo el trabajador social es un orientador y guía relacional, facilita procesos que llevan de la demanda de lo individual a lo colectivo, de la dependencia a la autonomía, promueve la vida de la red y facilita intercambios, apunta a la agilización de la resolución de problemas comunes, acompañando a la red, en un proceso hacia la autonomía, evitando que las decisiones sean tomadas por el mismo o las redes secundarias.

Desde nuestra perspectiva este proceso se realiza orientando la intervención hacia las redes naturales. Si se considera que la vida del sujeto se juega a nivel del encuentro real que cada uno tiene en la vida cotidiana con las relaciones significativas de su red vincular, las redes son la expresión de una estrategia relacional que la persona desarrolla para responder a sus necesidades en la construcción de su proyecto vital.

Los eventos naturales irrumpen y afectan la vida cotidiana, cuando la persona pide ayuda al trabajador social no está pudiendo afrontarlos.

---

[32] Grupo EIEM, "La perspectiva de redes naturales : Un modelo de trabajo para el Servicio Social" Ed. Humanitas, Mar del Plata 1998.

Se entiende por enfoque clínico la investigación y aproximación diagnóstica a las situaciones problemáticas que conforman el objeto de las intervenciones del trabajo social, a partir de las circunstancias concretas que contextualizan la realidad del sujeto; parte de la realidad vivida por un sujeto determinado y no de una generalización basada en supuestos objetivos. El enfoque se diferencia del diagnóstico médico porque parte del sujeto y a partir de la investigación diagnóstica aplica los conocimientos aportados por la patología: *" en la búsqueda de comprensión diagnostica sujeto y AS, se apropian de la capacidad de objetivar la realidad, de relacionar pensamientos, valores y actos concientemente realizados, resignificandolos y generando nuevos actos que posibiliten el manejo adecuado de los problemas."*[33]

III.2.3.Redes Sociales

Las redes sociales son entidades relacionales complejas de carácter colectivo, con propiedades interactivos, estructurales y funcionales. Presentan variaciones en calidad y cantidad, evolucionan en el tiempo y en el espacio, permitiendo su análisis comprender las características que los distinguen y particularizan.. Tienen por finalidad la satisfacción de las necesidades de sus miembros (afectivas, informativas, y materiales) y la transmisión de la cultura y valores que le son propios.

La red social de una persona es la trama de relaciones que ha establecido. Las redes sociales indican las características estructurales, de la relacionas humanas mantenidas por una persona. El soporte social constituye la asistencia emocional o material que la persona deriva de una determinada organización social.

---

[33] Castellanos Beatriz, op.cit.

La red social de una persona es la trama de relaciones que ha establecido. Las redes sociales indican las características estructurales, de la relacionas humanas mantenidas por una persona. El soporte social constituye la asistencia emocional o material que la persona deriva de una determinada organización social.

La red social primaria es el conjunto de personas que se conocen entre sí y están unidas por lazos de familia, vecindad, amistad y trabajo o estudio, constituyendo agrupamientos en los que los vínculos que unen a sus miembros son de naturaleza afectiva antes que funcionales. Representan un territorio psíquico mas allá de su localización geográfica o temporal y las relaciones que en ellas se producen están basadas en la reciprocidad, mediata o inmediata, caracterizándose los intercambios por la gratuidad.

Los límites de las redes primarias van más allá de la familia extensa y las funciones desarrolladas no son idénticas, tampoco tienen como función principal subrogar a la familia, cumplen funciones distintas como por ejemplo los amigos o los amigos del trabajo. Como grupos son recorridas por tensiones y polarizaciones, alianzas conflictos y contradicciones, se diferencian por no tener fronteras precisas y estables en su estructura, por ser fluctuantes en el tiempo y en el espacio. Con su devenir constituyen su propia historia, mientras que en el grupo la historia está ligada a la contingencia que lo convoca.

Como sistema es portador de una cultura, producto de intercambios entre redes diversas y contexto macrosocial. Familia y redes primarias no son términos equivalentes ni excluyentes, en términos de redes se piensa a la familia y su ambiente como unidad, no se aísla a la persona de sus vínculos mediatos o inmediatos, el sostén que puede brindar la familia no es sustituible pero puede ser compartido.

La irrupción de un evento crítico puede generar una ampliación de la red con la inclusión de nuevos miembros permitiendo una configuración distinta de la misma, modificando y ampliando los tipos de intercambio que en su interior se generan.

Las redes secundarias son los conjuntos sociales instituidos, estructurados en forma precisa para desarrollar funciones específicas. Sus integrantes cumplen roles predeterminados y las relaciones que se dan en su interior se fundan en el derecho o en el dinero.

Actualmente pueden dividirse en redes secundarias formales –instituciones- e informales -tercer sector-.

Las redes naturales son la expresión de los mecanismos puestos en marcha por las personas para satisfacer sus necesidades de todo tipo, condicionadas en su construcción y acceso por factores estructurales y no solo producto del deseo y la disponibilidad de los sujetos que las componen. Son la expresión de los modos históricos, socioeconómicos y culturales, puestos en marcha por la persona para la consecución de su proyecto de vida. El análisis y comprensión de los modos peculiares en que la interfase de redes primarias y secundarias se expresa, permite comprender en la cotidianeidad, la manera en que lo macrosocial se particulariza.

Se caracterizan de manera diferente según el tipo de soporte que brinden. Sus vínculos no son simétricos ni equivalentes, se dividen en sectores, son redes de mayas cerradas, basadas en vínculos fuertes que pueden favorecer el acceso a recursos instrumentales e intangibles: el afecto, la seguridad, la protección, el apoyo psicológico. Su exploración favorece a la comprensión de la manera particular en que redes primarias y secundarias se relacionan en un tiempo y espacio determinados.

Entre sus características podemos citar:

b)Densidad -cantidad de vínculos-

-Sectores (familia, vecinos, amigos, compañeros, miembros de redes formales e informales)

-Distribución y dispersión de acuerdo a ubicación geográfica

-Homogeneidad y heterogeneidad según edad sexo, nivel socio económico etc.

c)Funcionales -tipos de intercambios que los miembros realizan entre sí, a los bienes que circulan entre ellos afectivos, materiales e informativos -

-Intercambios afectivos: apoyo emocional, guía, regulación social, compañía, etc.)

-Intercambios materiales

-Intercambios informativos

d)Vinculares - conjunto de relaciones interpersonales que caracterizan a una red, caracterizados por la reciprocidad (vínculos familiares amistosos, con compañeros con miembros de redes formales)-

La red tiene una dinámica propia producto de las relaciones intra y extra red, produce discurso colectivo y soporte social. El discurso colectivo es el que configura la cultura propia en cada red; el soporte social es un efecto espontáneo de la dinámica de la red, producto de la interacción de la persona con sus relaciones inmediatas y su contexto, y de aportes afectivos materiales e informativos entre todos; el sostén puede ser acrecentado, modificado o provocado mediante la intervención intencionada de un profesional, cuando se reconocen contradicciones del mismo. ·

Las redes naturales, cuando integran armónicamente sus diferentes sectores producen además de sostén una capacidad de amortiguación, frente a las contigencias vitales críticas o naturales y a los impactos provenientes de situaciones contextuales

Varias investigaciones han puesto de manifiesto la evolución de tratamiento en personas enfermas con buen soporte social.

III.3.Proceso metodológico

Toda intervención requiere la definición de un proceso metodológico. Para el modelo socio clínico de redes naturales se articulan las etapas del proceso de servicio social (investigación, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación), con las fases de Brodeur y Rousseau que articulan la metodología de caso social individual –familiar con una perspectiva clínica y psicosocial orientada a las redes naturales.[34]

III.3.1.Fases del proceso

a. Investigación

Es una etapa exploratoria que dura uno o varios encuentros en la que se indagan los elementos constitutivos de la situación problemática del sujeto, que suele presentarse en forma caótica y desordenada. Implica la compilación de unos cierto número de elementos (misión y función del servicio social de la institución- usuario- trabajador social- demanda) y luego la reutilización de los mismos por parte del sujeto y del profesional. El fin de esta etapa es obtener la información necesaria para la comprensión del problema que da lugar a la demanda y comprometer a la persona y a la red para la búsqueda de soluciones.

En esta etapa el T.S. toma contacto con la red a través de una persona o grupo de personas que solicitan ayuda en una institución. Mediante una dinámica relacional, se

[34] Castellanos , Beatriz op.cit

trata de indagar acerca de lo que necesita y espera el demandante; es un período de escucha de la demanda. De acuerdo a lo planteado por Cristina de Revertís durante esta etapa el individuo atraviesa *"nociones ambivalentes, de búsqueda de ayuda y cambio de resistencia al cambio, de sentimientos de dependencia, etc."*

Dados los fines del trabajo debemos pensar esta fase en el marco de intervención en una problemática de irrupción brusca, con un alto grado de desestructuración individual familiar, a partir de la cual la persona no ha elaborado un proceso de búsqueda de ayuda. Por lo general se ve sorprendido por la problemática, el T.S. muchas veces interviene por criterio propio clarificando la situación para hacerla manifiesta y conciente y movilizando a la red. Durante esta etapa se produce la identificación y movilización de la red en función de la nueva situación, y a las necesidades del usuario y del servicio. Nos parece importante la observación de Cristina de Robertis respecto a que en esta etapa se produce una inducción a la demanda y un condicionamiento de la respuesta.

El trabajador social descentra su mirada de la persona y presta atención a las señales que el colectivo transmite. En esta etapa pueden registrarse dos momentos:

Demanda : registro individual del problema, lo planteado en el primer encuentro, esta condicionada por la imagen del servicio y la idea que el medio social tiene de sus funciones, la imagen social de la profesión y de la competencia de las diferentes profesiones, el tipo de intervención que realice el trabajador social, el tipo de respuesta que brinde etc..

Euforia: Él comenzar a registrar la presencia de otros con quienes compartir la resolución de la situación problemática.

-Relación:

Desde este modelo de intervención se priorizar el establecimiento de una relación dialógica que se sostendrá durante todo el proceso. La relación en tanto el contexto interpersonal en el que se origina el proceso, debe ser una relación profesional, horizontal y asimétrica de escucha atenta y de dialogicidad.

-Técnicas:

La entrevista es la técnica básica para el establecimiento de la relación, y es el medio para llevar a cabo la comunicación racional.

Se prioriza el uso de entrevista focalizada , abierta, semiestructurada. También se hace uso de la observación siempre

-Contenido:

Es una etapa exploratoria debe reunir información sobre la persona y la red, en general se remiten los siguientes contenidos:

-Datos generales de la persona

-Motivo de intervención

-Problema planteado por la persona

-Red social

-Calidad de vida previa a la intervención (capacidades físicas intelectuales como el problema afecta a la misma)

-Proyecto vital personal familiar

-Características específicas de la problemática

-Vivienda

-Situación económica

-Situación cultural

-Expectativas de la institución y Servicio Social

-Recursos personales e institucionales

b. Diagnostico

Desde un enfoque psicosocial él diagnóstico es una comprensión dinámica del presente, con recuperación del pasado, en los aspectos que configuran la circunstancia inicial y en función de un futuro deseado. Esta comprensión contiene además la motivación y las capacidades física, intelectual y emocional activada o potencial de la persona para afrontar dicha circunstancia inicial y sostener procesos de cambio. El diagnóstico implica definir el problema con capacidad de comprensión y resolución y definir el tratamiento a seguir. Es una gestión operativa que desemboca en un proyecto de intervención; debe centrarse en la problemática a resolver y en la definición del problema objeto de intervención, es decir los aspectos de la demanda susceptibles de ser transformados por nuestra intervención, teniendo en cuenta al cliente, la institución y al propio trabajador social.

