

2003

La intervención del trabajador social en la demanda individual-familiar en un hospital de agudos de alta complejidad de la ciudad de Mar del Plata

Celasco, Gabriela

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

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/1035>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL
LICENCIATURA EN SERVICIO SOCIAL

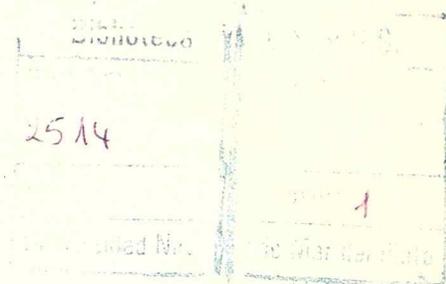
TESIS DE LICENCIATURA

“La intervención del Trabajador Social en la demanda individual-familiar en un Hospital de Agudos de Alta Complejidad de la Ciudad de Mar del Plata”

Subtema: Sistematización de una experiencia de práctica supervisada con pacientes agudos internados por el Servicio de Salud Mental y pacientes crónicos del Servicio de Unidad Renal del Hospital Privado de Comunidad; en el marco de la residencia de pregrado de la carrera de Servicio Social.

Directora: Lic. Beatriz Castellanos
Co- Directora: Lic. Ma. Cristina Álvarez

Alumnas: Celasco, Gabriela
Gibeaud, Daniela



AÑO 2003

Agradezco con mucho amor a cada persona que tuvo que ver, no sólo en la construcción de la tesis, sino en mi formación académica:

A Dios, quien me sostiene en todo momento de mi vida.

A mi esposo, por su comprensión y Amor Real.

A mi familia, por el respeto brindado.

A mis amigas y compañeras de Facultad (Daniela, Natalia, Laura, Ainhoa, Alejandra y Mora), por su Incondicional Apoyo y "estar" siempre.

A cada integrante del Servicio Social y de Salud Mental, por su compañerismo, asesoramiento y actitud profesional.

A la Lic. Beatriz Castellanos, por su gran aporte, orientación y apoyo de manera incondicional, en mi "quehacer" profesional y personal.

A cada paciente, por permitirme ser parte en la transformación de sus proyectos personal y familiar.

Gabriela Celasco

Agradezco a todas las personas que en mayor o menor medida colaboraron en mi formación profesional y me brindaron contención, apoyo y orientación en todos estos años:

A mi Familia: Edgar, Raquel, Eliana y Gastón

A mi Novio, Matías

A mis Amigas y Compañeras de Facultad: Gabriela, Laura, Ainhoa, Alejandra y Mora

A mis Amigas de siempre: Laura, Belén y especialmente Natalia

A Familia Usai

A Lic. Beatriz Castellanos

A Lic. Ma. Cristina Álvarez

A las Integrantes del Servicio Social del HPC

Daniela Gibeaud

INDICE

INDICE

Introducción	1
Objetivos	3

PRIMERA PARTE: MARCO TEORICO REFERENCIAL

I SERVICIO SOCIAL

Supuestos básicos subyacentes	4
La dimensión familiar para el Trabajo Social	6
1. Evolución histórica de la familia. Concepto.....	7
2. Diferentes tipos de Familia.....	8
3. Estructura y Función	9
4. Ciclo de Vida Familiar.....	11
5. Evento Critico desestructurante: la enfermedad.....	12
Metodología para el abordaje de la dimensión individual- familiar	14
1. La Metodología del Caso Social Individual-Familiar.....	14
2. La perspectiva de redes naturales: el modelo socioclínico.....	24
La Configuración del perfil profesional	26
1. Características de la problemática: valor metodológico.....	26
2. Representación Social.....	27
3. Matriz Institucional: Estructura, Cultura Organizacional y Circulación del Poder.....	28

II- ABORDAJE DE LOS PROBLEMAS AGUDOS Y CRONICOS DE SALUD

Salud- Paradigma y orientaciones	29
1. Concepto de Salud desde la perspectiva histórico-social.....	29
2. Modelos de Salud.....	29
3. Calidad de Vida.....	31
El Trabajo en Equipo	33

1. Interdisciplina.....	33
2. Multidisciplina.....	34
3. Transdisciplina	35

El tratamiento de Salud Mental en pacientes con padecimiento psíquico agudo.....36

1. Salud y Enfermedad Mental.....	36
2. Campo de la Psiquiatría	37
3. Nosología	37
4. Políticas públicas y salud: El Desarrollo de Salud Mental y Legislación de Atención Psiquiátrica en América Latina.....	50
5. Representación Social de la Enfermedad Mental: Sociedad. Familia. Persona con padecimiento psíquico	52

El tratamiento de Hemodiálisis en pacientes con Insuficiencia Renal Crónica.....54

1. La Enfermedad Crónica: concepto, características.....	54
2. Insuficiencia Renal Crónica (IRC): concepto, etiología, manifestaciones clínicas.....	56
3. Tratamientos:.....	58
a- Diálisis Peritoneal.....	58
b- Transplante renal.....	59
c- Hemodiálisis (HD)	60
4. Etapas que atraviesa el paciente con IRC que realiza tratamiento de Hemodiálisis.....	62
5. Disposiciones Legales.....	66
6. Derechos de los pacientes con IRC.....	66
7. Calidad de Vida del paciente con IRC en HD.....	67

III LA SUPERVISIÓN EN TRABAJO SOCIAL

1. Concepto y proceso de supervisión.....	69
2. Funciones de la supervisión relativa a estudiantes.....	70
3. Tipos de supervisión. Etapas del proceso de aprendizaje.....	70

4. Técnicas de supervisión.....	73
5. El supervisor: condiciones básicas.....	74
IV MARCO CONCEPTUAL.....	76
<u>SEGUNDA PARTE: TRABAJO DE CAMPO</u>	
ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	83
ENCUADRE INSTITUCIONAL PARA LA RESIDENCIA DE PREGRADO.....	83
1. La residencia de pregrado en las organizaciones en el marco de las prácticas preprofesionales.....	83
2. El Hospital Privado de Comunidad (HPC):Pautas de Organización y Funcionamiento.....	85
3. El Servicio de Salud Mental del HPC.....	93
4. El Servicio de Unidad Renal del HPC.....	95
5. El Servicio Social del HPC.....	97
METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN.....	105
1. Modalidad Operativa Referencial.....	105
2. Metodología implementada durante la residencia.....	109
3. Modalidad Operativa de la residente en el Servicio de Salud Mental.....	117
a- Abordaje socioclínico de pacientes agudos.....	117
b- Presentación de cinco viñetas clínicas.....	121
4. Modalidad Operativa de la residente en el Servicio de Unidad Renal.....	129
a- Abordaje socioclínico de pacientes crónicos.....	129
b- Presentación de cinco viñetas clínicas.....	132
LA SUPERVISIÓN: PROCESO DE APRENDIZAJE.....	145
Las etapas de la práctica institucional.....	145
1. En el Servicio de Salud Mental.....	148

2. En el Servicio de Unidad Renal.....	150
--	-----

TERCERA PARTE: ANALISIS DE LOS DATOS

1. Encuadre institucional de la residencia.....	153
2. Metodología de Intervención.....	160
3. Proceso del Aprendizaje.....	164

CUARTA PARTE: CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

Conclusiones.....	166
Propuestas.....	169

BIBLIOGRAFIA.....	171
-------------------	-----

ANEXO

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo final, está orientado a explicitar la metodología de intervención de caso social individual-familiar en la residencia de pregrado en un Hospital de Agudos de Alta Complejidad (H.P.C).

Consiste en la sistematización de la experiencia realizada en dos Servicios: Salud Mental, atiende a pacientes con padecimiento psíquico agudo; y Unidad Renal, en el tratamiento de Hemodiálisis a pacientes con insuficiencia renal crónica

Dicha sistematización, nos permite mostrar la intervención metodológica del Trabajador Social en un mismo campo, la salud; y al mismo tiempo los alcances y diferencias que se derivan de la atención de pacientes agudos y crónicos.

Se elabora un análisis exhaustivo respecto a la multiplicidad de variables consideradas durante la implementación metodológica en el ejercicio del rol profesional.

La residencia de pregrado se realiza como práctica preprofesional de quinto año, de la Licenciatura en Servicio Social, perteneciente a la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, de la Universidad Nacional de Mar del Plata. La misma fue desarrollada en el Hospital Privado de Comunidad, de la ciudad de Mar del Plata, en el período comprendido entre los meses Mayo del 2002- Junio del 2003.

Las autoras comparten el mismo encuadre institucional y período de residencia, con inserción desde diferentes servicios, diferentes problemáticas y diferentes estadios de evolución de la patología médica de base. Confluyen instrumentos adquiridos en la formación académica, y un modelo de abordaje de Servicio Social hospitalario consolidado, con la posibilidad de generar desde la residencia alternativas complementarias. Estas condiciones nos motivan para tomar la sistematización de la experiencia como trabajo final conjunto

El desarrollo del presente trabajo está orientado fundamentalmente en dos aspectos: *La intervención social en la demanda individual-familiar*, y *la sistematización de la práctica preprofesional*, en el marco de un proceso de supervisión.

El mismo se estructura en cuatro partes y un anexo: Marco Teórico Referencial, Trabajo de Campo, Análisis de los Datos, Conclusiones y Propuestas.

El Marco teórico referencial contempla elementos teóricos y metodológicos que dan encuadre a la intervención profesional desde una experiencia de práctica supervisada. Explicita una perspectiva en los siguientes aspectos: supuestos básicos subyacentes del Servicio Social; la dimensión familiar para el Trabajo Social; metodología para el abordaje de la dimensión individual- familiar; la configuración del perfil profesional; el abordaje de los problemas agudos y crónicos de salud (Salud Mental Y Unidad Renal); y la supervisión en trabajo social. El Trabajo de Campo describe la experiencia integrando encuadre institucional, metodología de intervención (referencial del Servicio Social Hospitalario y la implementada por las residentes) y proceso de aprendizaje. Estos aspectos son analizados en la tercer parte del trabajo, arribando a conclusiones respecto a los alcances y limitaciones de la intervención profesional en la atención de la demanda individual-familiar. El trabajo finaliza con algunas propuestas derivadas de las conclusiones, que sugieren la revisión de programas y proyectos cuyos contenidos tienen consecuencias directas respecto de la eficacia y eficiencia de la intervención profesional.

OBJETIVOS

OBJETIVOS

Objetivos Generales

- Conocer y analizar la aplicación de la Metodología de Caso Social Individual-Familiar en la residencia de pregrado.
- Evaluar los alcances de la intervención profesional en pacientes agudos y crónicos.

Objetivos Específicos

- Conocer las pautas de organización y funcionamiento del H.P.C.
- Describir la metodología de intervención implementada por el Servicio Social del H.P.C.
- Conocer la naturaleza del problema de pacientes agudos en el campo de la Salud Mental.
- Conocer la naturaleza del problema de pacientes crónicos en tratamiento de hemodiálisis del Servicio de Unidad Renal.
- Describir la sistematización de casos abordados. Proceso metodológico y registro de la intervención.
- Describir el marco institucional de la residencia de pregrado: supervisión de cátedra y supervisión de campo.
- Analizar el proceso de aprendizaje de la residencia de pregrado en relación con la dinámica del trabajo implementado.

PRIMERA PARTE
MARCO TEORICO
REFERENCIAL

PRIMERA PARTE : MARCO TEORICO REFERENCIAL

I SERVICIO SOCIAL

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 de ella que sostenemos los procesos de Servicio Social y la posición de que cada amo asume en esta relación, está directamente vinculada a los paradigmas.”*¹

Nos acercamos al concepto de Servicio Social desde la perspectiva del Paradigma Humanista Dialéctico. Remitimos 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 bio-psico-social-, construye su proyecto vital de acuerdo a sus valoraciones, tiene derechos y deberes que le impone 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, por la organización del Estado predominante y por las políticas que se definan para su

¹ Castellanos, B. "La perspectiva de Redes Naturales: Un modelo de trabajo para el Servicio Social". Grupo E.I.E.M. Editorial Hvrmanitas. Argentina. 1998. Pág. 137.

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 cotidiana².

Desde nuestra perspectiva consideramos que si bien es innegable la influencia reciproca entre el hombre y su contexto social, aquel 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 intencionalidad del propio ser humano.

– Como Trabajadores 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, búsqueda de la conciencia crítica”³.

– 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.

– 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*

² Eroles, C. “Familia y Trabajo Social”. Ed. Hvmánitas. Argentina, 2001.

³ Castellanos, B. “La perspectiva de Redes Naturales: Un modelo de trabajo para el Servicio Social”. Grupo E.I.E.M. Editorial Hvmánitas. Argentina. 1998. Pág. 140

*aprecios y valores con que el sujeto enfoca su realidad y su propia existencia*⁴.

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 Giácomo⁵ plantea que para el Trabajo Social 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 diferentes 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 específico de atención conocimiento y transformación.

La Dimensión Familiar para el Trabajo Social.

En este capítulo se desarrollan los diversos aspectos que caracterizan a la familia como entidad básica dentro de una sociedad: concepto, evolución, historia, estructura, ciclo vital, funciones y evento crítico desestructurante.

El contenido de esta temática permite conocer los diferentes momentos por los que atraviesa la familia a lo largo de su vida, las actividades y problemas típicos esperables en cada etapa. Poder inferir como se comportará ante la situación de enfermedad a fin de facilitar la asimilación de la problemática y la generación de un sostén adecuado que contenga tanto al paciente como a ella

⁴ Di Carlo, E. y Equipo " Trabajo Social Profesional: El método de la Comunicación Racional". Ed. Hvmanitas, Argentina, 1996. Pág. 20

⁵ Di Carlo, E. y Equipo " Trabajo Social Profesional: El método de la Comunicación Racional". Ed. Hvmanitas, Argentina, 1996. Pág. 125

misma.

1. Evolución histórica del concepto

El hombre ha sobrevivido en todas las sociedades a través de su pertenencia a diferentes agrupaciones sociales. En la medida en que las sociedades se hacen más complejas y se requieren nuevas habilidades, se diferencian las estructuras sociales.

En la mayoría de las culturas la familia se ha caracterizado por ser Patriarcal:

- En el tipo de familia que describe el Antiguo Testamento, los jefes de los clanes podían tener varias esposas, en lo que respecta a las mujeres eran de condición relativamente baja.
- En la Antigua Roma, no se practicaba la poligamia y la mujer disfrutaba de mejores condiciones. La familia romana era extensa y el patriarca tenía mucha autoridad, como por ejemplo matar a sus propios hijos.
- En la Europa Medieval la familia se regía por las prácticas de la Iglesia Católica Romana y el Feudalismo se caracterizaba por tener una familia extensa y dominada por el hombre.
- La Revolución Industrial generó grandes cambios en la estructura familiar. La industrialización y la urbanización trajeron consigo la desintegración de los Estados feudales e impulsaron una profunda transformación de los modos de vida y del trabajo. Muchas personas abandonaron el campo y acudieron a la ciudad para trabajar en las fábricas. Este proceso llevó a la disolución de numerosas familias extensas. Así el régimen patriarcal fue cediendo terreno lentamente a una mayor igualdad de sexos. La unidad relevante fue el individuo y no la familia.

Se puede observar cómo la familia ha sufrido y sigue sufriendo diversos cambios a lo largo de la historia, vinculados a los cambios de la sociedad. En la actualidad, coexisten diferentes modalidades de organización y funcionamiento de sus miembros.

Concepto de Familia

La familia debe ser entendida como *una unidad bio-psico-social con leyes y dinámica propias, que le permiten mantenerse en equilibrio y soportar las tensiones, variaciones sin perder la identidad como grupo primario de organización social, a través de la unidad, la continuidad en el tiempo y el reconocimiento de la comunidad que la rodea*⁶.

En base a lo planteado por Minuchin⁷, la familia es considerada como la matriz de la identidad. Esto es debido a que en los procesos precoces de socialización, las familias moldean la conducta del niño y el sentido de la identidad. El sentido de pertenencia se acompaña con una acomodación por parte del niño a los grupos familiares

2. Los diferentes Tipos de Familia

Actualmente el modelo familiar se encuentra en una constante transformación. No se puede hablar de un sólo modelo de familia como tampoco de un solo sistema de valores. Sin embargo la sociedad democrática tiene que promover un modelo de familia, donde las relaciones entre sus miembros estén basadas en el respeto mutuo, el diálogo y la participación.

Existen diversas formas familiares que coexisten en una misma realidad social, económica y cultural. Para Eroles⁸, en nuestra realidad nacional actual se pueden encontrar los siguientes tipos de familia:

- Familia con vínculo Jurídico y/o religioso: por razones formales o por convicciones religiosas la pareja solemniza su unión,
- Familia consensual o de hecho: se considera que la pareja mantiene un vínculo estable, pero que no ha establecido una unión solemne.
- Familia nuclear: en este tipo, se da que dos generaciones “padres e hijos” viven juntos. Constituyen estructuras adecuadas para las sociedades urbanizadas.

⁶ Eroles, C. “Familia y Trabajo Social. Un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional”. Ed. Espacio. Argentina, 1998. Pág. 140

⁷ Minuchin, S. Y Fishman, C. “Técnicas y Terapia Familiar 3”. Ed. Piados. Argentina, 1992. Pág. 95.

⁸ Eroles, C. “Familia y trabajo Social. Un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional”. Ed. Espacio. Argentina, 1998. Pág. 148.

- Familia ampliada o extensa: en ella se da la convivencia de tres generaciones y-o la presencia de otros familiares convivientes.
- Familia ampliada modificada: si bien no hay convivencia, las relaciones entre los miembros tienden a un comportamiento clínico.
- Familia monoparental: está conformada por el o los hijos y por solamente el padre o la madre, como cabeza de familia.
- Familia reconstituida o ensamblada con o sin convivencia de los hijos de distintas uniones: es el grupo familiar conformado por una pareja que ha tenido experiencias matrimoniales anteriores.
- Familia separada: padres separados que siguen siendo familia en la perspectiva del o de los hijos.
- Grupos familiares de crianza: se incluye a situaciones particulares como la adopción, nietos a cargo de abuelos, etc.
- Familiarización de amigos: se reconoce una relación estrecha a los que son entrañablemente amigos.
- Uniones libres carentes de estabilidad y formalidad: a juicio del autor no deben ser consideradas como relaciones vinculares familiares.

3. Estructura Familiar

Se entiende por estructura familiar al "... conjunto invisible de demandas funcionales que organiza los modos en que interactúan los miembros de una familia..."⁹. Entonces la familia es un subsistema que opera a través de un conjunto invisible de demandas funcionales. La repetición de estas demandas establece pautas acerca de como, cuando y con quien relacionarse regulando la conducta de los miembros.

La familia debe responder a cambios internos y externos, manteniéndose como marco de referencia de sus miembros.

Sobre la base de lo planteado por Minuchin¹⁰, el sistema familiar desempeña sus funciones por subsistemas. Los límites de un subsistema están constituidos por las reglas que definen quienes participan y de que manera. La

⁹ Minuchin, S Y Fishman, C. Op. Cit. Pág. 99

¹⁰ Minuchin, S Y Fishman, C. Op. Cit. Pág. 103

función de estos límites reside en proteger la diferenciación del sistema, a través de una adecuada claridad en los límites.

Las funciones familiares

Los roles dentro del seno familiar se fueron diferenciando. Esto se produce cuando se separa el hogar del lugar de trabajo. Las funciones familiares estaban regidas a una cuestión de género.

En la actualidad estas funciones fueron replanteadas, a raíz de la insatisfacción que sentía la mujer al estar excluida del ámbito público. Además el desarrollo científico le permitió una planificación del tamaño de la familia y una simplificación de las tareas domésticas. Permitiéndole a la mujer insertarse en el ámbito público y no estar solamente relegada a las tareas domésticas y al hombre tener un vínculo más cercano y afectivo con sus hijos.

Estas funciones, entonces pueden ser ejercidas por cualquier miembro de la familia, aunque mayoritariamente siguen estando ejercidas por la madre, el padre y el hijo respectivamente.

Siguiendo las consideraciones de Eroles¹¹, las funciones se caracterizan por:

- Función Materna: esta función se origina por los deseos de tener un hijo. Es la encargada de las conductas nutricionales. Está conectada con la interioridad, los afectos, el cuerpo y las funciones. Es incondicional. Valora más la felicidad que el rendimiento.

- Función Paterna: es el reconocimiento del hijo por medio de la asignación del nombre, reconociendo así su paternidad. Es la función discriminadora que sostiene económicamente a la familia. Se conecta con las necesidades mediatas de los hijos: futuro, profesión, etc. Valora más la realización personal y el éxito.

- Función Filial: conecta a la familia con el futuro. Cuestiona lo establecido y busca romper las estructuras antiguas. Es el futuro que irrumpe en la familia trayendo nuevas ideas, visiones, muchas veces queriendo romper la anterior.

Sea como fuere los roles desempeñados dentro de una familia, lo importante es que estas funciones sean ejercidas en forma armónica y equilibrada, sin tener

¹¹ Eroles, C. "Familia y trabajo Social. Un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional". Ed. Espacio. Argentina, 1998. Pág. 140

que ajustarse a una cuestión de género.

Características del buen funcionamiento familiar.

- Interacciones entre sus miembros regulares y variadas.
- Contactos con redes primarias y secundarias.
- Toma de decisiones democráticas.
- Búsqueda de solución de problemas.
- Flexibilidad en los roles.
- Espacio para la autonomía.
- Capacidad de Sostén.
- Capacidad para enfrentar la adversidad.

4. El Ciclo de Vida Familiar

Toda familia instituye sus propias reglas de funcionamiento, que pueden variar según el momento histórico que está pasando. El ciclo vital está determinado por un hecho crítico, frente al cual la familia siente la necesidad de revisar sus modalidades de funcionamiento.

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 estrés que la familia encuentra en su camino a través del tiempo, adaptándose a los cambios de cada etapa.