Es un proceso continuo, dinámico y provisorio, subjetivo, ideológico y compartido por el usuario. Desde la perspectiva de red no se profundiza solo en el problema, sino en el nexo que hay entre la demanda y la red.

El diagnóstico organiza el pensamiento que transcurre durante la acción, y ordena procesualmente el material que se va obteniendo de la intervención.Este proceso de comprensión no se puede hacer sin una comunicación entre el sujeto y el trabajador social; comunicación que debe establecerse en términos de relación, esto quiere decir que además de los elementos que se reconocen en toda comunicación y deben tenerse en cuenta para la facilitación de la misma (emisor, receptor, canal, mensaje) en el servicio social también se establece concientemente una interacción por donde circulan

los sentimientos y las emociones. Es una comunicación racional -si se entiende que lo racional no está dado- es un resultado.

El concepto de comunicación racional expresa la cualidad de participativo y crítico. Algo es racional en la medida que puede ser participado a los otros, la participación en la transformación de la situación.

La comunicación racional permite examinar y fortalecer la cooperación inteligente en el campo de la experiencia social, orientando la acción hacia fines comunes o sociales. Es la forma mediante la cual el trabajador social se relaciona con su objeto, a través de ella puede conocer para planificar. La intervención es una interacción con el sujeto que se realiza en forma deliberada, persiguiendo como objetivo el inetnto de modificar una situación que se presenta incierta y confusa en una clara y definida.

El diagnostico es el eje vertebrador de la metodología del Servicio Social. Es un proceso investigatorio donde existen medios lógicos para evitar caer en una falsa percepción de la situación y en conclusiones apresuradas. Al comienzo del proceso, el sujeto plantea una situación social problemática, que se presenta al trabajador social en forma caótica y desordenada, debiendo discriminar sus elementos constitutivos de la misma para poder conocer y comprender lo que sucede, por qué sucede, que elementos constituyen esa situación; conocer estos elementos permitirá definir la situación hasta transformarla en algo definido sobre lo que se pueda intervenir, teniendo en cuenta la naturaleza del problema, el significado para el sujeto, lo que considera el profesional y la capacidad de respuesta de la institución.

Antes de esto y a través de la investigación debe indagarse sobre: los factores intervinientes, los hechos referentes a la persona, a la situación social problemática, al contexto; luego se analiza y reflexiona y se elabora un juicio conclusivo.

Los problemas, conflictos o confusiones sociales, existen mas allá de que sean sometidos al estudio diagnóstico, lo que hacemos es tratar de comprender la situación en función de la misma y diseñar las actividades que se realizan para transformarla.

El poder encontrar qué problema o problemas son los que una situación social problemática presenta, significa haber avanzado en el proceso investigatorio, se va produciendo así la transformación parcial de una situación, relacionando hechos con conceptos para definir los elementos constitutivos del problema.

En el proceso de diagnóstico, se confrontan dos lógicas diferentes: la subjetividad individual y la intersubjetividad. Durante esta etapa se explica la intervención del trabajador social y se orienta a los miembros de la red al análisis de sus vínculos. En esta instancia ya ha visto la dimensión colectiva. El trabajador social sale de su escucha pasiva y orienta a la red a que piense en alguna forma de resolución del problema con la participación de todos sus miembros, dando lugar así a un proyecto diferente que el planteado en la demanda. En esta fase se realizan hipótesis operativas, se sugiere a la red movilizarse colectivamente para resolver sus problemas, o no se hace una propuesta formal, pero se orienta en distintos encuentros para que se asuma el problema como algo colectivo, y se los anima para que desarrollen mecanismos colectivos de resolución. A veces la red se cierra, atraviesa por un período de resistencia, puede retirar la demanda, exigir resolverla en forma individual, o acusar al trabajador social de no cumplir su trabajo y no ceder recursos. En la etapa de movilización el trabajador social debe sostener su propuesta en un clima de ambigüedad, para pasar a una etapa de toma de conciencia y acción.

Se forma un discurso colectivo a partir de la confrontación de lógicas diferentes (sujeto- red - institución-trabajador social), generando conflictos y contradicciones

acerca del problema. El discurso colectivo emerge a través de la relación dialógica y la deliberación común.

c. Planificación- toma de conciencia

Es la construcción de un proyecto común superador de la situación, una hipótesis derivada del diagnóstico que implica definir objetivos, plazos, actividades participantes.

Durante esta etapa el trabajador social acompaña la elaboración del proyecto colectivo, respetando las decisiones de la red en la definición de una nueva organización y apoyando las actitudes cooperativas y solidarias. Interviene para clarificar confusiones en relación con diferentes implicancias del problema y las distintas responsabilidades y funciones de los involucrados, señala estrategia a utilizar a fin de lograr los objetivos propuestos luego de la evaluación diagnóstica.

d. Ejecución – Acción

Es la puesta en marcha del proyecto, la puesta en práctica de intervenciones directas e indirectas que el trabajador social realizó desde el inicio del proceso.

e. Evaluación

Este proceso está presente en todas las fases, implica un enfoque global de la totalidad de acciones y actividades llevadas adelante, programadas con una intencionalidad para llegar al objetivo o cambio que se pretendió desde un primer momento, es una operación de síntesis.

En este camino podemos reconocer tres momentos:

Evaluación preliminar: primera apreciación que se hace sobre el sujeto y su situación.

Evaluación diagnóstica: momento conclusivo que marca el sentido del encuentro de la persona y su red. Es la reconversión de la demanda individual, la explicitación de la dimensión colectiva del problema, y la elaboración de la respuesta.

Evaluación final: marca el sentido de la autonomía de la persona y la red en la toma a cargo del problema.

Desde una perspectiva psicodinámica, socio relacional, históricA e integral, la evaluación implica la consideración de:[35]

-La persona y la red

-Nuestros pares

-Miembros del equipo interdisciplinario.

-Profesionales de otros servicios .

[35] Castellanos Beatriz , op.cit.

IV. FAMILIA

IV.1. Perspectiva Social de la Familia

La familia es el contexto donde en nuestro sistema social se transmiten los aprendizajes fundamentales, es un sistema relacional sumamente significativo, es la organización humana que se ha mantenido estable con el correr del tiempo y ha demostrado siempre capacidad para responder a dos objetivos: la protección de sus miembros y la transmisión de conducta.

Desde la perspectiva sistémica se la define como un sistema relacional que supera y articula entre sí los diversos componentes individuales. El mismo debe poseer una estructura estable apta para proporcionar a sus miembros las capacidades de adaptación a las condiciones externas siempre cambiantes, equilibrando en su seno tendencias homeostáticas y de cambio. A través de acuerdos relacionales (reglas) que prescriben y limitan las conductas individuales, las cuales pueden variar en el tiempo y son particulares de cada grupo familiar, estas reglas configuran mitos familiares, es decir, pautas comunes de todos los miembros de la familia respecto a roles y funciones.[36]

Desde una perspectiva interdisciplinaria podemos definir a la familia como una unidad básica biopsicosocial con leyes y dinámicas propias, que le permite mantenerse en equilibrio y soportar las tensiones y variaciones sin perder la identidad como grupo primario de organización social, a través de la unidad y la continuidad en el tiempo, es un grupo primario en el que sus miembros se relacionan por lazos sanguíneos, afectivos

[36] Campagnini y Luppi, "Servicio social y modelo sistémico" Buenos Aires. Paidos. 1991.

y de participación, existe consenso en que un adecuado interjuego del sistema familiar es un factor fundamental para sostener y elaborar las crisis vitales normales en cada uno de sus miembros y los problemas de convivencia desencadenados por la crisis estructural y permanente de nuestra sociedad, aunque desde nuestra perspectiva sostenemos que la consideración de la persona sumergida y determinada por el contexto familiar, sesga nuestra mirada y restringe la comprensión del campo psicosocial *" el servicio social se interesa por los procesos que tienen lugar dentro y fuera de la familia, pero fundamentalmente mira a la persona como un sujeto con necesidades propias y a las relaciones que para ella son significativas... en función de identificar vínculos positivos y recursos potenciales en la totalidad de su contexto, en consideración de su historia, pautas culturales y valores y no solo en consideración del presente y su interacción"* [37]

Considerada como organización social básica reproductora de aspectos biológicos psicológicos y sociales, la familia es un espacio complejo y contradictorio producto de condiciones sociales, políticas, culturales, y atravesada por una historia de modelos o formas hegemónicas esperadas socialmente y una historia singular de su propia organización, donde confluyen lo esperado socialmente, lo deseado por la familia y el contexto. No es un lugar que puede ser naturalizado como bueno en sí mismo, pues en ella también se pueden consolidar y reproducir desigualdades sociales. No es una institución espontánea, ha estado ligada históricamente al desarrollo de las sociedades y a los modos culturales de organización social. Coincidimos con Payra en *que " El modelo hegemónico que se consolida con el liberalismo en la modernidad rompe con los lazos de comunidad solidaria en nombre de las libertades y derechos individuales y al no tener un lugar donde depositar la responsabilidad social por las conductas*

[37] Castellanos Beatriz op.cit

individuales concentra a esta en la familia como instancia privilegiada consolidándose así la idea de célula básica de la sociedad, siendo todo lo que suceda a una persona producto *de se estructura familiar, a partir de aquí se consolida un modelo de familia que la iglesia sostiene como institución social, iniciada por libre elección* de *la pareja sobre la base de la afectividad y al amor"*[38].Un concepto clásico de familia, recabado de los autores que la analizan es el de institución social ligada a la sexualidad y a la procreación, que regula el significado social y cultural a las necesidades de sus miembros, constituyendo un espacio de convivencia cotidiana, el hogar con una economía compartida y domesticidad colectiva. Podemos decir que los ejes de esta concepción sexualidad – procreación convivencia han ido variando significativamente.

Grasssi plantea que la familia en cuanto a institución es víctima de un doble discurso, por un lado es la célula de la sociedad y por otro la culpable de todos los males individuales. Coincidimos con la autora en que la familia no está en crisis sino en transformación, lo que sí está en crisis es el modelo de familiar por el cual el padre provee y la madre cría y vigila la moral. Por ot.ro lado hay un discurso idealizador de la familia (es siempre solidaria, carece de tensiones internas) y los roles familiares se van transformando. Por eso podemos decir que la familia se transforma, no hay un único modo de ser familia (familia nuclear), es por eso que como interventores situaciones familiares debemos repensar los modos de entender la configuración familiar.

Es cierto que en la realidad social actual, la familia tiene importancia y significación como elemento fundamental de la sociedad, pero solo a la luz de las disquisiciones que venimos desarrollando. La estructura familiar está sometida a condiciones socioeconómicas, culturales geográficas políticas, produce un sistema social de

[38] De Jong, Basso y Payra "La familia en los albores del nuevo milenio: Reflexiones interdisciplinarias. Un aporte al trabajo social" Buenos Aires. Espacio. 2000

relaciones, donde cada familia, cada sujeto que la integra significa estas relaciones desde sus condiciones concretas que se expresan en la vida cotidiana y desde su particular manera de valorar.