Para describir las etapas por las cuales atraviesa la familia se toma como referencia a lo planteado por la Lic. Beatriz Valsachi¹²:

- Formación de la pareja: el evento crítico lo constituye el matrimonio o la convivencia estable de una pareja. Este período se caracteriza por la definición de las fronteras de la sociedad conyugal, desde la estipulación de reglas hasta el proceso de separación de las familias de origen.
- La familia con niños: el evento crítico consiste en el nacimiento de los hijos. Cambian las reglas internas y externas. Los miembros de la pareja pasan a ser

¹² Valsachi, B. Apuntes de Cátedra: Sociología de la Familia. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. UNMdP, 1998.

que dependerá del nivel de independencia logrado en la primer etapa.

- La familia con adolescentes: el evento crítico es la adolescencia de los hijos. En esta etapa se produce un mayor compromiso en la pareja en vista de la partida de los hijos y un acercamiento a la primera generación que está envejeciendo.
- La familia trampolín: el evento crítico es la partida del hogar de los hijos. Es el momento de la incorporación de yernos y nueras a una nueva realidad familiar, en la cual los roles son diferentes.
- La familia en edad avanzada: los eventos críticos son la jubilación, la enfermedad, la migración y la muerte. La jubilación de uno de los cónyuges impone la necesidad de renegociar reglas internas, redefinir deberes y espacios individuales. Surge la necesidad de apoyo ligado al estado de salud, que puede sufrir un deterioro progresivo. La capacidad para prestar apoyo a los padres ancianos esta vinculada a la calidad de la relación establecida en las frases precedentes. La migración como elemento de irrupción en las redes construidas a lo largo de la vida

5. Evento Crítico Desestructurante

Eroles¹³ lo define como una situación límite, es decir como una circunstancia sobreviviente 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 proyectos 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.

Minuchin¹⁴ 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 esa situación. Aquí la crisis va ligada a la idea de

¹³ Eroles, C y Equipo. "Familia: Conflictos y Desafíos. Manual de Prevención y Orientación Familiar". Argentina. Ed. Espacio. Año 2000.

¹⁴ Minuchin, S Y Fishman, C. Op. Cit.

cambio y se presenta bajo dos formas, progresiva o súbita, en el primer caso, se buscan respuestas progresivamente, y en el segundo de forma súbita, por lo que es probable que requiera de una intervención externa. Los eventos de irrupción brusca obligan a tomar decisiones urgentes.

Algunos 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 la crisis los recursos familiares, el apoyo y la red social.

Enfermedad como evento crítico altamente desestructurante 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 conceptualizar la enfermedad y sus características como un fenómeno que actúa sobre el sistema familiar.

Un Trabajador Social debe tener un adecuado conocimiento de la enfermedad, cuando una familia solicita tratamiento. Esto posibilita prever los problemas que se plantearán en cada familia. Por ejemplo: el Trabajador Social de Unidad renal deberá conocer, no solamente las causas de la Insuficiencia Renal Crónica, sino también los tratamientos existentes. En tanto que en Salud Mental, deberá conocer las características relevantes de la estructura de personalidad que hacen a la enfermedad mental prevalentes, para a partir de estos elementos constitutivos de las variables a analizar en la integración diagnóstica poder planificar la intervención profesional con el fin de orientar al grupo de sostén en la reorganización sociofamiliar.

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.

Metodología para el abordaje de la dimensión individual- familiar.

1. La Metodología del Caso Social Individual-Familiar

Orientación Metodológica:

Anteriormente se ha definido 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 por lo tanto de transformación...”¹⁵

El Trabajador Social accede a este proceso por medio del establecimiento de un examen racional participativo, entablando una comunicación racional con los sujetos involucrados. Esta comunicación se caracteriza por ser participativa y dialógica, constituyéndose en la vía adecuada para comprender a la persona, su circunstancia y el medio que se comparte con él. Es así como se va estructurando la acción profesional, ya que es el camino utilizado para lograr las transformaciones sociales deseables pero también un fin profesional que busca orientar la acción hacia fines comunes.

Respecto a la especificidad y en consideración de lo antedicho podemos visualizar al menos dos autores que la definen por el enfoque y autores que la definen por el objeto, aspectos a nuestro criterio interdependientes

Para el profesor Di Carlo el objeto específico del Servicio Social es “... el hombre como ser pensante en debate con sus circunstancias. Es la unidad consciente y actuante del ser persona..”¹⁶

Según el planteo de Maria Angeloni¹⁷ esta unidad tiene su origen y desarrollo en la experiencia social. La persona es un sujeto consciente,

¹⁵ Di Carlo, E y Equipo. “La comprensión como fundamento de la investigación profesional”. Argentina, Ed. Hvmánitas. 1995. Pág. 105

¹⁶ Di Carlo, E y Equipo. “La comprensión como fundamento de la investigación profesional”. Argentina, Ed. Hvmánitas. 1995. Pág. 38

¹⁷ Di Carlo, E y Equipo. “La comprensión como fundamento de la investigación profesional”. Argentina, Ed. Hvmánitas. 1995. Pág. 63

especialmente comunicativo y corporativo. Su inteligencia reflexiva le permite orientar su acción hacia fines y valores, sopesando, cotejando y seleccionando uno entre los diversos cursos de acción posibles.

La persona constituye el sujeto central de la intervención social, siendo a la vez actor y protagonista de su propia vida. El Trabajador Social establece una comunicación significativa con la persona en la resolución del problema. Ambos deben integrarse simultáneamente desde el principio para resolver el problema.

En el proceso de intervención, el Trabajador Social busca la resolución de los problemas y la transformación de las situaciones sociales, basándose en una relación dialógica con los sujetos involucrados. El carácter transformador de la misma consiste en el examen racional participativo...¹⁸ de los condicionamientos internos como externos del propio sujeto.

Pero si solo nos quedáramos con una definición por el objeto no lograríamos diferenciarnos de toda profesión que trabaja para la modificación de cualquier circunstancia humana, con una perspectiva humanística. Puesto que todo trabajo con la persona es *trabajo social*, respondernos con qué aspecto de lo social trabaja el *Servicio Social*? nos remite directamente a pensar en el objeto.

Descontando que "el objeto se construye en la relación a partir del vínculo" *cual es la otra parte del debate?*. Aparentemente habría acuerdo en definirlo como campo de interferencias donde emerge el problema social.

En esta orientación Margarita Rozas refiere que "cada disciplina se diferencia por el modo de mirar, apropiarse e intervenir en lo social"

La comunicación racional entonces es de naturaleza reflexiva, implica el diálogo, recuperación del sentido, del significado y la reflexión de las consecuencias posibles de la situación deseada para todas las personas involucradas. El proceso de comunicación racional es un proceso de pensamiento que va a permitir develar la interioridad y la exterioridad del acontecimiento, cuales son los hechos que configuran la situación y cual es la intencionalidad que se le atribuyen a los hechos. Se descubre la orientación de los actos humanos de las personas

¹⁸ Di Carlo, E y Equipo. "La comprensión como fundamento de la investigación profesional". Argentina, Ed. Hvmánitas. 1995. Pág. 38

involucradas.

Basándonos en lo planteado por Beatriz Castellanos¹⁹ en el proceso de resolución de la demanda, la elaboración de la respuesta se da por la confrontación de lógicas diferentes (Institución – Asistente Social- Persona) perspectivas de la situación y propuestas con intencionalidad diferente. De esta confrontación emergen elementos que permiten la construcción de estrategias para la resolución de la problemática analizada, en esta tríada se incorporan todos aquellos actores sociales que participan del binomio salud - enfermedad.

De esta confrontación nace una nueva lógica fundante de la respuesta, una nueva comprensión de la realidad que contiene a todos los participantes.

Se define al Caso Social Individual-Familiar como "... la atención de la demanda que presenta una persona en una situación concreta y a la que se le responde en consideración a su dimensión psicosocial; incluyendo la historia, pautas culturales y valoraciones (propias y de su contexto); implicando a otras relaciones significativas según la naturaleza de esa demanda, la determinación del sujeto y el criterio profesional..."²⁰

La dimensión psicosocial de la persona integra los aspectos psicológicos y sociales.

Evaluar los aspectos psicológicos no significa realizar tratamiento de trastornos de la personalidad, implica la comprensión de las condiciones internas del sujeto.

Evaluar los aspectos sociales significa considerar el contexto con una perspectiva amplia y circular de ambiente; la familia, la red social natural, la comunidad y sus condicionantes históricos, culturales, económicos y políticos.

El Trabajador Social confronta con realidades complejas, personas vulnerables en situaciones multiproblemáticas.

La toma a cargo de una demanda de atención individualizada "caso social" parte de una dificultad de la persona para afrontar un acontecimiento que genera una situación problemática indeterminada. Se originan diferencias en las

¹⁹ Castellanos, B. "La perspectiva de Redes Naturales: Un modelo de trabajo para el Servicio Social". Argentina. Ed. Hvmánitas. Año 1998. Pág. 165.

²⁰ Castellanos, B. "La perspectiva de Redes Naturales: Un modelo de trabajo para el Servicio Social". Argentina. Ed. Hvmánitas. Año 1998. Pág. 140.

relaciones interpersonales, no puede lograrse una visión compartida ni lograr los acuerdos mínimos que requiere el manejo adecuado de los emergentes de esa situación.

El objetivo se centra, según B. Castellanos²¹, en promover la capacidad de apropiación objetiva de la realidad social para que las personas puedan construir una posición crítica en su contexto, que les permita afrontar las dificultades, exigencias y expectativas propias y del contexto relacional.

Entonces esta perspectiva de Servicio Social orienta la intervención al logro de cambios en la persona, las relaciones interpersonales y la situación social, a través del establecimiento de una relación dialógica con los sujetos involucrados.

Proceso Metodológico:

Si acordamos que el Trabajador Social confronta con una realidad compleja, auto orientada, con dinámica propia y multideterminada, la intervención va a darse en un proceso de respuesta. Para Dewey, dicho proceso es la transformación controlada o dirigida de una situación indeterminada en otra tan determinada en sus distinciones y relaciones constitutivas que convierten los elementos de la situación original en un todo unificado.

El primer paso en este proceso es la transformación de la situación indeterminada en una situación problemática, paso inicial para el planteamiento del problema. Durante este proceso, el Trabajador Social debe discriminar analíticamente los elementos de la situación problemática para comprender que sucede y porque, lo hace sobre la base de dos operaciones: observación analítica (datos seguros) e interpretación del material observado (nuevas ideas).

Discriminar analíticamente los elementos, requiere dimensionar el problema en aspectos. Cabe mencionar que el contenido de estos aspectos va a develar la naturaleza de la persona y su entorno (familia, red social) así como su funcionamiento psicológico y social. Como Perlman señala deberán vincularse a: la naturaleza del problema, la naturaleza de la Institución, la misión de la institución y la función social de la misma.

²¹ Castellanos, B. "La perspectiva de Redes Naturales: Un modelo de trabajo para el Servicio Social". Argentina. Ed. Hvmánitas. Año 1998. Pág. 145

Para seleccionar los aspectos, se toma con referencia los planteados por B. Castellanos²²:

La Persona: están incluidos los datos básicos concernientes a la persona Como por ejemplo: nombre completo, edad, entre otros.

Motivo de la Demanda: se da la explicitación del problema, pedido y de las expectativas mantenidas en relación con lo que se espera del servicio.

Problema: como lo plantea Perlman²³ se debe atender tanto a la naturaleza, origen y factores precipitantes, como a los esfuerzos realizados para resolverlos, la naturaleza de la solución que pretende el Asistente Social y la naturaleza de los medios con que cuenta el profesional en relación con la persona y su problema

Motivo Derivante: es el conocimiento del motivo por el cual la persona es derivada al Servicio Social, para identificar si puede ser tratado desde las incumbencias del servicio.

Red Social: se trata de focalizar la intervención no sólo en la persona, sino también en su entorno. Se tiene en cuenta a la circunstancia que motiva la demanda. Es importante que el Trabajador Social pueda conocer como está conformada la red social: estructura, funcionamiento, relaciones entre sus miembros.

Calidad de Vida: está relacionada sobre la base de las condiciones físicas, emocionales, intelectuales y sociales. Se vincula directamente con el proyecto vital.

Proyecto Vital personal-familiar: está relacionado con las ocupaciones que tiene la persona y el significado que le atribuye. Es decir como la situación problema afecta tanto la persona, su entorno y los roles que desempeñan los miembros de la red.

Características generales y particulares de la problemática: se necesita conocer cuáles son las características del problema y como afecta y repercute en la persona como en su ámbito familiar - social.

Realidad Económica: se refiere a la situación patrimonial y laboral de la persona y su entorno. Se relaciona con las posibilidades de afrontar

²² Castellanos, B. "La perspectiva de Redes Naturales: Un modelo de trabajo para el Servicio Social". Argentina. Ed. Hvmánitas. Año 1998. Pág. 156

²³ Perlman, H. "El Trabajo Social Individualizado". España, Ed, Rialp SA, 1965, Pág. 144

económicamente los emergentes de la situación problema.

Realidad Habitacional: se refiere a las características que tiene la vivienda; condiciones mínimas de comodidad y confort.

Expectativas acerca de la Institución y del Servicio Social: está relacionado con las inquietudes, intereses de las personas que acuden al servicio en busca de ayuda. Se vincula con lo que se espera recibir del servicio y lo que desean.

Realidad Cultural: tiene relación con las valoraciones propias de la persona y su entorno, en relación con la circunstancia inicial: ideas, mitos, creencias.

Recursos: se tratan de conocer todos los recursos existentes para la resolución de la situación. En primer lugar se destaca la relación terapéutica es decir: Trabajador Social - Persona - Red, luego los que facilita la Matriz Institucional y los Recursos Comunitarios.

El contexto de Intervención:

En una Institución de salud el rol fundamental del Trabajador Social es el Terapéutico.

Esto no excluye que en el ejercicio de su práctica cotidiana, confronte con situaciones diversas que requieran de un rol de control social específico de las Instituciones que tienen como función social el amparo de la persona como un bien Jurídico protegido.

Como señala la misión y función de una Institución de salud remite al rol Terapéutico. Esto implica, eventualmente, la contención de situaciones tales como el maltrato o el abandono que requieren de una instancia terapéutica y además cuando menores o incapaces están en riesgo- de una instancia de control. El Trabajador Social no renuncia al rol terapéutico cuando en los casos mencionados recurre a la Institución judicial, sino que da ingreso con su señalamiento a otro profesional que se hará cargo de ese rol.

Si se acepta que la función social de un Hospital es el cuidado, todos los profesionales comparten el mismo rol. El Trabajador Social ejercerá su función específica privilegiando el mismo rol.

Desde un Trabajo Social de orientación Clínica se pueden distinguir tres tipos de

contexto diferenciados: Información, Orientación y Tratamiento.

El Contexto Informativo: Está indicado en los casos donde las personas se han dado una organización flexible, funcional, viable y sustentable, la han decidido y programado. Sólo requieren algún tipo de información para sostenerla.

El Contexto de Orientación: está indicado en las personas con capacidad y disponibilidad para generar una organización adecuada. La misma ya está decidida pero no ha sido programada. Influye la irrupción brusca de la enfermedad y el desconocimiento del alcance, las limitaciones de la matriz institucional y de los recursos comunitarios. Implica tener con la persona una o dos entrevistas.

El Contexto de Tratamiento: está indicado en los casos en que las personas se encuentran paralizadas, obturadas, interferidas para decidir, programar e implementar una organización de cuidados viable, sustentable y contenable.

Esta situación puede originarse en: dificultades para comprender las implicancias sociales de la aparición de la enfermedad, no se han dado una organización y se encuentran resistentes a pensar en la situación de alta médica, o en la planificación de los acomodamientos familiares que deben efectuarse para asegurar la contención de la persona que padece de una enfermedad crónica. Esta resistencia puede originarse en el conocimiento insuficiente de la problemática, en la dificultad de visualizar las limitaciones objetivas para las actividades de la vida diaria, en la historia familiar previa, en la permanencia de situaciones socio-familiares conflictivas.

Las Etapas del Proceso Metodológico:

Es importante destacar que todas las fases de intervención descritas en la práctica se retroalimentan. Son dinámicas debido a que se trabaja dentro de una realidad cambiante, dándose simultáneamente. Los aspectos de conocimiento son transversales a todas las etapas del proceso. Se reconocen como Etapas del

Proceso Metodológico las siguientes:

Investigación---Análisis de la Situación

Diagnóstico ----Evaluación

Planificación---Elaboración de alternativas de resolución

Ejecución---- Puesta en práctica de alternativas de resolución

Evaluación.

Cierre del proceso.

1- Investigación-Análisis de la Situación:

En esta etapa inicial se trata de conocer la realidad a abordar. Como ya se señalara se parte de una situación indeterminada. El trabajo en esta etapa es la definición de la situación problemática.

Se trata de obtener la información necesaria para la comprensión de la situación problema para que de lugar a la demanda y comprometer a los involucrados en la búsqueda de dicha comprensión.

A partir del primer encuentro se tiene que estructurar la relación, ya que como señala Kadushin²⁴ "... es el contexto interpersonal en el que se origina el proceso...". El profesional tiene que tratar de establecer una relación dialogica con los sujetos involucrados, intentando consolidarla y sostenerla a lo largo de todo el proceso. Además es necesario que sea consciente que entabla una relación horizontal simétrica en tanto relación humana y asimétrica en tanto relación profesional, para evitar la subordinación de la persona y modelizar actitudes solidarias y democráticas.

El Trabajador Social tiene que crear un espacio donde la persona pueda expresarse libremente, sin temor a ser cuestionada; tiene que estar atento a los diversos gestos, señales, ruidos en la comunicación permaneciendo con una actitud de escucha atenta.

2- Diagnóstico-Evaluación:

El Trabajador Social ha reunido todos los datos que conciernen a la situación problemática, realizando sucesivas formulaciones discriminando todos

²⁴ Kadushin, A. "La entrevista en Trabajo Social". México. Extemporáneos, 1983. Pág. 48

los aspectos, que hacen a la situación.

En esta etapa el profesional y la persona acceden al planeamiento del problema, a una nueva comprensión. Se conforma una nueva visión integral que esboza nuevas alternativas para la acción (hipótesis operativas).

Esta nueva visión surge de analizar, reflexionar y organizar todos los datos hasta llegar a establecer un juicio sobre su significado. Se determina, según lo planteado por Perlman²⁵ en qué consiste el problema, que factores psicológicos, físicos y sociales contribuyen a él (o lo originan), que efectos tiene sobre el bienestar del propio sujeto (o de otras personas), cuál es la situación apetecida y que medios ofrecen a la persona, su situación y otros servicios organizados para resolver el problema.

Surge una nueva visión de la situación por parte del sujeto y de su entorno, dando lugar al descubrimiento de nuevas posibilidades para la acción. Se reconocen las posibilidades-recursos y las limitaciones-interferencias, que tienen para arribar a un cambio en la situación que motiva la intervención. Así como las consecuencias de un determinado cambio para todos los involucrados. El Trabajador Social debe explicitar todos los obstáculos posibles y alentar a las personas en los logros que va teniendo.

3- Planificación - Elaboración de alternativas de resolución

En esta etapa están dadas las condiciones para comenzar a elaborar una respuesta a la demanda; ya que se ha realizado la formulación del problema compartido por todos los involucrados.

Se realiza una selección de alternativas de resolución. Esto implica la definición del camino a seguir para el logro de la solución deseada. Se procura que sea una alternativa de soporte social viable, sustentable y flexible.

Implica decidir:

- ¿Qué se quiere lograr?
- ¿Cómo se jerarquizan las necesidades que deben atenderse en forma inmediata?.
- ¿Qué es necesario hacer para afrontar el problema?.

²⁵ Op. Cit. Pág. 144

- ¿Quiénes van a hacerlo?.

Se sostienen las pautas para el diálogo. Se acompaña la elaboración del proyecto colectivo, respetando las decisiones de la red en las definiciones de una nueva organización.

4- Ejecución-Puesta en práctica de las alternativas de resolución:

Es la puesta en práctica de las alternativas de resolución elaboradas por la red social y el profesional.

La red, recupera la capacidad de objetivar la realidad. El tramo final del tratamiento comienza cuando el Asistente Social acuerda su retiro con los miembros de la red y concluye con la despedida.

5- Evaluación: Cierre del proceso

Está presente desde el primer contacto con el asistido y dura hasta la finalización del proceso. En esta etapa la evaluación se caracteriza por ser un momento de síntesis focalizado en el cierre de la intervención donde se explicitan objetivos logrados y no logrados, así como consecuencias predecibles. La evaluación es transversal al proceso metodológico y tiene varias instancias:

La evaluación preliminar: se encuentra en el primer contacto con la persona que realiza una demanda del servicio. La persona explica los motivos de su problema y el Trabajador Social toma su primer contacto con la situación problema.

La evaluación diagnóstica: es la elaboración de alternativas de acción por parte del Trabajador Social en conjunto con la red.

La evaluación final tiende al logro de la autonomía. Marca el sentido de la despedida.” B. Castellanos²⁶ .

Es necesario construir la intervención a partir de los actores sociales que participan en el proceso.

²⁶ Castellanos, B. Op. Cit. Pág. 170.

2. La perspectiva de redes naturales: el modelo socioclínico.

De acuerdo a Ricardo Hill, 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.

El modelo utilizado durante la practica es el **Socioclínico de redes naturales**.

Por un lado, el enfoque clínico consiste en 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 diagnostico, sujeto y T.S., se apropian de la capacidad de objetivar la realidad, de relacionar pensamientos, valores y actos concerniente realizados, resignificándolos y generando nuevos actos que posibiliten el manejo adecuado de los problemas.*²⁷

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. 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.

Las redes sociales son modalidades de interactividad. Expresan intercambios y relaciones complejas. Sus atributos (estructurales, funcionales y vinculares) se expresan en distintos grados de calidad y cantidad, permitiendo además distinguir las redes sociales en dos grupos: redes sociales primarias y redes sociales secundarias:

²⁷ Castellanos, B. "La perspectiva de Redes Naturales: Un modelo de trabajo para el Servicio Social". Grupo E.I.E.M. Editorial Hvmánitas. Argentina. 1998. Pág. 137.