Cada familia es también vehiculizadora de normas, valores y sistemas sociales de representación desde donde construye su mundo, sus modos de interacción que le dan sentido y un modo de entender las funciones y roles vinculados a la sexualidad-reproducción – socialización cuidados de los miembros con relación a las necesidades socio culturales de trabajo, alimentación, salud, educación, vestido, vivienda, seguridad, y necesidades intangibles como afecto participación creación aprendizaje etc.

Ya no podemos hablar de un concepto de familia general. Se puede decir que la familia se constituye a partir de la internalización recíproca por parte de sus miembros de su condición de tal y cada uno de ellos se reconoce en un nosotros nuestra familia respondiendo a condiciones contextuales.

Cada familia tiene un concepto de familia que es preciso conocer, es necesario reconocer los modos de construcción y de ejercicio de roles y funciones desde una perspectiva de movilidad. Cada familia responde a modos particulares del sector cultural del que forma parte. Cada situación familiar se construye en una relación tiempo espacio, donde las fuerzas expresan intereses comunes y diferentes, donde se establecen interacciones, comunicación y poder; es un espacio sociocultural instituyente de la vida de cada sujeto en tanto es una estructura social en movimiento que se modifica en su proceso de vida, pero a la vez es un espacio instituido socialmente, con configuración legal y normativa.

Es cierto que existen modelos sociales de familia internalizados como normales, pero hoy mas que nunca es preciso entender la diversidad, no homogeneizar las familias

sobre la base de un modelo determinado, entender los conflictos familiares desde el propio grupo familiar, desde su historia de vida, sus intereses, expectativas.

La familia constituye por lo tanto una organización institucional y grupal producto de múltiples relaciones, cuando más sometida está a las representaciones del modelo familiar vigente, mayor es la posibilidad de constituir una organización objeto de determinaciones externas, y si no logra parecerse al modelo de enfermar.

Finalmente es preciso destacar que la familia no es autónoma ni autosuficiente y si bien en situaciones de crisis es el núcleo social básico que decidirá sobre el sujeto el mismo precisa de las redes sociales para su contención y proyección. *" La recuperación y construcción de redes sociales ayuda a la familia a sentirse contenida aunar esfuerzos, construir identidades colectivas que son el soporte para la vida y su proyección... La red social implica un proceso de construcción permanente que constituye un sistema abierto que en el intercambio comunicación y acción entre sus miembros posibilita el abordaje de situaciones sociales y potenciación de los recursos que se poseen donde cada miembro de una familia de un grupo o de una institución se enriquece a través de múltiples relaciones que se establecen y desarrollan"*

IV.2. Ciclo Vital Personal Familiar

El ciclo de vida es el transcurso desde el nacimiento hasta la muerte compuesto por una serie de etapas. Coincidimos con Sánchez Salgado en que esta concepción implica estudiar al ser humano en todas las etapas de la vida ya que, teniendo en cuenta la interacción de las dimensiones biológicas y sociales de cada individuo, explica cómo la gente se comporta a lo largo de ella. Así la edad cronológica se toma como indicador

de la experiencia personal del individuo (biológica, psicológica y social) y de las posibilidades variadas de conductas y actitudes resultantes. Las personas en la misma etapa del curso de vida tienen mucho en común: desarrollo biológico, roles, funciones.

El concepto de ciclo vital se asocia al de transición que puede definirse como puntos de demarcación en sus vidas: pasajes, temporadas y tareas del desarrollo continuo, situaciones normales que las personas atraviesan. Moverse de una etapa o evento de la vida a otro con grados de inestabilidad en el proceso adaptativo, incluyendo cambios de las funciones sociales. Cada transición trae consigo un período que se caracteriza por sentimientos de inseguridad e inestabilidad, lo que implica reestructuración y readaptación tanto psicológica como social.

A partir de 1970 se utiliza el concepto de ciclo vital para la familia, se parte de que existen dos ejes: uno vertical por el que se transmiten de generación en generación modelos de relación y de funcionamiento y otro horizontal que recoge el stress que la familia encuentra en su camino a través del tiempo, adaptándose a los cambios de cada etapa. En este eje horizontal se incluyen crisis derivadas por otros factores (muerte, enfermedad, contexto económico etc.) , de acuerdo a esto la familia pasa por diversas fases del ciclo de vida, con hechos críticos que definen su cadencia:

-Formación de la pareja: Los eventos críticos de esta etapa son el matrimonio o convivencia estable, la definición de las fronteras de un nuevo sistema conyugal, formación de la identidad de la pareja, redefinición de las relaciones con familias de origen y amigos.

-Familia con niños: El evento crítico de esta etapa es la llegada de los hijos.

-Familia con adolescentes: El evento crítico es la entrada de los hilos a ala adolescencia.

-Familia trampolín: El evento crítico es la retirada de los hijos del hogar.

-Familia en edad avanzada: Son eventos críticos de esta etapa la jubilación, enfermedad y la muerte.

IV.3. Evento crítico desestructurante

Son aquellos hechos que ocurren en la vida de las personas que tienen una importancia tal que ejercen un impacto en términos de vivencias emocionales o que pueden introducir cambios en los hábitos y costumbres los cuales requieren esfuerzo adaptativo. De acuerdo a su naturaleza pueden ser críticos (muerte, divorcio, cambio de empleo, enfermedad, discapacidad) o naturales (nacimiento de hijos, jubilación). Su impacto debe ser entendido dentro de un contexto social Y psicológico y sus consecuencias no tienen que ser dañinas.

Eroles[39] los define como situación límite, es decir como una circunstancia sobreviniente que modifica abruptamente las condiciones de vida del contexto familiar, dificultando el desarrollo del proyecto vital.

La familia en crisis es una familia cuyas normas y códigos ya no alcanzan para cumplir sus funciones básicas. Los eventos críticos son contingencias vitales críticas o naturales que afectan al desarrollo de proyecto vital personal y familiar, situaciones específicas que producen desestructuración, externa o interna que sucede a una persona o familia alterando la estabilidad biopsicosocial, iniciándose así una cadena de acciones y reacciones.

Minuchin[40] plantea que la crisis se define como una situación que presenta elementos tan poco habituales que el individuo o sistema se ve obligado a transformarse para afrontar esta situación. Aquí la crisis va ligada a la idea de cambio y

---

[39] Eroles, Carlos y Equipo "Familia: Conflictos y Desafíos.Manual de prevención y orientación familiar" Buenos Aires . Espacio. 2000.

se presentan bajo dos formas, progresiva o súbita, en el primer caso, se buscan respuestas progresivamente, y en los segundos de forma súbita, por lo que es necesario una intervención externa. Los eventos de irrupción brusca obligan a tomar decisiones urgentes.

Algunos de los elementos específicos que definen la crisis familiar son:

-Incapacidad para cumplir las tareas habituales.

-Incapacidad para tomar decisiones y solucionar problemas.

-Incapacidad para cuidar unos de otros.

Son indispensables para superar las crisis los recursos familiares, el apoyo y la red social.

La familia es un sistema natural de apoyo, tanto en los periodos de dependencia como independencia de las personas. El apoyo familiar permite:

-Incremetar la seguridad de la persona para afrontar las crisis vitales.

IV.3.1.Enfermedad como evento crítico altamente desetructurante del equilibrio individual familiar.

Se puede definir a la enfermedad crónica como la presencia irreversible, con agravación o latencia de estados de enfermedad o deterioro que comprometen a todo el entorno humano en el apoyo, mantenimiento de autonomía o funciones vitales en la prevención de nuevas incapacidades. Esta definición permite conceptuar la enfermedad y sus características como un fenómeno que actúa sobre el sistema familiar.

---

[40] Minuchin,S. y otros "Técnicas de terapia familiar" . Buenos Aires. Piados. 1992

Aunque los procesos crónicos se producen en todas las edades, los ancianos constituyen el mayor sector poblacional de enfermos crónicos.

Un asistente social debe conocer las principales enfermedades crónicas o familiarizarse con las mismas cuando una familia solicita tratamiento. Un buen conocimiento de la enfermedad posibilita preveer los problemas que se plantearán en cada familia: el inicio los diversos estadios de desarrollo, el final de la enfermedad y el grado de invalidez que provoca ayudarán a modular la respuesta de la familia. Si el proceso se inicia con una fase aguda, como por ejemplo un A.C.V. ésta deberá movilizar rápidamente sus recursos y su aptitud para resolver problemas, esto se acompañará de cambios que afectan a la estructura y roles de cada uno.

Una enfermedad puede ser progresiva, permanente o episódica, sujeta a recaídas. Una agravación progresiva requiere una constante adaptación a la evolución del estado del paciente y a los cuidados que exige. Si la agravación es lenta la familia corre el riesgo de agotarse durante los años de asistencia cotidiana, si la evolución es más rápida, su ritmo puede desbordar la flexibilidad de adaptación de las personas y los recursos disponibles. Un paciente cuyo estado apenas evoluciona como un enfermo de A.C.V. cambia la vida de la persona y familia en forma previsible y estable.

IV.3.2. Características de buen funcionamiento familiar

-Interacciones entre sus miembros regulares y variadas.

-Contactos con redes primarias y secundarias.

-Toma de decisiones democrática

-Búsqueda de solución a los problemas.

-Flexibilidad en los roles.

-Espacio para la autonomía.

-Capacidad de sostén

-Capacidad para enfrentar la adversidad.

IV.4. Familia y Tercera Edad

El envejecimiento se produce desde el nacimiento hasta la muerte, envuelve procesos sociales psicológicos y biológicos. Las experiencias de la vejez están moldeadas por factores históricos de las generaciones. En la teoría del desarrollo es la última etapa de la vida, se manifiesta llena de complejidades con cambios biológicos, psicológicos y sociales; el envejecimiento es una experiencia natural, dinámica y evolutiva.

En general se tiende a definir a la vejez en términos de edad cronológica, que establece la demarcación de diferentes etapas de la vida, de este modo se analiza la vejez en términos de años vividos.

Sánchez Salgado define a la vejez como *"un fenómeno natural que se refiere a los cambios que ocurren a través del ciclo de la vida... un proceso natural, gradual de cambios y transformaciones en el ámbito biológico, psicológico y social, que ocurren a través del tiempo.*[41]*"* . Desde esta perspectiva se puede hablar de un envejecimiento biológico o senectud (cambios físicos por declinación de células, gradual y orgánico, universal), psicológico (cambios en los procesos sensoriales y preceptúales, destrezas motoras, funcionamiento mental, personalidad, motivaciones) y social (hábitos sociales, relaciones, con familia y amigos, de trabajo). Según pasan los años las funciones y relaciones sociales se alteran, en especial se reducen las interacciones

[41] Sánchez Salgado Carmen "Gerontología social" Buenos Aires. Espacio. 2000

sociales y el medio social, determina el significado de la vejez para una persona junto a lo positivo o negativo de esa experiencia.

Estas dimensiones están interrelacionadas entre sí en la vida de las personas de edad avanzada, el envejecer es una experiencia individual y heterogénea.

La vejez es un hecho biológico y una construcción social, los cambios que se producen en esta etapa de la vida son influidos también por el medio social, la edad mayor determina un nuevo estrato social y la sociedad asigna un papel determinado a este estrato.

Las transiciones de esta etapa del ciclo de vida son:

-Supervivencia a la adultez tardía y vejez:

Esto está dado por la mayor expectativa de vida en torno a los adelantos en la ciencia y en la medicina, lo que trae aparejado el deterioro de la salud y la probabilidad de sufrir enfermedades crónicas. El deterioro físico puede ocasionar la capacidad funcional de la persona poniéndola en situación de dependencia, el declinar de la salud es propio de la vejez pero para su mantenimiento y calidad de vida influyen factores como el nivel de educación, situación social, económica, cultural, sistema de apoyo social.