Las redes sociales primarias: son un conjunto de personas que se conocen entre sí, unidas por vínculos de familia, amistad, vecindad, trabajo, estudio, ocio. Configuran una totalidad en la que sus miembros están unidos por relaciones de naturaleza afectiva -positiva o negativa- más que por su carácter funcional. La naturaleza de las relaciones que se dan en su interior está basada en la reciprocidad, mediata o inmediata y casi nunca son simétricas ni equivalentes en intensidad y contenidos.

En este tipo de redes los intercambios están caracterizados por la gratuidad; recorridas por tensiones y polarizaciones, por alianzas, conflictos y contradicciones.

Las redes sociales secundarias: son conjuntos sociales instituidos normativamente, estructurados en forma precisa para desarrollar una serie de misiones y funciones específicas (hospital, escuela, juzgado, empresa, comercio, etc.), que se le reconocen socialmente como propias. Quienes las integran cumplen roles predeterminados y los intercambios que en ellas se concretan están fundados en el derecho o en el dinero.

Para el modelo de Redes Naturales, 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 secundaria.

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

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.

La Configuración del perfil profesional.

El perfil profesional del trabajador social es una construcción que comienza en el primer año de la carrera y nunca finaliza. Se configura por la adquisición de elementos teórico metodológicos, procedimental, operativos y actitudinales en la dinámica social.

Esta construcción tiene consecuencias profesionales al menos para el Asistente Social respecto de su identidad profesional y del nivel de inserción institucional, para el colectivo profesional respecto del status o rol subsidiario o complementario de la profesión, para el abordaje de la problemática en general respecto de la integralidad que requiere la comprensión complejidad en general, para la persona respecto de la individualización de su circunstancia particular.

1. Característica de la problemática: valor metodológico

Se considera importante poder destacar y resaltar las características de la problemática que motivan la intervención del Trabajador Social en una institución determinada, ya que su conocimiento es un aspecto constitutivo de la configuración del perfil profesional. En este punto cabe hacer una distinción entre situación social problemática respecto de la constelación de problemas presentes en una demanda singular y características relevantes de la problemática general que va a atender el Trabajador Social, tanto por el tipo de institución a la que pertenece, como por el lugar que le ha sido asignado dentro la misma. (servicio-programa-proyecto).

En este capítulo nos vamos a ocupar de este último aspecto por considerar que su conocimiento implica la adquisición del marco conceptual específico en juego en un campo determinado, las teorías de referencia, valoraciones de la organización respecto de la problemática del campo y del lugar del trabajador social, cuadro hipotético de problemas recurrentes en la demanda. Tiene valor metodológico ya que resulta difícil por no decir imposible, en el marco de una intervención intencionada y direccionada, llegar a la definición del problema tal cual afecta a un sujeto individual o colectivo singular, sin tener en claro desde donde y que mirar y mucho más aún orientar una acción determinada como parte de una estrategia viable (que vamos a hacer y como) Ya Perlman,

plantea con absoluta claridad el diagnóstico basado en un esquema triangular, una configuración derivada de la naturaleza del problema, la naturaleza de la persona y la naturaleza de la intervención del Asistente Social condicionada esta última por la misión y función específica de la institución. Es evidente la preocupación de Hamilton por señalar la importancia de la intervención fundada en el diagnóstico social.

2. Representación Social

Según lo define Denise Jodelet²⁸, la Representación Social: "...designa una forma de conocimiento específico, el saber del sentido común, cuyos contenidos manifiestan la operación de procesos generativos y funcionales marcados socialmente". Designa una forma de pensamiento social. Son modalidades de pensamiento práctico orientadas hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del ambiente social, material e ideal.

Son una manera de interpretar y pensar nuestra realidad cotidiana.

Lo social interviene de diversas maneras: por el contexto concreto en la cual están situadas personas y grupos; por la comunicación que se establece entre ellos, por los cuadros de aprensión que les proporciona su bagaje cultural, por los códigos, valores e ideologías ligados a las posiciones o pertenencias sociales específicas.

El contenido de ese conocimiento constituye un universo de creencias en el cual se distinguen tres dimensiones: la actitud, la información y el campo.

Dado que la realidad en la que vivimos o respondemos está cargada de significados, cada uno piensa y responde esa realidad escogiendo un significado entre varios que coexisten.

¿Cómo determinamos socialmente una representación? :

Condiciones socioeconómicas e históricas de una sociedad global: la cantidad y calidad de información accesibles para representarse los objetos sociales varía en función de los niveles socioculturales y económicos de cada grupo; así la organización social al condicionar las redes de información, condiciona los

²⁸ Jodelet, Dense. Apuntes de Catedra: Psicología Social. Facultad de Ciencias de la Salud Y Servicio Social. UNMdP. Año 1999.

contenidos de las representaciones sociales en los miembros de esa sociedad. El colectivo particular y el individuo singular: al representarse un objeto social no sólo se construye en objeto, sino que también el sujeto se construye y unifica dentro de esa historia.

3. Matriz Estructura y Cultura organizacional

Para conocer una institución se deben tener en cuenta dos dimensiones fundamentales:

- Estructura Organizacional
- Cultura Organizacional.

Se entiende por Estructura Organizacional Tanto a los programa, servicios o prestaciones que elabora una institución para cumplir con la misión o función social que le ha dado origen; como a las formas de relación de los mismos. Están en directa relación con el nivel de complejidad de la institución, con la característica de la problemática que atiende y con el tipo de población que recepciona. La autonomía en la definición de la estructura organizacional esta íntimamente relacionada con su carácter privado o público.

El trabajador social dispone para su conocimiento de la observación documental (organigramas, manuales de procedimientos, protocolos, memorias)y fundamentalmente de la adecuación de recursos que realiza durante la gestión del caso.

La Cultura Organizacional revela los supuestos filosóficos, ideológicos, y valoraciones subyacentes. que regulan la vida cotidiana de la institución. Ponen en evidencia la concepción de las problemáticas, prevalentes, la *circulación del poder*. En la realidad institucional es donde se concretiza la idea abstracta de poder que en la perspectiva de la planificación estratégica y siguiendo a Mario Testa va a distribuirse entre los políticos, administrativos y técnicos, condicionando la definición de las políticas institucionales, la asignación de presupuestos y las formas de abordaje.

El conocimiento de la matriz institucional tiene consecuencias directas en la gestión adecuada del caso, en la representación social de la profesión, en el nivel de inserción institucional del trabajador social y por ende en el status social de la

profesión.

II- ABORDAJE DE LOS PROBLEMAS AGUDOS Y CRONICOS DE SALUD

Salud- Paradigma y orientaciones

1. Concepto de salud desde la perspectiva histórico-social

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

Hoy coexisten diferentes miradas ya que las diversa perspectivas de la salud incluyen aspectos filosóficos, ideológicos y axiológicos diversos y distintos postulados teóricos en relación con el poder. Perspectivas que en lo cotidiano ponen en evidencia desde donde miramos la salud, como la comprendemos, para qué y que hacemos por sostenerla como personas, como profesionales y como investigadores. Por tanto tienen directa relación con las formas de acceso al conocimiento. Desde las ciencias sociales podemos distinguir tres paradigmas: empirista-positivista, simbólico-interpretativo (o hermenéutico o subjetivo) y crítico, que se han ido estructurando por la evolución del pensamiento, las ciencias y la investigación y por la influencia de los contextos socio-políticos de cada momento histórico.

La concepción de salud tiene directa relación con los paradigmas científicos prevalentes. En el campo sanitario se han generado tres modelos (diferentes perspectivas de lo cotidiano) vinculados a estos paradigmas: biológico, bio-ecológico y social. Estos modelos definen las estrategias del sector salud en general y de los ámbitos específicos de los servicios hospitalarios en particular.

2. Modelos de Salud¹

Biológico

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

El criterio de bien-estar o de mal-estar está ligado a padecimientos físicos

¹ Malvarez, Silvina. Algunas reflexiones en torno de los paradigmas de investigación en salud. Material bibliográfico presentado en el Curso de postgrado en Administración Estratégica en Salud Mental. Universidad Nacional de Mar del Plata. 1997.

y disfunciones orgánicas visibles -unicausalidad-.

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

Bio-ecológico

La perspectiva ecologista orienta hacia una visión dinámica de la salud. Se expresa en la definición que propone la OMS en 1964, "salud como un estado de completo bienestar físico-mental y social".

Hay una comprensión diferente del bien-estar que incluye el ámbito psico-social, multicausalidad orgánica y ambiental-epidemiológica.

La ciencia médica, las disciplinas auxiliares y del medio ambiente estudian la enfermedad con un abordaje preventivo individual-familiar-comunitario centrado en dos ejes: médico-quirúrgico y ambiental. No obstante, las dimensiones biológicas, psíquicas y sociales aparecen como una sumatoria de aspectos y la visión ecológica de ambiente es lineal, el equilibrio dinámico abarca un campo limitado a los aspectos mencionados e insuficiente para dar cuenta de la complejidad y de los procesos sociales involucrados.

Social

La perspectiva social orienta hacia una visión dinámica e inestable de la salud, superadora de la definición que propone la OMS.

Hay una comprensión diferente del bien-estar que incluye el ámbito psico-social en sentido ampliado. La salud-enfermedad se entiende como un proceso histórico-social, fluctuante, multi e interdeterminado por causas sociales.

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

Entienden el contexto social como una estructura. Se diferencia de la

perspectiva ecológica por considerar la dimensión ampliada de dicho contexto -el recorte no se agota en la familia, importan todas las relaciones significativas- y por la comprensión que tienen del sujeto en esa estructura. Se interesan en la persona y sus vínculos interpersonales en función de identificar vínculos positivos y potenciar contextos naturales para la resolución posible de los problemas.

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

Las líneas de investigación desarrollan técnicas cualitativas.

Un abordaje integrado e integral de la salud requiere de servicios de alta, mediana y baja complejidad con amplia cobertura. Asimismo, se considera que las decisiones deben estar a cargo tanto de profesionales de la salud (médicos y no médicos) como de actores pertenecientes a campos administrativos, políticos y sociales.

Cualquier intento de definir la salud entonces requiere una toma de posición y en nuestro caso adscribimos a la salud como proceso siguiendo a Gabriel Gyarmati vamos a plantear que Salud no es un “estado”, tampoco lo es la “enfermedad”. Son parte de un proceso multidimensional. El individuo, a lo largo de su vida se va desplazando sobre un eje salud-enfermedad (y muerte), acercándose ya a uno u otro extremo, según si se refuerza o se rompe el equilibrio entre factores que están permanentemente interactuando: físicos biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales.

3. Calidad de Vida²



Existen distintas definiciones de calidad de vida, aunque no existe una universalmente aceptada, en todas se destaca el carácter subjetivo y

² Jofré, R; López Gómez, M y Rodríguez Benítez, P. “Calidad de Vida en Hemodiálisis” Capítulo 37.

multidimensional del concepto. Ante la necesidad de unificar criterios, la O.M.S. propuso en 1994, definir la calidad de vida, como "la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de los valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses". En este sentido, el concepto puede ser utilizado para una serie de propósitos, incluyendo la evaluación de las necesidades de las personas y sus niveles de satisfacción, la evaluación de los resultados de los programas y servicios humanos, la dirección y guía en la provisión de estos servicios y la formulación de políticas nacionales dirigidas a la población general y a otras más específicas.

En los últimos años la Calidad de Vida se ha convertido en una de las variables relevantes para evaluar la eficacia y los posibles beneficios de los tratamientos médicos. El constructo del término está fundamentado en un modelo teórico explicativo de la realidad, y los componentes de naturaleza más o menos empírica (observables y comunicables) que se le atribuyen, dependerán de la perspectiva con que se realiza el análisis de dicha realidad.

Las variables más estudiadas son aquellas que están relacionadas con las condiciones de salud /enfermedad y el tratamiento concreto que recibe cada conjunto de pacientes.

El constructo calidad de vida relacionada con la salud es multidimensional; las dimensiones utilizadas con frecuencia en los estudios sobre calidad de vida en enfermos crónicos se corresponden con las que aparecen en la definición de la O. M. S.:

- Bienestar Físico,
- Bienestar Emocional,
- Bienestar Social.

Estas dimensiones, por lo general, agrupan una serie de componentes subdividibles a su vez, hasta llegar a unidades de análisis que constituyen las variables concretas que definen la calidad de vida.

Además de descomponer el término en estas tres dimensiones, es necesario diferenciar la calidad de vida objetiva de la subjetiva. La primera hace referencia a los componentes de cada una de las tres dimensiones que pueden ser observables o cuantificables en función de criterios externos; la segunda en

función de la evaluación que cada persona hace de su experiencia física, emocional y social, con base en criterios propios.

El Trabajo en Equipo.

La realidad social es un espacio intersubjetivo, multideterminado. En toda situación problema intervienen diversos factores que pueden ser estudiados y tratados desde distintas perspectivas, la resolución de estas 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 esta multideterminada por factores internos y externos que se juegan a niveles micro y macro estructurales”*³.

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

Desde una perspectiva general, la interdisciplina es entendida como *“una forma de articulación que a parte del dialogo 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”*.⁴

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 tener un objetivo y resultado común, manteniendo campos científicos con fronteras bien perfiladas.

Los resultados obtenidos de diferentes ciencias y disciplinas son consecuencia de una integración que consideró a cada una de ellas en su

³ Castellanos, B. "La perspectiva de redes naturales: un modelo de trabajo para el Servicio Social" Grupo E.I.E.M. Argentina, Ed. Hvamitas 1998 Pág. 142.

⁴ Eroles, C. "Familia y Trabajo Social: un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional" Argentina. Ed. Espacio, 1998. Pág. 25.

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, epistémicos y teóricos indispensables para la comprensión de la diversidad de los factores y conflictos que se presentan en la intervención.

2. Multidisciplina: Abordajes realizados por un grupo integrado por profesionales de distintas disciplinas. Las interacciones que juegan en el están determinadas por el objetivo de trabajo-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 tomas de decisiones frutos 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 objetar 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.

Este tipo de abordaje se genera en una mirada parcializada de la realidad, que acepta porque hoy por hoy ya nadie niega que el abordaje de cualquier problema requiere más de una mirada, pero que parte de una tendencia a reforzar la hegemonía de la medicina y a considerar las profesiones afines como

subsidiarias. En cuanto a lo operativo, el liderazgo médico es indiscutido y en cuanto es al objetivo de trabajo convergen las tareas de cada uno de los miembros. Hay reconocimiento de especialidades lo que permite la distribución de la responsabilidades y otorga cierto grado de decisión no ejecutiva.

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

Es quizás, la modalidad de abordaje mas adecuada, pero también la mas difícil de lograr por cuanto supone *“trascender los limites 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”*⁵.

Para dar sustento a la perspectiva interdisciplinaria y transdisciplinarias 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 y posteriores elaboraciones de los problemas como tejidos de infinitos hilos y tramas como resultados 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 referimos a la interdisciplina teniendo en cuenta:

Permite realizar un abordaje integral de la realidad, en las situaciones en que el proceso vital de un individuo esta 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 lo que otros hacen, al seguimiento de aspectos que le compete a su especificidad

⁵ De Jong Baddo y Paira. "La familia en los albores del nuevo milenio: Reflexiones interdisciplinarias. Un aporte al Trabajo Social". Argentina. Ed. Espacio, 2000. Pág. 45.

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 psíquicas y sociales que son precisas considerar en pos de una atención integral de la problemática. Por lo tanto esta debe abarcar una complejidad de las situaciones críticas, desde una perspectiva de intervención en la que cada disciplina ejerza complementariedad y co-presencia.

El tratamiento de Salud Mental en pacientes con padecimiento psíquico agudo.

Se considera importante poder destacar y resaltar las características de la problemática que motivan la intervención del Trabajador Social en una institución determinada, ya que su conocimiento es un aspecto constitutivo de la configuración del perfil profesional. En este punto cabe hacer una distinción entre situación social problemática respecto de los problemas prevalentes que va a atender el Trabajador Social por el tipo de institución a la que pertenece y el lugar que ha sido asignado en la misma.

En una institución de la salud el Trabajador Social que atiende problemas psiquiátricos no podrá desconocer las características relevantes de la estructura de personalidad que hacen a la enfermedad mental prevalentes. En este caso, la residente eligió la atención de la problemática social de los pacientes que son atendidos en el Servicio de Salud Mental.

A continuación se desarrolla el Marco teórico correspondiente, a fin de conocer las implicancias de dicho campo.

1. Salud y Enfermedad Mental

Es importante mencionar estos conceptos, con el fin de dar esquemas útiles a un trabajador de la salud. Partiendo de una supuesta comprensión apoyada en distintas concepciones.

Si vinculamos el concepto de salud con el de bienestar, incluyendo la

consideración del otro, o sea el bienestar de la comunidad, la enfermedad mental sería el sufrimiento propio o el placer en el sufrimiento de los otros, o la indiferencia ante ese sufrimiento, o el placer ante alguna clase de sufrimiento individual o colectivo.

Si tenemos en cuenta la coherencia interna que puede leerse en términos de afectos pertinentes, la enfermedad mental se vincula con la existencia de reacciones que no se adecuen a la respuesta esperada ante algún acontecer. *¿Qué es entonces la enfermedad mental? ...* "Un estado con diferentes características según su lectura y la época, que se vincula con sufrimiento, desarmonía, afectos no pertinentes, deterioro del cuerpo anátomo-fisiológico"

2. Campo de la Psiquiatría

El origen de la especialidad, debe asociarse con la necesidad social de aislar, encarcelar, marginar a aquellos miembros que no cumplen con los requisitos aceptados por la mayoría.

En sus orígenes se consideraba a la psiquiatría como quien solo entendía sobre estos pacientes alienados, aislados y marginados. Aun podría ampliarse este campo a la prevención y atención primaria de estos problemas.

3. Nosología:

Aspectos Normales y patológicos del psiquismo

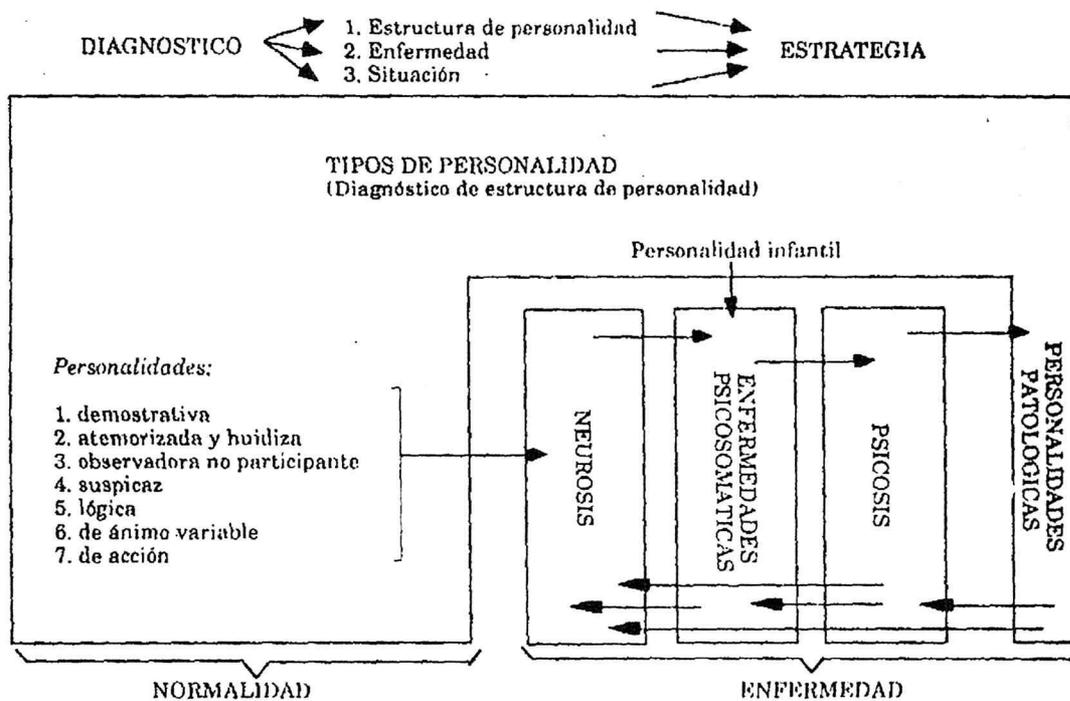
Múltiples autores coinciden que el campo de la salud mental es de difícil categorización, ya que los valores en juego pueden llevar a considerar modalidades de acción tanto exitosas como negativas.

Según Lía Ricón, importa señalar el énfasis sobre el estudio de las características de las estructuras de personalidad que implementan con éxito sus rasgos y que llamaremos mas adelante pertinentes, aludiendo a la adecuación de sus conductas en el medio social en el que desarrollan sus vidas y teniendo en cuenta sus propias axiologías.

Es importante saber de entrada que la llamada clasificación está hecha desde la mirada del "medico" dicho esto con el sentido que le dio Foucault. Cada profesional de la salud tendrá su propia mirada clasificadora que organizará su

modalidad de trabajo.

El listado que a continuación figura en el cuadro en la parte izquierda más abarcativa que envuelve a los tres rectángulos más pequeños está tomado de la teoría de la comunicación (Ruesch).



Esta teoría fue desarrollada en sus aspectos dinámicos por un psicoanalista argentino (Lieberman). Esta figura ilustra la falta de una línea divisoria neta entre lo normal y lo patológico. La realidad es vista como un continuo con posibilidades de ser definido netamente en los extremos.

La personalidad infantil está ubicada en el área de lo patológico, pero no tan definitivamente como personalidad patológica, teniendo en cuenta la falta de conciencia de enfermedad que es común con otras patologías y la posibilidad de funcionamiento con cierto nivel de adecuación cuando está fuera de las descompensaciones psicosomáticas.

Las flechas que van desde la figura más abarcativa a los rectángulos verticales y de ida y vuelta entre las distintas figuras ilustra la posibilidad de pasaje de un tipo

de problemas a otro se enfatiza aquí en la intensidad del estrés que pueden determinar reacciones no pertinentes en relación con los comportamientos del medio.