Las implicancias más profundas de la sobrevivencia son las que afectan a la estructura y funcionamiento familiar. En la edad avanzada se experimentan condiciones incapacitantes y los miembros de la familia que más atención y cuidado demandan son los mayores de 75 años. La familia mantiene una posición de preeminencia dentro del espacio vital psicológico del mayor, en especial por su virtud para proveer seguridad emocional y material, a la vez los mayores ejercen funciones vitales dentro de la familia, lo cual los convierte en recursos para la misma (Ej. abuelas que cuidan a los

nietos), la sobrevivencia permite que sean recipientes de la asistencia familiar y proveedores de la misma.

-Retiro o jubilación :

Constituye un punto crucial de transición en la vida de la persona de edad mayor, representa el final de un ciclo de productividad económica y afecta a la identidad personal y las relaciones construidas a lo largo de la vida laboral o en el ámbito laboral. También afectan a la vida de pareja y a la utilización de mayor tiempo libre.Implica ajustes individuales y familiares y diferentes fases de adaptación, en general se asocia a la vejez con la falta de empleo.

-Abuelazgo:

Se produce el desarrollo de esta nueva función, en la actualidad los abuelos son una fuente importante de soporte en la vida familiar.

-Viudez:

Se caracteriza por una aflicción o duelo, soledad, pérdida de compañía cambios en el estilo de vida y circunstancias de las personas, genera vulnerabilidad, no-resolución del duelo, enfermedad, etc.

La familia es una institución esencial para las personas de la tercera edad, a pesar de sus formas y funciones cambiantes, esta sigue siendo un punto de referencia crucial para la mayoría de las personas de edad avanzada, quienes están vinculadas a una red de apoyo familiar en la cual la persona o esposo y los hijos ocupan una función primordial, se convierten en la principal guía emocional en tiempos de crisis. Cuando el anciano o anciana se enfrenta a un evento invalidante se hace dependiente de su familia, la que debe asumir una posición de mayor protección y atención. Esto se convierte en fuente de conflicto, por eso la familia con miembros ancianos dependientes requiere ser fortalecida.

TRABAJO DE CAMPO

I. ASPECTOS DESCRIPTIVOS DEL CONTEXTO INSTITUCIONAL

I.1. Hospital Privado de Comunidad

En 1965 se crea la Fundación Médica Mar del Plata, entidad sin fines de lucro, con la misión de crear, mantener y desarrollar un Hospital Privado de acuerdo a normas y sistemas de elevada pauta técnico científica, con proyección a la comunidad y, en relación con esta finalidad básica, promover, apoyar, sostener realizar y / o patrocinar todas las actividades tendientes a la promoción, protección y recuperación de la salud.

Era primordial contar con un establecimiento hospitalario ajeno a los vaivenes políticos y que no fuera producto de una inversión con exigencias de réditos económicos posteriores. Una fundación era la figura jurídica que permitía adquirir un inmueble contemplando ambos requisitos: no pertenecer al Estado ni perseguir fines de lucro, por esto se constituyó la Fundación Médica Mar del Plata.

Se elaboraron los estatutos, fijándose como objetivo primordial el de crear un Hospital cuya misión sería la de llevar a cabo ciertos postulados sostenibles a través del tiempo.

No bien se aprobaron, se comenzó una intensa labor de divulgación entre amigos y pacientes trasmitiendo la idea de la Fundación, para captarlos como socios fundadores.

Con el dinero obtenido se compró un terreno en el centro geográfico de la ciudad y se comenzó a construir el edificio.

En 1971 se crea el Hospital Privado de Comunidad con dos características significativas: pertenecer a una Fundación (entidad sin fines de lucro) y contar con un plantel médico de tiempo completo y con dedicación exclusiva.

Los primeros 4.000 m2 edificados con los que se inició, son hoy 23.000 m2 que albergan una gran variedad de servicios médicos asistenciales de diagnóstico y tratamiento y numerosas áreas de apoyo de carácter técnico, administrativo y de mantenimiento.

I.1.1.Objetivos de la institución

I.1.2.Objetivo General:

- Se pretende lograr alta calificación científico Técnica, moderno equipamiento y costos accesibles, teniendo en cuenta: unidad de lugar, unidad de tiempo y unidad de criterio.

I.1.3.Objetivos específicos:

- Formación científico técnica de los integrantes de equipos de trabajo aplicados a salud.
- Implementación progresiva de sistemas y métodos de trabajo de rigurosa organización científica, como los propiciados por la OMS. y otros organismos especializados con miras al mas alto rendimiento técnico
- Facilitar medios para que la actividad y Servicio de Hospital alcancen todos los sectores de la comunidad.
- Alentar la investigación para el progreso de la ciencia médica
- Investigación y aplicación de modernas técnicas administrativas vinculadas a las problemáticas de salud.

I.2. Servicio de Neurología

Este servicio data de hace varios años pasando de ser unipersonal a estar actualmente integrado por once profesionales. Se efectúan en promedio doce mil consultas anuales en consultorios externos, dos mil cuatrocientas en Urgencias, los datos de internación muestran novecientos egresos por año con un promedio de cinco días de estadía. El abordaje de los casos es realizado en forma conjunta por los profesionales intervinientes en el área, cuatro médicos de planta y siete médicos residentes, que trabajan a tiempo completo y con dedicación exclusiva en permanente relación con constante supervisión de los médicos residentes.

I.2.1.Características de la Internación

La organización de las internaciones es de acuerdo a las patologías de los pacientes, de esta manera la institución cuenta con diferentes sectores:

Planta Baja

- Unidad Coronaria
- Cardiología
- Neurología

Primer piso

- Terapia Intensiva.
- Cirugía

Segundo Piso

- Psiquiatría
- Clínica medica
- Traumatología
- Maternidad
- Pediatría
- Terapia Intensiva Pediatría

Por tratarse de un Hospital de atención de agudos, el objetivo fundamental que se persigue en la internación es la compensación del pico agudo de la patología. Por lo general es un período de corta duración, tras el cual se define un esquema de tratamiento posterior, que el paciente podrá continuar de forma ambulatoria o recibiendo atención en domicilio.

Durante el período de internación cada paciente es atendido por un equipo de profesionales que interviene de acuerdo a las necesidades particulares. Los profesionales comparten como medio de registro la historia clínica del paciente que se encuentra a disposición en el sector de internación. La comunicación entre diversos servicios puede llevarse a cabo de manera informal, es decir cara a cara entre distintos profesionales o formalizarse a través de interconsultas escritas.

I.2.2. Internación en el Servicio de Neurología

En el sector en el que se llevó acabo la práctica ingresan pacientes mayores de sesenta y cinco años afiliados al P..A..M. I.y otras coberturas con diagnóstico de accidente cerebro vascular (ACV) Estos pacientes atraviesan las transiciones típicas

de la etapa del ciclo vital, las características familiares son singulares, como la situación socioeconómica. Aunque en general se puede decir que son de un nivel medio-bajo la principal fuente de ingresos de los pacientes es la jubilación y en la mayoría de los casos la colaboración por parte de hijos u otros familiares.

Permanecen internados durante un período de cuatro a cinco días tras el que continúan el tratamiento en forma ambulatoria.

I.2.3. Profesionales intervinientes en el área

- 4 Médicos de Planta.
- 1 jefe de residentes.
- 6 médicos residentes.
- Enfermeras.
- Asistente Social

Los profesionales se integran a una modalidad de abordaje multidisciplinario

1.3. Características del A.C.V.

El ACV puede definirse como el desarrollo repentino de un déficit neurológico resultante de la oclusión o rotura de un vaso cerebral, es la irrupción brusca del flujo de sangre a una zona del cerebro, hecho que altera la función del cuerpo controlada por esa área, la interrupción del flujo sanguíneo es causada ya Sea por la estrechez o bloqueo de una arteria dentro del cráneo o en el cuello o por la ruptura de una pared de una arteria del cerebro y la hemorragia cerebral consecuente, al no recibir el flujo sanguíneo adecuado las células cerebrales son privadas de oxígeno y glucosa, de

acuerdo a la duración del déficit circulatorio las células pueden paralizarse o morir. Aunque la parálisis celular es a menudo reversible y la pérdida de la función por lo tanto recuperable después de un tiempo, la muerte de las células cerebrales es irreversible y deja discapacidad permanente, a veces las células no dañadas compensan a las que han perdido sus funciones.

Los ataques cerebro vascular pueden ser:

-Isquémicos

La isquemia es una deficiencia local en la sangre, por bloqueo de la irrigación arterial de un territorio determinado. Esta reducción crítica puede producir la oclusión total o parcial de una arteria.

-Accidente Isquémico Transitorio

Se produce cuando la disfunción encéfalo vascular aguda se resuelve o desaparece en un lapso no mayor de veinticuatro horas, tras el cual desaparecen los síntomas.

-Déficit neurológico isquémico reversible

Se produce cuando la disfunción desaparece en un lapso mayor de veinticuatro horas.

-Accidente cerebro vascular constituído

Es una disfunción encéfalo vascular aguda que se desarrolla rápidamente, no progresa mas allá de un lapso corto y no retrogradan pasadas veinticuatro horas.

-Accidente cerebro vascular en evolución

Es una disfunción encéfalo vascular aguda que se instala gradualmente en etapas y progresa de este modo a lo largo de veinticuatro horas o más.

-Accidente cerebro vascular hemorrágico.

A veces debido a la ruptura de un aneurisma secular (pequeño saco o bolsita que se forma por un defecto congénito, o como consecuencia de la ruptura de una arteria afectada por hipertensión arterial no controlada, se produce un derrame de sangre que dentro del cerebro constituye un hematoma intracerebral, y una hemorragia en los espacios circundantes.

Las secuelas son variables de acuerdo al sector afectado, pueden ser por ejemplo: --

--Hemiplejia: parálisis en la mitad del cuerpo

-Parestesia: sensación mórbida o anormal sensorial

-Afasia: Alteración en la capacidad de expresarse

-Apraxia: pérdida de la capacidad de realizar movimientos complejos para un fin determinado.

-Agnosia: pérdida de la capacidad de transformar los estímulos en percepciones.

Dadas las secuelas que ocasiona puede decirse que el A.C.V. es una enfermedad altamente desestructurante del status individual- familiar, diversos enfoques teóricos coinciden en que el apoyo familiar es de vital importancia para la recuperación del paciente.

I.4. Programas especiales de la institución relacionados con el tratamiento del A.C.V.

I.4.1. Atención Domiciliaria

Este programa permite la asistencia en domicilio de paciente y familia con problemas de baja complejidad, siendo el primer nivel de atención.

Objetivos :

- Brindar prestaciones en domicilio del paciente manteniendo la calidad de vida para determinadas patologías crónicas, apoyando un nivel más complejo con atención en el Hospital de base.
- Aumentar la capacidad de contención para los pacientes no ambulatorios
- Favorecer la reincorporación del paciente a su entorno natural
- Maximizar la autonomía del paciente
- Facilitar la participación activa de la familia o cuidador, mediante su capacitación adecuada y aceptada.
- Disminuir el promedio de días de internación.

Este programa tiene una dependencia administrativa y funcional directa del departamento de Atención Primaria de la Salud.

Las actividades son realizadas por el médico de cabecera de centros de atención primaria, enfermeras, kinesiólogos y asistentes sociales orientados al tratamiento del paciente y núcleo familiar con el fin de lograr equilibrio y alivio de la situación producida por la enfermedad.