La primera categoría considerada después de las estructuras de personalidad es la **NEUROSIS**. El orden no es arbitrario, corresponde a tener en cuenta una graduación desde lo normal a lo patológico.

La Neurosis se describe como estados en los que hay una clara conciencia de estar sufriendo por situaciones internas que dependen de quien las padece, que son pasibles de cierto tipo de control pero que no pueden ser superadas sin ayuda. Esto implica que estas personas luchan contra las dificultades y que saben que sus problemas se deben no a que las circunstancias externas son adversas sino a que ellas mismas no saben como lidiar con ellas. Esta característica es la que se denomina egodistonía, y significa la no-aceptación del síntoma neurótico como natural, pertinente, saludable.

Hasta hoy se sabe que no hay alteración del cuerpo anatomofisiológico en la neurosis. Solo pueden detectarse los signos de ansiedad, que de todos modos, es un síntoma común a cuadros neuróticos y psicóticos, y también una reacción pertinente en personalidades normales ante circunstancias que llevan a estados límite entre la muerte y una vida digna de ser vivida. En estos casos, la falta de reacción indica patología.

Las escuelas derivadas del psicoanálisis (Freud 1.900) entiende que la única manera de resolver definitivamente el conflicto intrapsíquico, que se entiende como existente entre distintas instancias. La comprensión del funcionamiento psíquico con este modelo incluye la metapsicología freudiana, que debe entenderse como un conjunto de teorías más o menos alejadas de la realidad observacional, tales como la existencia de pulsiones, de fuerzas en conflicto, de lugares psíquicos en sentido de las tópicas aristotélicas y no de localizaciones corporales. El síntoma neurótico es así la resultante entre un deseo (pulsión) y una defensa. Su función es complacer tanto a uno como a otra.

Enfermedades Psicósomáticas.

En rigor de la verdad, según Lía Ricón, todas las enfermedades son

psicosomáticas, ya que en mayor o menor medida comprometen la totalidad psicofísica. La denominación debe entenderse en este caso como una convención para reconocer con este nombre los padecimientos que tiene fundamentalmente causa psicológica, es decir, la misma idea de conflicto que menciona la autora para los padecimientos neuróticos. La diferencia con la neurosis es que en estas enfermedades psicosomáticas, por diversas razones no siempre claras y no siempre compartidas por los distintos autores, el conflicto se manifiesta por algún lugar del cuerpo anatomofisiológico. Son así enfermedades psicosomáticas, el infarto de miocardio, la úlcera gastroduodenal, la colitis ulcerosa, etc. Estos pacientes consultan por el problema físico y si no son informados no reconocen por sí mismo la relación directa con el conflicto psíquico.

Una característica particular es que los pacientes tienen demasiada sensibilidad en lo que se refiere a la expresión corporal de sus emociones.

Psicosis.

Se las ha definido clásicamente como problemas en los que lo esencial es una alteración del juicio y del criterio de realidad. Estos pacientes no reconocen que sus padecimientos puedan depender de asuntos que les conciernan, por lo tanto son llevados a la consulta por sus familiares. Reconocen su sufrimiento, pero no lo atribuyen, como los neuróticos, a situaciones conflictivas intra psíquica, más bien proponen causalidades mágicas, como ocurre en los delirios. De acuerdo al conocimiento de los autores citados al principio, una buena proporción de estos problemas reconoce evidencias en el cuerpo anatomofisiológico. Sin embargo algunas de las más graves, como las paranoias, no muestran alteraciones. Estos cuadros, los cuales son poco frecuentes, son considerados como desarrollos (escuela fenomenológica), supuestamente han tenido su comienzo en la infancia, constituyen esencialmente una estructura patológica.

En estos pacientes, según los autores, es indispensable la consideración del cuerpo no solo, como ya se dijo, en tanto se encuentren en él alteraciones que tengan efectos en el psiquismo, sino también como fuente de sufrimientos o sensaciones, que por algún motivo, han sido incorporada al registro simbólico con una modalidad anómala. Distinta de la supuesta en un desarrollo coherente e

integrado. Este modo de entender el acontecer psíquico permitiría comprender el difícil acceso a través de la palabra (nivel simbólico) y la necesidad de usar intermediarios que intenten, eludiendo la palabra, tener una repercusión a nivel más primitivo, anterior al desarrollo del lenguaje. Dentro de los procedimientos que se utilizan en los tratamientos intensivos tales como: expresión corporal, terapia ocupacional, musicoterapia, talleres literarios y de pintura, psicodrama, terapias familiares y grupales, etc.

Personalidades patológicas.

Se trata de estructuras de personalidad que funcionan de modo tal que resultan inadecuadas en sus conductas y en sus reacciones ante las situaciones que deben enfrentar. A veces sufren ellas mismas por sus características, y otras sólo causan sufrimiento a la sociedad que entonces las margina y las ataca. Se trata de organizaciones de la personalidad que no sólo son diferentes de la media de la sociedad en la que viven, sino que esta diferencia tiene un carácter nocivo, indeseable, disminuido en algún sentido.

El Trastorno Mental

I - Lo normal y lo patológico.

Según Alonso la palabra normal, (del latín *norma* escuadra formada por dos piezas perpendiculares) indica lo conforme a regla, lo regular, "aquello que no se inclina a derecha ni izquierda, lo que se mantiene, por lo tanto, en su justo término medio" (Lalande). Con este criterio estadístico, propio de las ciencias naturales, normal equivale a promedio, al módulo de un carácter mensurable normal lo que se manifiesta con cierta frecuencia en la población total, según su edad, sexo, raza, procedencia, etc.

En contraposición, lo anormal comporta entonces una desviación cuantitativa, en más o menos, graficable según la curva de frecuencia de Gauss, de tal modo que las desviaciones o anormalidades resultan tanto más significativas cuanto más alejadas aparecen del centro de la campana.

Lo normal y lo anormal siguen siendo conceptos equívocos. El criterio estadístico resulta insuficiente para captar significativamente los rumbos de la vida humana; y

el criterio finalista o normativo es difícil perfilar. En la práctica hay que apelar a los dos.

2- Etiología y Patogenia del Trastorno Mental.

La conducta humana puede ser considerada desde dos puntos de vista diametralmente opuestos: el sistémico y el histórico. El primero es sincrónico, actual; el segundo es, diacrítico, genético - evolutivo. En sentido sincrónico, el hombre forma parte de su ecosistema gobernado por la información y la causalidad circular. En sentido diacrónico, el hombre se desarrolla, de acuerdo con su experiencia y su proyecto de vida, por una energía que opera en sentido lineal este caso, lo que importa es un individuo; en aquel la interacción. Ambos puntos de vista son igualmente válidos. Aunque opuestos _ quizás por lo mismo _ resultan complementarios.

La etiología se refiere a las causas. En griego, *aitía* o *aition* equivale a causa; y *aitios* es el culpable, responsable o imputable.

3- La causalidad en psiquiatría

Entendida la causa como lo que produce un efecto según cierta norma, este concepto, ya tradicional, suscita en psiquiatría grandes problemas.

¿Qué es lo primero? ¿Que relaciones hay entre los factores físicos y psíquicos? Sobre toda conducta humana, sea normal o patológica, convergen dos clases de causas: eficientes o determinantes las unas, finales las otras, y que ambas operan simultánea y alternadamente en un juego de reciprocidad- al modo de los movimientos dialécticos o de una retroalimentación cibernética_ dando así lugar al cambio.

En psiquiatría lo normal es la policausalidad. Por esta razón, una sola causa puede producir efectos diversos, no solo en sujetos diferentes sino en el mismo sujeto bajo condiciones distintas. Si el principio de causalidad se enuncia de esta forma: " la misma causa produce siempre el mismo efecto", el principio no tiene aplicación en psiquiatría. Prácticamente no sirve para explicar la génesis de ciertos trastornos mentales. En otras palabras, reducir la causalidad a lo meramente mecánico u orgánico, no puede dar cuenta de la mayor de los trastornos mentales. Para que esto sea posible hay que concederle una mayor amplitud al principio de la causalidad. Podríamos aceptar esta definición: "todo

reconoce una causa (o varias causas)". Por supuesto, esta definición refleja un punto de vista metafísico determinado: el de que el mundo está sujeto a un orden y nada surge de la nada. Así enunciado el principio, no hay obstáculos epistemológicos para que la policausalidad siga rigiendo el acontecer psicopatológico y oriente nuestra indagación científica.

Se agrupan los factores causales en tres clases: *naturales* (orgánicas o biológicas), *culturales* (sexo, edad, clase social, grupo étnico, etc.) y *personales*. (La clasificación es arbitraria).

Estructura de Personalidad

El adjetivo "pertinente" indica que estas personalidades están integradas en la sociedad en la que viven, que pertenecen a ella no solo porque son habitantes de una región, sino porque sus comportamientos se muestran adecuados a las pautas aceptadas por la mayoría sin que ello implique sometimiento, y también porque la organización de sus psíquismos supone cierta coherencia interna.

¿Cuál es la utilidad de estos conocimientos para el personal de salud no especializado en lo psicológico?

Es útil para poder implementar estilos complementarios en la relación interpersonal. Esto quiere decir que la captación del tipo de personalidad de quien se tiene enfrente debe provocar en el personal de salud una actitud diferente en cada caso. Esto implica una adaptación operativa que lo lleve a utilizar la modalidad comunicacional a conservar, mejorar o promover la salud.

Es indispensable tener muy en cuenta el tipo de reacción del personal de salud, también que la captación de las características que se mencionaran a continuación, se hace en el campo relacional que se establece, en el que se expresa en el lenguaje verbal.

Listado de tipos de personalidad:

Persona Demostrativa, Persona Observadora No Participante, Persona Suspiciosa y Desconfiada, Persona Atemorizada y Huidiza, Persona Lógica, Persona de Animo Variable, Persona de Acción.

Persona Demostrativa:

Aspecto: es absolutamente consciente de su aspecto y éste está al servicio de la reacción que necesita producir en el interlocutor. La entrada al consultorio no pasa inadvertida, sea por los grandes gestos o por la aparente indiferencia.

Características Generales: (lenguaje, conductas, funciones psíquicas): Pueden ser teatrales, sugestionables, mentirosos, seductores. Su lenguaje abunda en adjetivos y expresiones que traducen la subjetividad, dan pocos datos concretos; éste es un rasgo polarmente que los diferencia de las personas lógicas. Tiene muy buena posibilidad de expresarse en las tres áreas del comportamiento (mente, cuerpo y mundo externo). Es importante recordar que en sus conductas está incluido muy frecuentemente el beneficio secundario.

Reacciones posibles del personal de salud: La reacción del entrevistador es, en todo caso, intensa. Puede ir desde sentirse seducido hasta experimentar un fuerte rechazo, con la consiguiente pérdida de objetividad en ambos casos. Es difícil que sean recibidas con indiferencia. Es importante reconocer que la simulación de la enfermedad en sí misma es un aspecto de la patología, y no se debe reaccionar como si se tratase de un engaño por parte del paciente. Los manejos de estas personalidades pueden entenderse como los juegos infantiles, en los que la representación de los personajes está como a mitad de camino entre lo consciente y lo inconsciente.