Las principales actividades que se realizan son: control de síntomas, soporte psicosocial, educación familiar, formación de redes sociales, rehabilitación.

paciente y núcleo familiar con el fin de lograr equilibrio y alivio de la situación producida por la enfermedad.

Las principales actividades que se realizan son: control de síntomas, soporte psicosocial, educación familiar, formación de redes sociales, rehabilitación.

I.4.2.P.A.D.E.S.: Programa de Atención Domiciliaria y Equipo de Soporte

Este programa es un recurso específico diseñado y desarrollado para la atención exclusiva de pacientes con patologías agudas, crónicas reagudizadas o en fase terminal, cuya complejidad permita la atención domiciliaria. Trabaja con una modalidad de internación domiciliaria con un cupo total de 25 camas destinadas a pacientes agudos o terminales.

El equipo interviniente esta compuesto por médicos, enfermera y asistente social que se integran a una modalidad de abordaje interdisciplinario. El médico realiza una visita domiciliaria diaria, las enfermeras un promedio de tres visitas y la asistente social interviene a demanda.

I.4.3. S.ATE.: Servicio de Atención a la Tercera Edad

Es un programa de la tercera edad, destinado a integrar de manera orgánica distintas caras que hacen a la atención de aspectos psicofísicos sociales que van mas allá de la enfermedad con fines preventivos primarios y terciarios. Tiene como características principales la asistencia biopsicosocial – abordaje interdisciplinario y programas grupales. Nuclea a diversos profesionales: una asistente social, dos psicólogas, una terapista ocupacional. , dos kinesiólogos, una enfermera, médicos,

tres profesoras de educación física, que implementan acciones terapéuticas focalizadas en la atención primaria secundaria y terciaria.

-Proyectos:

- E.T.P.(Ejercicios terapéuticos programados)

Orientado a pacientes dependientes o independientes. Encuentros de tres veces por semana donde desarrollan ejercicio físico, reuniones con psicología y servicio social. Desde este último se trabaja para fortalecer y ampliar redes sociales. La duración es de un año.

- Pacientes con A.C.V. (Rehabilitación de pacientes, con capacidad para hablar y de bipedestación)

Trabajo grupal con pacientes y familiares desde lo físico psico y social. Tiene como objetivos el mantenimiento de capacidades y funciones que les quedan y la reorganización familiar siempre el abordaje es grupal, se derivan a centros periféricos.

I.5. Servicio Social

I.5.1.Objetivos Generales

- Aportar al equipo de salud la identificación y evaluación de aspectos no médicos que inciden en la aparición o persistencia de la enfermedad y sobre utilización de recursos.
- Favorecer el tratamiento integral del paciente asistiéndolo a él y a su familia en los emergentes sociales que plantea el continuo salud enfermedad.

- Facilitar y optimizar la relación paciente institución familia .

I.5.2. Objetivos específicos:

- Orientar la demanda para el uso racional de los recursos institucionales y extra institucionales
- Favorecer la interacción y reorganización familiar hacia el logro de modelos alternativos superadores de las situaciones problemáticas .
- Investigación diagnóstico y evaluación sobre redes de apoyo en situaciones de riesgo social.
- Planificar desarrollar y evaluar programas relativos a la especificidad profesional en la interacción interdisciplinaria en respuesta a necesidades prioritarias de la población asistida.

I.5.3.Características respecto al equipo de salud

Los profesionales desarrollan su actividad en los ámbitos donde el hospital ejerce prestación de servicios:

- Consultorio de orientación familiar (problemas vinculares, conductas de riesgo) a través de entrevistas programadas por derivación o demanda espontánea,
- Internación hospitalaria (orientación de familiares de pacientes internados privilegiando, patologías de riesgo social, de fuerte desestructuración, paciente solo o con familia no continente, desestructuración por enfermedad, dificultad para acceder a recursos disponibles)
- Unidad Renal

- Programas especiales: A.D., S.A.T..E. P.A.D.E.S, Bolsa de trabajo, evaluación ayuda alimentaria.
- Gestión : intervenciones indirectas enlace con otras instituciones
- Otras actividades: evaluación para ayuda alimentaria , voluntariado, bolsa de trabajo.
- Comités : Ética, Trastornos del aprendizaje- internación- prevención en salud
- Equipo de salud mental

Los profesionales del Servicio Social se integran a una modalidad de abordaje multidisciplinario.

I.5.4. Características respecto al tratamiento social

- Reconoce al paciente como sujeto activo en el proceso de tratamiento, integrado en su contexto relacional de pertenencia.
- Incorpora a la familia o núcleo primario de convivencia como soporte básico de rehabilitación y reinserción social.
- Focaliza la intervención en promover contextos relacionales capaces de generar formas de organización que ayuden a superar situaciones críticas.
- Asesora y orienta al uso racional de recursos Inter. e intra institucionales.

I.5.5.Recursos Humanos

- Una Coordinadora del Servicio
- Siete asistentes sociales

II. INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN EL ÁREA INTERNACIÓN NEUROLOGÍA

II.1 Objetivos:

Dado que la internación es un período de corta duración el T.S. debe cumplir con sus objetivos en un plazo de 4 a 6 días. La intervención se centra en el alta del paciente, y tiende a:

- Realizar un diagnóstico del impacto social de la irrupción de la enfermedad sus aspectos sociales .
- Propiciar una organización familiar post alta continente, movilizando a la familia y red social para afrontar los emergentes sociales que plantea la situación de enfermedad .
- Orientar uso racional de recursos.
- Orientar, Apoyar e Informar al paciente y familia acerca de la nueva situación.

II.2.Modalidad de acceso al caso:

Durante el transcurso de la práctica realizada se utilizaban las siguientes modalidades:

-Por ínter consulta médica: Consulta de un profesional del equipo de salud a otro profesional de cualquier área o especialidad que esté relacionado y complemente la intervención que se está llevando adelante. En el caso del Servicio Social en general es el médicio quien realiza la interconsulta, cuando infiere problemáticas de tipo social, ésta básicamente permite la comunicación formal entre distintos profesionales, favorece la interdisciplina y la intervención a demanda de un profesional no del usuario.

-Por criterio profesional: Acceso voluntario a los casos por parte del profesional del Servicio Social. Consideramos fundamental la intervención de esta manera en la patología que nos ocupa dado el grado de desestructuración que provoca en el grupo familiar, es importante esta modalidad porque nos permite una pronta evaluación social e intervención, una mejor preparación para el alta y orientación respecto a recursos y contención, es relevante que se articule con la acción de otros profesionales.

-Por demanda espontánea: . Se produce cuando el paciente pide la intervención, planteando una problemática concreta derivada de un estado agudo o crónico de una patología.

II.3.Dimensión de abordaje

Se interviene en la dimensión individual familiar dado que durante la fase de internación el paciente no goza de capacidad de autonomía y la intervención gira en torno a la definición de la organización familiar para cuidados posteriores.

II.4. Fases de la intervención

a. Investigación

La intervención comienza una vez recibido el diagnóstico médico, el T.S. contacta a los familiares convivientes del paciente y programa entrevista en consultorio.

Se trata de entrevistas focalizadas, abiertas semiestructuradas, que giran en torno a las siguientes variables.

-Persona: Nombre, edad, instrucción, ocupación.

-Problema: En función de los hechos relevantes del acontecimiento

-Grupo familiar conviviente y no-conviviente: Se trata de conocer el grupo de referencia del paciente y la constitución del mismo a fin de poder evaluar con que recursos humanos cuenta para la contención de la situación post alta, el rol del paciente dentro de la dinámica familiar y las necesidades de cambio que surgirán en la familia. Si el paciente no tiene familia se indagan las relaciones personales o institucionales. También se tiene en cuenta la calidad de las relaciones familiares consideramos estas la combinación de diversos factores como la historia de las relaciones, características personales y reglas familiares teniendo en claro que en momentos de crisis se movilizan emociones ligadas a la historia personal y familiar de cada uno de los miembros. También se consideran la etapa del ciclo vital personal familiar y los eventos naturales de esta etapa y cómo el problema afecta al proyecto personal y familiar.

-Red social: Se indaga la red social en función de la situación actual, teniendo en cuenta las relaciones significativas.

-Calidad de vida previa: Capacidades físicas intelectuales y sociales: cómo la situación actual afecta el nivel de integración física psicológica y social.

-Situación económica patrimonial: Se apunta a indagar los recursos económicos con que cuenta el paciente y su red familiar a fin de evaluar los recursos materiales disponibles para el posterior tratamiento, y movilizar, si es necesario, recursos formales.

-Características de la vivienda: Se apunta a indagar las características del lugar de egreso del paciente a fin de evaluar si el espacio físico reviste las condiciones pertinentes a su nueva situación .

-Comprensión familiar acerca de la patología, limitaciones, rehabilitación, tiempo y función de la internación: Se intenta evaluar el nivel de comprensión sobre la enfermedad y las implicancias físicas, económicas y sociales de la misma.

-Expectativas acerca de la institución y del servicio social

-Organización familiar post alta: Se indaga la forma en que será atendido el paciente una vez producida l alta. De acuerdo a lo planteado por la familia, se evalúan las capacidades de funcionamiento y alternativas de reorganización.

b. Diagnóstico

A partir de los datos obtenidos durante la primera fase de la intervención se apunta a comprender la situación desde un punto de vista globalizador para plantear hipótesis conducentes a un plan de acción.

Cabe destacar que la intervención es un proceso de ayuda, y en el momento del encuentro con la persona ésta trae su propia hipótesis del problema. Desde un enfoque psicosocial en esta fase sé apela a que la persona y su red familiar comprendan la dinámica de la situación actual en función de un futuro deseado. Esta comprensión contiene además la motivación y capacidad de la familia para afrontar su circunstancia.

c. Plan de acción

Una vez elaborada la hipótesis diagnóstica se puede delinear un proyecto de intervención, que responderá a los intereses de la institución, el servicio social y el paciente, esta instancia implica decidir:

-qué se quiere lograr

-cómo jerarquizar necesidades

-medidas para afrontar la situación crítica

-recursos para afrontarla

II.4.1.Técnicas

-Entrevistas focalizadas, abiertas, semiestructuradas, con paciente y familiares

-Observación.

-Consulta con médico tratante

II.4.2. Duración de la intervención

La duración de la intervención es acorde a la particularidad de cada caso. En general se realizan tres entrevistas con familiares durante el período de internación, y se continúa con entrevistas en consultorio o domicilio del paciente.

II.4.3.Registro

Se realiza en la historia clínica del paciente, es fundamental para dejar constancia de la intervención del servicio social, informar sobre lo actuado y propiciar el reconocimiento de la intervención del trabajador social como un aporte específico, se divide en:

-Descripción: exposición de la situación de lo obtenido en la fase de investigación.

-Impresión diagnóstica: Opinión profesional respecto al caso tratado- Hipótesis .

-Focalización de la intervención: En este punto se consignan las intervenciones realizadas por el trabajador social durante el transcurso de la entrevista.

-Plan de acción: Objetivos ,pasos a seguir.

II.4.4 La intervenciones

Se realizan intervenciones directas e indirectas. Dentro de las primeras prevalecen, la clarificación acerca de la patología y sus implicancias, la orientación familiar respecto a la organización y funcionamiento familiar a partir de la nueva situación, el apoyo, la información y el trabajo de seguimiento. Dentro de las indirectas la intervención con la red del usuario, la colaboración con otros profesionales y la intervención a nivel de organismos sociales.[42]

II.4.5Recursos

Se considera como primer recurso la relación entre el trabajador social , la persona y la red.

Luego se cuenta con:

- Recursos de la matriz institucional: (servicios y prestaciones de la institución)

-Servicios de internación, Kinesiología y Rehabilitación.

-S.A.T.E.

-Consultorio Externos

-Atención Domiciliaria .

-Ambulancias.....

---

[42] Con respecto a este punto remitimos a De Robertis Cristina "metodología de la intervención en trabajo social" El Ateneo . 1992 Cap.8.

-Centros de Atención Primaria.

- Recursos del Sistema institucional:

-P.A.M.I.

-Geriátricos particulares y Municipales

-Institutos de rehabilitación

-Ortopedias

-Caritas

-Municipalidad

-Clubes de Trueque

-Previsión Social

- Recursos de la red social

-Grupo familiar conviviente

-Red Social

-Vivienda

-Amigos

-Vecinos

- Recursos económicos

-Medios de transporte

- Medios de Comunicación

-Trabajo

-Tiempo disponible

III. ASPECTOS METODOLÓGICOS, TÉCNICOS E INSTRUMENTALES:

Se realizó una mirada retrospectiva de la intervención del Servicio Social en el área de internación neurología del H.P.C. a fin de identificar sus aspectos significativos.

El universo de estudio estuvo constituído por los casos de pacientes con A.C.V. internados en el área internación neurología del H.P.C. de la ciudad de Mar del Plata durante el período marzo/ abril 1999-2000. A los fines operativos del trabajo estos casos se dividieron en dos grupos iguales según hayan recibido o no-intervención del trabajador social, con el propósito de realizar un análisis comparativo. Los criterios de inclusión comprendieron pacientes mayores de 65 años, que hubieran sufrido por primera vez un A.C.V. que no hubieren egresado a tercer nivel.

Se realizó una revisión de los casos vistos durante el período de práctica, se tomo la muestra representativa (20 casos), se recabaron datos de domicilio y previa concertación de entrevistas. Se realizaron, según el caso, una o dos visitas a domicilio donde se entrevistó a paciente y familiares a cargo, un año después de la internación.

Las entrevistas fueron focalizadas, semi - estructuradas y abiertas.

III.1.Instrumento de recolección de datos

Para la realización de las entrevistas se elaboró un cuestionario guía, con preguntas abiertas atendiendo a las siguientes variables, los datos obtenidos fueron analizados de forma cuali- cuantitativa. En el apéndice del trabajo se expone el cuestionario.

- Calidad de vida posterior al A.C.V.
- Familia - Organización familiar post. alta- organización familiar actual
- Red socio familiar - Apoyo para tratamiento y rehabilitación

.- Adhesión al tratamiento.

-Conocimiento y utilización de recursos inter y extrainstitucionales

-Datos de base

III.2 Definición de variables:

-Calidad de vida: Para los fines de este trabajo tomaremos la definición de calidad de vida relacionada con la salud, como " el valor que se asigna a la duración de la vida que se modifica por la incapacidad, el estado funcional la percepción y las consecuencias sociales debidas a una enfermedad (Artald. 2000)". Coincidiendo con Bowling, identificamos el concepto como representativo de las respuestas individuales a los efectos físicos, psicológicos y sociales que produce una enfermedad sobre la vida diaria, sin dejar de considerar que calidad de vida no solo equivale a estado de salud, estilo de vida, satisfacción con la vida, estado mental o bienestar, sino que es un concepto multidimensional que incorpora la percepción del individuo sobre ese y otros aspectos de la vida.

Consideraremos cuatro dimensiones en la evaluación de la calidad de vida, aunque haremos énfasis en la dimension social.

-Dimensión física: Los síntomas físicos, dolorosos o no causados por la enfermedad o por su tratamiento.

-Dimensión funcional: Capacidad del sujeto para cuidarse por si mismo, grado de deambulación y capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria.

-Dimensión psicológica: Incluye el estado emocional, el estado anímico, nivel de satisfacción vital, felicidad y percepción de salud.

-Dimensión social: Interacción del sujeto con su entorno, contactos sociales, participación social y estado de autoestima personal.

- Familia : Se considera a la familia como un sistema que funciona como una unidad ya que a través de las interacciones que se generan entre sus miembros y la dependencia mutua que existe entre ellos ya que, los factores que influyen en uno de sus miembros afectan a todos los demás. Es la principal fuente de apoyo y cuidados. El estado de salud de un miembro de la familia y su reacción frente a la enfermedad influyen en los mecanismos físicos y psicológicos de soporte que actúan dentro de la familia y reciben a su vez influencia de estos mecanismos. Considerar a la familia desde su aspecto unitario implica abordarla como grupo y no solo como la suma de individuos. La familia es en sí misma la principal proveedora de cuidados para sus propios miembros y adquiere un papel fundamental en el cuidado del enfermo.

-Organización familiar post alta: La definiremos como una "organización social de emergencia", es la manera en que el grupo familiar de convivencia del paciente articuló los recursos materiales y humanos para afrontar la nueva situación del mismo.
-Organización familiar actual: es la manera en que se organiza actualmente la familia en función de los cambios de la situación del paciente teniendo en cuenta los efectos del tratamiento recibido.

-Red socio familiar - Apoyo para tratamiento y rehabilitación: La red socio familiar son las relaciones sociales identificables que rodean a un individuo, se dividen en : informales (familia , amigos , compañeros de trabajo , estudios etc) y formales (instituciones) . Las redes son las principales proveedoras de apoyo social que es un proceso interactivo, a través del cual el sujeto obtiene ayuda emocional , instrumental y económica en las diferentes circunstancias de la vida .

- **Adhesión al tratamiento:** Se entiende por este punto al cumplimiento de prescripciones médicas del esquema terapéutico post. alta (medicación, consultas , rehabilitación ,alimentación etc.)

- **Conocimiento y utilización de recursos inter y extrainstitucionales:** Integración del paciente al sistema de apoyo formal , integración a instituciones o centros comunitarios relacionados con la problemática .

III.3 RESULTADOS

III.31.Datos de base

Se realizaron entrevistas domiciliarias a 20 pacientes con su grupo familiar conviviente, 10 de los cuales habían recibido intervención del trabajador social y 10 no.

El total de pacientes está comprendido entre los 65 y 80 años de edad, son de nivel socioeconómico medio empobrecido, cuentan con la jubilación como único ingreso. El

70% de los entrevistados colabora económicamente con hijos u otros familiares ese mismo porcentaje vive con hijos o con otros familiares.

El 65% de los entrevistados tienen instrucción primaria completa y el 35% incompleta.

12 de las entrevistadas son mujeres y 8 varones, los varones jubilados de comercio o construcción, las mujeres todas amas de casa.

El 10 % de las mujeres vive con cónyuge, otro 10 % son solteras y el 80 % viudas.

Entre los varones. el 10% son solteros, el 0,5% viudos y el resto casados.

El total de los pacientes sufrió un accidente cerebro vascular por primera vez y tiene secuela motora en mayor o menor grado (hemiplejías), el 30% del total tiene además otro tipo de secuelas (afasias de comprensión o expresión). Estos pacientes estuvieron internados durante la fase aguda de la enfermedad durante un promedio de 5 días.

En ninguno de los casos el paciente o la familia conocía la existencia del servicio social en la institución.

En los casos en los que intervino el trabajador social, los familiares refirieron, en primer lugar que para ellos la intervención fue atípica, ninguno asociaba la existencia de un servicio social en una institución privada de salud. En el general de los casos se la percibió, en un primer momento, vinculada con el alta del paciente o con la posibilidad de que los hayan considerado carentes de recursos. En cuanto a la utilidad de la misma, refirieron que les sirvió para tener una perspectiva más amplia de la problemática, posibilitó un mayor acercamiento con el equipo médico, una mejor comunicación entre el grupo conviviente e información que desconocía acerca de recursos del sistema institucional. Cabe destacar que en los casos entrevistados, se intervino durante todo el

período de internación, no se realizaron visitas domiciliarias, y en un 30% de los casos se llevaron a cabo entrevistas programadas por solicitud de los familiares del paciente.

En los casos en los que intervino el trabajador social, coincidió la fecha de alta con la fecha de egreso del paciente, en el 50% de los casos en los que no intervino el trabajador social la interacción se prolongó en un promedio de 2 a 3 días, por razones de organización familiar.

III.3.2.Adhesión al tratamiento médico

El grupo en el que intervino el T.S. está formado por un 40% de mujeres (4) tres de ellas solteras y una viuda y un 60% de varones(6) 4 de ellos casados y dos de ellos solteros. El 70% (7) de los pacientes guardan secuela motora, en cinco de estos pacientes la secuela es leve por lo que no les afecta el desenvolvimiento en las a.v.d. Y el 30%(3) suma una secuela de tipo afasia, a todos se les prescribió como indicación médica medicación y consultas programadas. El 50% (5) de los pacientes fue derivado a rehabilitación, no fueron derivados los de secuelas mas leves. De los 5 derivados a rehabilitación, a tres se les asignó el servicio de A..D.(Atención Domiciliaria) durante los primeros meses y luego continuaron el tratamiento en consultorios externos, 2 pacientes fueron derivados al S.A.T.E. y al momento de las entrevistas se encontraban en la mitad del tratamiento.

En la totalidad de los casos se pudo cumplir con el tratamiento indicado por los médicos, hubo constancia en la rehabilitación y cumplimiento de las consultas programadas, así como articulación de recursos para cubrir gastos de medicación.

En cuanto al grupo en el que no intervino el Trabajador Social el mismo esta' compuesto por un 30% de varones(3) todos casados y un 70% de mujeres(7), 4 casadas

y el resto viudas. Todos los entrevistados tienen secuela motora y el 30% suma alguna otra secuela, también a todos se les indicó tratamiento médico y en consultorio. En este grupo se ven ausencias por parte de todos los entrevistados a las consultas programadas y una tendencia a la realización de consultas al servicio de urgencias o servicios de demanda espontánea. Según lo referido por los entrevistados esto se debe a la dificultad para coordinar los días de los turnos con el tiempo disponible de los cuidadores para acompañar a los pacientes. El 80% de los pacientes fue derivado a rehabilitación, dos de ellos en domicilio, 4 en consultorios externos y 2 en S.A.T.E.. Solo cumplieron los primeros en la etapa de rehabilitación en domicilio, el resto solo concurrió a las primeras entrevistas con la terapista ocupacional y kinesióloga, abandonando luego los tratamientos. La familia manifiesta que "la rehabilitación no produce ningún beneficio", "que es muy lenta", que es "muy largo el viaje para lo que hacen ", que "no les gustan la relaciones grupales", "que hay que esperar mucho", "que no pueden acompañar a los pacientes". Cabe destacar que para los pacientes que no pueden movilizarse, el hospital proporcione el transporte. Este grupo manifiesta dificultad para seguir el tratamiento farmacológico, debido al costo de los medicamentos, en general reducen las dosis para lograr un mayor rendimiento. Refieren no "tener diálogo" con los médicos tratantes ni haberlo tenido durante la fase de internación, dado que cuando quisieron tenerlo no había tiempo o no les entendían.

III.3.3.Familia –Organización famliar post alta –Organización familiar actual

En el grupo que intervino el trabajador social, en el caso de las mujeres, de las tres que son solteras, una al momento del alta egresó a la casa de una sobrina con quien convivía antes de la aparición de la enfermedad. A partir de la enfermedad se produjo

un acercamiento de otros familiares que actualmente forman parte de la organización familiar con una adecuada división de actividades y horarios. La otra mujer soltera egresó a la vivienda de una amiga, con la que permaneció los primeros meses del tratamiento. Dado que no podía brindarle los cuidados necesarios decidieron de común acuerdo el ingreso a una institución geriátrica.

La mujer viuda egresó a casa de una de sus hijas, quienes actúa como cuidadora principal.

En el caso de los varones, los casados viven con sus esposas que actúan como cuidadoras principales, todos tienen algún hijo o nieto viviendo cerca al que recurren en caso de emergencia; en uno de los casos se contrató a una cuidadora por tiempo parcial.

Los solteros no vieron alteradas la funcionalidad para el desarrollo de las a.v.d. por lo que viven solos; ninguno de los dos tiene familia sanguínea en la ciudad, pero reciben el apoyo de vecinos y amigos.

El total de los casos manifestó que consideró como opción la contratación de auxiliares domiciliarios, lo que aliviaría la sobrecarga de los cuidadores principales. Cabe destacar que impresionan sobrecargados, totalmente abocados al cuidad del enfermo, no pudiéndolo hacer por razones económicas. Salvo en el caso de la mujer soltera no consideraron como opción el ingreso a una institución geriátrica.

En el grupo en que no intervino el trabajador social, en el 80% de los casos los familiares refieren haber tenido dificultades para la organización post alta, 5 de los entrevistados se han trasladado por lo menos a tres domicilios diferentes desde el momento del alta médica, también consideraron como opción al auxiliar domiciliaría que no pudieron contratar por falta de medios.

En general la enfermedad produjo un acercamiento de las familias núcleo pero desde las discusiones y disputas, tardando más tiempo en lograr acuerdos comunes.

Las diferencias más notorias en estos grupos tienen que ver con la capacidad familiar para organizarse y brindar asistencia en las A.V.D. y acompañamiento para el tratamiento, en ambos grupos se observan buenos A.P.G.A.R familiares. La enfermedad en ambos grupos impacto de forma desestructurante, pero en los casos que se recibió orientación la capacidad de adaptación a los cambios fue mayor y más rápida, así como la comprensión de la importancia del soporte familiar para el mejoramiento del paciente. La función familiar y el papel de la familia siguen siendo vitales, en muchos casos los enfermos eran soporte fundamental de cuidados y dejaron de cumplir esa función.

III.3.4.Red social

En el grupo en el que intervino el trabajador social, se observa que la red primaria se "agolpó" durante el período de internación, luego de la intervención del trabajador social, habló, definió roles y funciones y se fue reorganizando en lo sucesivo del tiempo. En la mayoría de los casos, la familia tomó contacto con miembros de la red de los que estaba aislado y pudo solicitar sostén. Por otro lado, los pacientes se alejaron de los amigos, y las actividades sociales que realizaban achicándose su red personal. Es significativo como esto es diferente en los pacientes que concurren a rehabilitación, en especial al S.A.T.E. quienes amplían la red primaria y reciben mayor apoyo familiar para afrontar la situación, sus cuidadores no están sobrecargados porque pueden acudir a otros miembros de la redes primarias o secundarias. Para recibir apoyo dan mayor independencia al paciente.

Con respecto a las redes secundarias, este grupo de pacientes pudo informarse sobre recursos Inter. y extra institucionales que no conocía y así gestionar material ortopédico,

medicamentos etc., pero manifiestan un descreimiento y sensación de abandono por parte de las instituciones.

En ambos grupos los pacientes cuentan con redes medianas, cuyos miembros mantienen contactos entre sí, en el grupo en el que intervino el trabajador social, las redes se ampliaron y aumentaron los contactos con miembros distantes en lo referido al soporte del paciente, pero por otro lado éste disminuye contactos, en especial con amigos y actividades sociales. En ambos grupos las redes primarias, principalmente la familia, son los primordiales proveedores de soporte afectivo, material y espiritual, los vínculos se intensificaron con las redes primarias a pesar del surgimiento de conflictos por la nueva situación.

Con respecto a las redes secundarias, a excepción de los pacientes que concurren a S.A.T.E. o los que sostienen la rehabilitación, se produce un alejamiento de las mismas. Esto se refleja en el desconocimiento acerca de las instituciones que pueden brindar sostén relacionado con la enfermedad y en el escaso aprovechamiento de los recursos de la matriz institucional, en especial en los casos que no recibieron intervención del servicio social.

III.3.5.Calidad de vida

En el caso de los pacientes entrevistados con secuelas leves, perciben un deterioro de salud mayor que los otros entrevistados, refieren vivir con un temor constante a que el acontecimiento se vuelva a repetir, en general han podido dialogar con los médicos tratantes durante el proceso de la internación. Eso hace que comprendan bien las medidas preventivas; en líneas generales en los casos en los que han podido evacuar

bien las dudas clínicas la prevención es mayor, en los casos de pacientes con secuelas severas, reconocen actuar diferente en la dinámica familiar, se sienten "inútiles", "que molestan", "que no pueden", y la actitud familiar es de "objeto de cuidados". En general todos los casos permanecen integrados a la dinámica familiar, y participan de diversas actividades, Desde un rol pasivo, no salen de los hogares, se alejaron de sus contactos sociales.

Pacientes de la misma edad, con características funcionales similares, condiciones socio ambientales similares, ven favorecida o deteriorada su calidad de vida según el soporte social e informativo que reciban para convivir con la nueva enfermedad. Es mejor la percepción de salud en aquellos pacientes que saben sobre su enfermedad y saben cómo prevenirla, aunque hay resistencias a veces a realizar los tratamientos correspondientes. También es mejor en aquellos que se sienten activos en la dinámica familiar y no como un objeto de cuidados. Caben destacarse las diferencias en cuanto a calidad de vida respecto a los pacientes que concurren a S.A.T.E.. Pese a la enfermedad se puede mantener una mejor calidad de vida.

En los casos analizados, hay una tendencia de los familiares a considerar al paciente como un objeto de cuidados. En aquellos en los que intervino el trabajador social, hay una organización de cuidados más efectiva que en los que no intervino el trabajador social. Esto se ve reflejado en la comunicación con el equipo médico, en el sostenimiento de la rehabilitación y tratamiento médico, pero no tanto en lo concerniente a brindar al paciente oportunidades de participación social, lo que mejoraría su calidad de vida.

IV. CONCLUSIONES

Del análisis de las entrevistas surge que ninguno de los entrevistados tenía conocimiento de la existencia de un servicio social en la institución. Como expresáramos previamente no existe una asociación entre servicio social e institución privada de salud. Por otro lado, el rol del trabajador social se asocia a la gestión de recursos materiales, no así a la orientación familiar.

Las diferencias más significativas entre los grupos estudiados, se reflejan en lo concerniente al sostenimiento de rehabilitación de los pacientes, a la capacidad familiar para organizar cuidados diarios, a la comunicación con el equipo medico y al aprovechamiento de los recursos que brindan las redes primarias y secundarias.

En los casos en los que intervino el trabajador social hubo:

-Coincidencia entre la fecha de alta médica y egreso del paciente

-Una mejor comprensión de las implicancias físicas y sociales de la enfermedad y un mayor acercamiento a los profesionales médicos para evacuar dudas clínicas.

Estos aspectos se reflejan en la concientización acerca de la importancia de la rehabilitación y el cumplimiento del tratamiento médico, ya sea farmacológico o en consultorios externos, a diferencia de los casos en los que no ha intervenido el trabajador social, en los cuales se ha interrumpido la rehabilitación, y se ve una tendencia a no concurrir a consultas y controles programadas y por el contrario mayores consultas al servicio de urgencia y demanda espontánea.

El sostenimiento de los tratamientos también guarda estrecha relación con el desarrollo de la capacidad de sostén que la familia ha adquirido luego de la intervención profesional.

En ambos grupos se reconoce:

-Dificultad para comprar medicamentos, por su elevado costo. En el grupo en que intervino el trabajador social, se tiende a reducir las dosis en algunos casos para mayor duración del medicamento, pero en ningún caso se suspendió la medicación. Esto también se debe a que hay mejor comunicación con los médicos una mayor comprensión acerca de la enfermedad, y menor dificultad para obtener de los miembros de la red ayuda material para tal fin.

En los casos en los que no intervino el trabajador social, hubo suspensión de la medicación en la mitad de éstos, por no poder comprar los medicamentos, y no se intentó gestionarlos en ninguna institución.

-Dificultad para asistir a las sesiones de rehabilitación, dado que llevan mucho tiempo, exigen la compañía de un familiar y los resultados se ven a largo plazo, pero en el grupo en el que intervino el trabajador social se reconocen sus beneficios y su carácter preventivo, por lo que la familia se organiza de alguna manera para acompañar al paciente y poder sostener los tratamientos. En el caso de los pacientes en los que no intervino el trabajador social se desconoce todo beneficio de la rehabilitación y no se cuenta con el soporte familiar adecuado para sostener los tratamientos.

-Una organización post alta que articula recursos materiales y humanos, que permitió: la coincidencia del alta médica con el egreso, a un ámbito organizado, que en el caso de los pacientes en los que intervino el t.s. se sostiene en el tiempo y posibilita una mejor asistencia de los requerimientos del paciente, no así en el caso de los pacientes en los que no intervino el t.s. en los que si bien hubo una tendencia natural para recibir al paciente, no se logró una organización post alta que se pudiera sostener en el tiempo.

-Conocimiento de recursos extrainstitucionales y comunitarios: Ambos grupos reconocen haber recibido información sobre recursos comunitarios, pero en ambos grupos, con mayor o menor conocimiento de los mismos, hay un descreimiento hacia

las instituciones, las reconocen inútiles y violentas, en todos los casos tanto los pacientes como los familiares se sienten desamparados y desprotegidos del sistema institucional.

-Mayores oportunidades para tener una mejor calidad de vida en los aspectos relacionados con la participación social. No difiere en ambos grupos la percepción negativa por parte del paciente acerca de su estado de salud y secuelas, el retraimiento de los contactos sociales y la tendencia familiar a considerar al paciente como un objeto de cuidados. Aunque esto se ha modificado positivamente en los casos de los pacientes que concurren a tratamientos grupales, donde la familia también recibe orientación.

La intervención del trabajador social en estos casos hace a la mejor comprensión de la situación, al incentivo de la resignificación del proyecto vital personal y familiar, acorde a la nueva situación.

La intervención social durante la fase aguda de la enfermedad impacta tanto en el ámbito institucional como en el ámbito personal del paciente. En el primero posibilita una mejor administración de los recursos de la matriz institucional en beneficio del paciente. En el ámbito personal, la orientación en esta etapa del tratamiento permite la clarificación de las implicancias de la patología, la comprensión de las mismas, a partir de las cuales el grupo familiar puede generar estrategias de organización para sostener al paciente en esta y las fases posteriores del tratamiento, que permiten el mejoramiento de la calidad de vida.

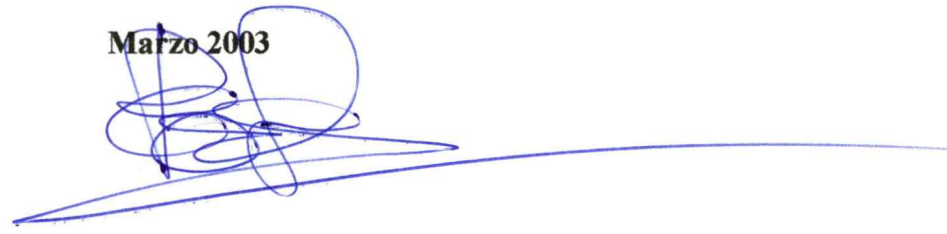
Es importante que estas intervenciones sean interdisciplinarias y quizás seria interesante que se prolongaran en el tiempo.

Podría agregarse en el plano de las conclusiones o para futuras investigaciones la incidencia directa del trabajador social en la facilitación de la prevención –en tanto

circulación de información por redes-de las enfermedades de irrupción brusca desde el establecimiento médico.

Paula Irene González

Marzo 2003



ANEXO

I. ASPECTOS GENERALES: (a completar mediante revisión de historia clínica)

Nombre:

Sexo: F M Edad:

Estado Civil: soltero casado viudo divorciado conviviente

Nivel de instrucción: primario secundario terciario universitario

Completo Incompleto

II. DURACIÓN DEL PERÍODO DE INTERNACIÓN

Día de ingreso:

Día de egreso:

Total de días:

1II. TIPO DE A.C.V

1II.1-SECUELAS

1V.ESQUEMA DE TRATAMIENTO MÉDICO

Medicación indicada:

Concurrencia a consultas programadas

Derivación a rehabilitación:

Otras indicaciones médicas

1V.1.ADEHESIÓN AL TRATAMIENTO

a-¿Ha podido usted cumplir el tratamiento indicado por el médico?

b-En caso de no cumplirlo ¿cuál es el motivo?

c-¿Ha concurrido a algún centro de rehabilitación intra o extra institucional?

d-¿Le resulta accesible conseguir la medicación indicada?

e-¿Alguna vez ha gestionado recursos para cumplimentar tratamiento en alguna institución?

1V.2-CONSULTAS POSTERIORES A LA INTERNACIÓN RELACIONADAS CON EL A.C.V.:

Número:

Motivo de consulta :

V. INTERVENCIÓN DEL SERVICIO SOCIAL

Intervino S.S.: SI NO

En caso de intervención:

Diagnóstico:

Plan de acción:

Evaluación:

Seguimiento en Domicilio: SI NO

Nuevas consultas: SI NO Cuantas:

En Caso De Nuevas Consultas: Programadas Espontaneas

V.1 ¿Conocía la existencia del Servicio Social de H.P.C.?

V.2. ¿En que lo ayudó la intervención del trabajador social durante el período de internación?

VI. CALIDAD DE VIDA POSTERIOR AL A.C.V.

Dimensión física: síntomas relacionados con el A.C.V.

Funcional : autocuidados ,movilidad , capacidad para desenvolverse en las A.V.D.

Nivel de autonomía.

Situación económico ambiental:

Psicológica: satisfacción vital y percepción de la salud.

Social : Apoyo social y familiar.

Uso del tiempo libre.

Aislamiento-integración

Lugar en la dinámica familiar.

Objeto de cuidados?

Para evaluar esta variable se aplicarán dos instrumentos genéricos : EL INDICE DE PERFIL DE CALIDAD DE VIDA (IPCV) Y EL Q.L.I de Spitzer.

VII. FAMILIA –ORGANIZACIÓN FAMILIAR POST ALTA Y ORGANIZACIÓN FAMILIAR ACTUAL

Composición del grupo familiar conviviente.

Roles de cada miembro del grupo familiar.

Etapa del ciclo vital:

Funcionamiento familiar: **(APGAR familiar)**

¿Esta satisfecho con la ayuda que recibe de su familia? Casi siempre- Aveces –Nunca

¿Discuten los problemas que tiene en casa? " " "

¿Las decisiones importantes se toman en conjunto? " " "

¿Esta satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?

¿Siente que su familia lo quiere? " " "

Historia familiar:

Cambios a partir de la enfermedad en la dinámica familiar:

Describa y recuerde que sintieron ante la enfermedad durante la internación y como se organizaron al alta., que recursos materiales y humanos utilizaron y de que manera.
¿En ese momento se alteró mucho la organización previa.?
¿Necesitó orientación en ese momento?
Discutieron en familia la manera de organizarse:?
¿Cómo se organizan ahora y como ha cambiado la organización respecto a fases previas?

VIII. RED SOCIAL

VIII.1.Estructura

- **Amplitud.**

Redes primarias

Grupo familiar conviviente

Grupo familiar no conviviente

Amigos vecinos

Compañeros de trabajo

- **Tamaño**

3 personas de 4 a nueve personas 10 a15 personas

16 a 30 personas mas de 340 personas

¿Qué personas se conocen entre si .?

¿Luego del A.C.V. comenzó a contactarse con nuevas personas o personas con las que antes no se contactaaba?

¿Luego del A.C.V. perdió contacto con personas con las que antes se contactaba.?

VIII.2.Redes secundarias formales e informales

¿Con qué instituciones esta en contacto actualmente?

Salud Justicia Educativas Recreativas Religiosas Otras

¿Concurre a alguna institución relacionada con su problemática .?

¿Conoce instituciones de apoyo a la problemática .?

¿Que le brindan estas instituciones?

VIII.3.Soporte Material

Como se mantiene económicamente.

Recibe ayuda económica de alguna institución.

Alguna vez solicito ayuda económica a alguna institución o material

Conoce como gestionarla y que puede gestionarla.

VIII.4.Soporte afectivo

Cuestionario de Apoyo Social MOOS

VIII.5.Intensidad De Los Vínculos

a .ponen en común las cosas

b. ponen en común cosas concretas

c. ponen en cuestión muchas cosas menos las intimas

d ponen en común muchas cosas y también cuestiones intimas

e. ponen en común cuestiones intimas.

Red primaria a b c d e

Familia

Amigos

Vecinos

Compañeros

otros

Red secundaria a b c d e

Salud

Justicia

Educación

Recreación

Religión

Otras

VIII.6.Distancia afectiva

a. Estrecha proximidad

b. familiaridad

c. apoyo

d. frialdad

e. rotura

Red primaria a b c d

familia

amigos

vecinos

compañeros

otros

Red secundaria a b c d e

Salud

justicia

Educación

Recreación

Religión

Otros

Frecuencia

a. Continua

b. Discontinua

c. Interrumpida

Red primaria a b c d

Familia

Amigos

lCompañeros

Vecinos

Otros

Red secundaria a b d

Salud

Justicia

Educación

Recreación

Religión

Otras

UTILIZACIÓN DE RECURSOS INTER E INTRA INSTITUCIONALES

Se evalúa con las grillas de redes secundarias.

BIBLIOGRAFIA

-Ander Egg, Ezequiel. *Metodología del Trabajo Social*.Instituto de Ciencias Sociales aplicadas. Alicante.1982.

-Ander Egg, Ezequiel. *Técnicas de investigación social*. El Cid.1980.

-Andolfi, Mauricio. *Terapia familiar*. Buenos Aires. 1992.

-Benler, Gunnar y Jonson, Lisbeth. *Teoría para el trabajo psicosocial*. Espacio. Buenos Aires. 1997.

-Beaver y Miller. La práctica clínica de trabajo social con las perdonas mayores. Paidós. Buenos Aires .1998

-Camdessus, B. Crisis familiares y ancianidad. Paidós. Buenos Aires. 1999

-Campagnini, A. y Luppi, F. *Servicio Social y modelo sistémico*. Paidós. Buenos Aires. 1991.

-Dabás, Elina. *Red de redes: Las prácticas de intervención en redes sociales*. Paidós. Buenos Aires.1995.

-De Robertis, Cristina. *Metodología de intervención en Servicio Social*.El Ateneo. Buenos Aires.1987.

-Di Carlo, Enrique y equipo. *La comprensión como fundamento de la investigación profesional*. Lumen Humanitas. Buenos Aires. 1995.

-Di Carlo, Enrique y equipo. *Trabajo Social profesional: El método de la comunicación racional*. Lumen Humanitas. Buenos Aires.1997.

-Di Carlo, Enrique y equipo. *Redes sociales naturales: Un modelo de trabajo para el servicio social*. Lumen Humanitas. Buenos Aires.1999.

-Dorlan. *Diccionario de Ciencias Médicas*. El Ateneo. Barcelona.1985.

-De Jong, Basso y Parra, *La familia en los albores del nuevo milenio: Reflexiones interdisciplinarias. Un aporte al Trabajo Social*. Espacio. 2000

-Eroles, Carlos. *Familia: conflictos y desafíos. Manual de prevención y orientación familiar*. Espacio. Buenos Aires.

-Eroles, Carlos y equipo. *Familia y trabajo social. Enfoque clínico e interdisciplinario*. Espacio. Buenos Aires.1999.

-Federación Argentina de Unidades Académicas de Trabajo Social.*La especificidad del T.S y la formación profesional*. Espacio 1999

-Kadushin, Alfred. *La entrevista en Trabajo Social*. Extemporáneos. México.1983.

-Kisnerman, Natalio. *Teoría y práctica del Servicio Social*.Humanitas. Buenos Aires. 1984.

-Makinistiain, Rubén. *Conceptos de salud enfermedad. Ponencia presentada en Congreso de Salud Mental*. Tucumán.1986.

-Minuchín, S. y otros. *Técnicas de terapia familiar*.Paidós. Buenos Aires. 1992.

-Morales Catalayud, F. Introducción a la psicología de la salud. Paidós. Buenos Aires 1999.

-Narvaez, Rubén. *Interdependencia disciplinaria*. Artículo especial.

-Nágera, Enrique. *Cuidar de la salud. Ponencia dictada en el Segundo Congreso Panamericano de Epidemiología y atención de la salud*. Buenos Aires.1993.

-Parola Ruth, *Aportes al saber especifico del Trabajo social.espacio.* 1998

-Salord, Susana. *Especificidad y rol en Trabajo Social. Currículum-Saber-Formación*.Humanitas. Buenos Aires.1991.

-Sánchez Salgado, Carmen. *Gerontología Social*. Espacio.Buenos Aires.2000.

-Servicio Social Hospital Gárraham. *Trabajo Social Hospitalario: Práctica y quehacer profesional*.Espacio. Buenos Aires.1999.

-Sluzki, Carlos. *La red social: frontera de la práctica sistémica*. Gedisa. Barcelona. 1995.

ARTICULOS

-Alonso, Barroso y Fernández. "Calidad de vida y sus instrumentos de medición." Revista cubana de oncológica. 1996

-Artald, Carold. "La calidad de vida en los sobrevivientes de un ictus" articulo publicado en www.saludpublica.com

-Krzemein, Deisy. "Consideraciones generales sobre el concepto de salud en vejez"Revista TIEMPO Nº10 –Junio 2002

-Informe sepas. "Evaluación de la practica medica y las intervenciones sanitarias" 1998

-Reyes Ortiz, Carlos. "Visitas domiciliarias a pacientes geriátricos". Articulo presentado en el Congreso Anual de Geriatría, Atlanta, Mayo 1997.

-Monchietti, Alicia. "Participación social y estilo de vida. Su relación con la calidad de vida en la vejez." Revista TIEMPO Nª6. Noviembre 2000

-Monchietti A. Y Lombardo. " Representación social de la vejez y su influencia sobre el aislamiento social y la salud de quien envejece." Revista TIEMPO Nº 4. Marzo 2000.

-Pedreo García, Encarni "La calidad de vida y las personas mayores."Revista TIEMPO Nº 10. Junio 2002.