Persona Observadora No Participante:

Aspecto: La primera impresión es de distancia y hermetismo. Esperan ser interrogados y difícilmente toman la iniciativa en una entrevista. Investigación discreta y casi inadvertidamente al interlocutor sin que se observe ningún cambio a lo largo del encuentro.

Características Generales: (lenguaje, conductas, funciones psíquicas). Son hipersensibles y necesitan defenderse de las agresiones exteriores con una coraza que pretende aparentar indiferencia. Pueden mantenerse apartados de los humanos por temor a comprometerse emocionalmente más allá de las posibilidades de control. Son afectos a ligarse más a situaciones u objetos que no pueden frustrarlos (arte, ciencia, matemática, naturaleza). Pueden intelectualizar cuando deben emocionarse, por temor a no poder soportar las emociones. Son

susceptibles y a veces irritables, se refugian en la fantasía y el idealismo, tienen gran temor al ridículo. Su idealismo los lleva al fanatismo porque se desconectan de la realidad. El lenguaje expresa pobremente las emociones y los detalles; prefieren las cosas gramaticales indefinidas o referidas a terceras personas.

Reacciones posibles del personal de salud: Provocan curiosidad y, a veces quizá por confusión con rasgos de la persona atemorizada y huidiza, deseos de ayudarlos. A cierto nivel de prevalencia de rasgos se tiene la impresión de una barrera que impide la comunicación. La distancia se percibe como una traba para el acercamiento a estas personas, ellas mismas las sufren y hacen esfuerzos por disimularlas. Esta es una diferencia con las personas temerosas y huidizas, quienes utilizan esta distancia para controlar al objeto interno que han proyectado, en este caso, en el entrevistador.

Persona suspicaz y desconfiada:

Aspecto: Entran en general muy serios, como quien está buscando algo muy definido e importante. Carecen de espontaneidad, están expectantes sin perder ningún detalle de lo que ocurre, pero no muestran las reacciones habituales ante los cambios que puedan operarse en las circunstancias de las entrevistas.

Características generales: (lenguaje, conductas, funciones psíquicas) Deben considerarse un subtipo de las personas observadoras no participantes.

Están siempre hiperalertas. Su lenguaje es preciso en general, muy especialmente en temas que son de su interés. Si se les señala alguna falencia en asuntos que no están en el foco de su atención, lo toman como una tontería por parte del otro, que se ocupa de cosas sin importancia.

No están interesadas en la realidad sino en encontrar en ellas las claves que confirmen sus hipótesis. En cuanto a la distancia que tienen con el interlocutor, la persona suspicaz la mantiene sólo para no comprometerse y poder tener su supuesta objetividad para percibir los datos que confirman sus claves.

En cuanto a las funciones psíquicas, es notorio el incremento de la atención focalizada en los temas de su interés; la sensopercepción se centra en detalles que no serían registrados por otro interlocutor. Esto puede ponernos con mucha frecuencia en la pista de la suspicacia y desconfianza de estas personalidades.

Sus conductas pueden ser imprevisibles porque responden a la necesidad de

confirmar la clave.

Tienen gran dificultad para desarrollar actividades lúdicas.

No tienen buena posibilidad de autonomía porque están permanentemente pendientes de demostrar su teoría sobre algo. Se los ve a veces como avergonzados en la búsqueda de los detalles; en realidad, esta es una simulación ya que en el fondo están seguros de estar yendo a la búsqueda de esa verdad que sólo necesita ser comprobada.

Reacciones posibles del personal de salud: Pueden producir en el comienzo cierto grado de sorpresa en relación con la imposibilidad de compartir esos cambios habituales del entorno. Esto es porque todo lo dicho u ocurrido puede ser interpretado como un ataque por estas persona suspicaces. El entrevistador situado en las pautas de la comunicación habitual, queda supeditado a este "afán interpretativo" que da significados particulares a todo lo que sucede en la entrevista. Después de esta primer reacción, provoca un estado de gran cuidado con lo que se dice, pero no para proteger al suspicaz, sino para protección propia, ya que se tiene la impresión de estar ante el peligro.

Persona atemorizada y huidiza:

Aspecto: Actitud reveladora de temor, se hace muy evidente desde el comienzo de la entrevista. Entran como pidiendo disculpas y al mismo tiempo solicitando con su actitud general una atención muy especial. Tienen en el comienzo dificultades de expresión que pueden pasar cuando encuentran lo que buscaron desde el comienzo, el objeto acompañante contrafóbico.

Características generales: (Lenguaje, conductas, función psíquica): Su atención está permanentemente focalizada en las situaciones externas; esto hace que disminuya el contacto con las sensaciones internas. Este permanente alerta y búsqueda de elementos que los reaseguren tienen un camino psicológico que es bastante claro y cuyo conocimiento es muy útil cuando se trata de situaciones patológicas ya que recorriéndolo en sentido inverso se consigue superar las situaciones que atemorizan.

Son temerosas y están siempre alertas, no buscando una clave, sino buscando estos objetos del mundo externo que los ponen a salvo de los peligros internos y que muy fácilmente pueden transformarse en objetos acompañantes, ya que su

contacto a cierta distancia permite saber que el peligro está ahí y no en otra parte. En el lenguaje se observan separaciones atípicas de las palabras que no están en relación con el sentido de las frases. Pueden hablar muy rápidamente, y por lo general en voz muy suave, aunque la aparición de una emergencia puede evidenciarse en una voz muy fuerte o en una actitud que aparece como impulso (contrafobia).

En cuanto a las funciones, la atención abarca todo el campo, esta al servicio de detectar todo lo que ocurre para ponerse a salvo. Pueden tener dificultades para percibir adecuadamente el tiempo y el espacio, como si tuviera cierto nivel de obnubilación de la conciencia. Pueden tener una percepción global de cambios que no pueden precisar. Pueden aparentar salidas psicóticas que son en realidad conductas contrafóbicas, a modo de defensa frente al ataque percibido.

Reacciones posibles del personal de salud: Lo más evidente es que estas personas exaltan los aspectos reparatorios porque se muestran desvalidos y necesitados. El entrevistador trata inmediatamente de hacer que el paciente se sienta confiado, utilizando casi sin proponérselo la actitud del cuerpo, las palabras, los gestos.

La persona atemorizada y huidiza lo transforma así en el objeto acompañante contrafóbico que ella necesita para sobrellevar el estrés de la situación de la entrevista.

Persona Lógica:

Aspecto: Pueden presentarse muy cuidadosamente arreglados con una preocupación de la elegancia por todos los detalles. Este cuidado no está al servicio de la elegancia ni de la seducción, sino del orden por sí mismo. Se puede encontrar siempre algún detalle que escapa a este orden, algo roto o muy sucio o muy viejo. Son ceremoniosos y formales. Se presentan así mismo, piden permiso para sentarse, esperan ser interrogados.

Características generales:(Lenguaje, conductas, función psíquica): El rasgo más característico de estas personalidades es la rigidez, que se evidencia particularmente en la dificultad para salirse de esquemas establecidos que los reaseguran. Retienen muchos datos pero no pueden procesarlos con éxito. No tienen una visión totalizadora. La preocupación por la precisión de los detalles los

lleva a perder el sentido general de la comunicación.

El control que necesitan establecer les hace justamente perder esta autonomía porque se establece en función del control mismo y no como una forma de cuidado.

No pueden conectarse con la realidad como totalidad estructurada, ya que están pendientes de los detalles a los que se abocan con una atención concentrada, focalizada.

Sentir emociones se les hace difícil, porque no hay una lógica de las mismas que los satisfaga.

Reacciones posibles del personal de salud: Las dubitaciones y el discurso lleno de detalles inútiles (de los que la persona lógica no puede desprenderse) producen aburrimiento, irritación y el peligro de distraerse y perder algún elemento interesante mezclado con el fárrago de banalidades. Parecen no poder discriminar lo esencial de lo secundario. Las personas lógicas tienen clara conciencia de qué es lo más importante y qué es lo obviaable, sólo que no pueden evitar la duda de no estar en lo cierto y por esto no ahorran ningún detalle.

Persona de ánimo variable:

Aspecto: Son particularmente demandantes y esto se evidencia desde el primer contacto. Son quejosos y pesimistas; encuentran la manera de descalificar la posible ayuda que vienen a buscar. Son pasivas, caminan con lentitud y aparecen generalmente precedidas por su drama.

Características generales (Lenguaje, conductas, función psíquica). El problema fundamental está en la falla de la autoestima. Esto hace que sean muy exigentes consigo mismas y muy sensibles a la crítica. De aquí la variación del estado de ánimo que puede cambiar de triste a alegre si ha conseguido, aunque sea puntualmente, satisfacer las demandas.

Lo que los perturba no es que intenten conseguir logros. Si no que no consiguen ninguna gratificación en el camino. Estas personalidades son las que pueden deprimirse por los triunfos.

Reacciones posibles del personal de salud: Produce en general, una sensación de impotencia porque nada de lo que se le brinda es suficiente. La intensa demanda produce agotamiento y cierto modo de agresión. A veces se

experimenta también una sensación próxima de aburrimiento, como defensa ante la evidencia de vaciamiento que la exigencia de estas personas produce.

Persona de acción:

Aspecto: Tienden a la utilización del otro como objeto, como fuente de gratificaciones que busca en aspectos parciales, en posibilidades o riquezas del interlocutor a quien no da la categoría de persona. Su actitud ante el personal de salud, aunque se sienta enferma, causa sorpresa porque intenta permanentemente cambiar el vector de la entrevista. El entrevistador se siente entrevistado por los comentarios y las preguntas que estas personas hacen. Son arrogantes y descalificadores.

Características generales (Lenguaje, conductas, función psíquica): Un rasgo importante de estas personas es la inmediatez de las respuestas. No tiene capacidad de espera, no tiene inhibiciones, no tiene sentimiento de culpa, está regido por impulsos y necesidades que deben satisfacerse de inmediato, no aprende de la experiencia.

Tiene dificultades para identificarse con el otro, para considerarlo como un semejante. Tiene conductas que aparecen como amorales, asociales, sin reglas, sin sistemas de valores, ancladas en la inmediatez de un beneficio que puede no tener futuro. La actividad de pensar, desarrollada en el tiempo, surge de un cierto monto de frustraciones que son metabolizadas por el aparato pensante para comenzar la elaboración de conflictos. La falta de tolerancia a la frustración, que es muy intensa en estas personalidades, las lleva a saltar esta etapa y a intentar una salida a través de la acción.

Reacciones posibles del personal de salud: la más notoria es la sensación de ser sacado del lugar en el que se supone está en entrevistador. Es útil replantear la diferencia de roles para que los aspectos necesitados de estos "niños" arrogantes puedan aparecer

Considerando a la psiquiatría desde un modelo psicoanalítico y sistémico.

Tomando al psiquismo en términos generales, lo primero que debemos tener en cuenta es la enorme dificultad de acceso a su funcionamiento.

Algunos epistemólogos dirían que se trata de una entidad indirecta a la que

llegamos por vía de conjeturas e inferencia. Más que en muchos otros campos, los observables son de lectura difícil, la comprobación no es unívoca y el observador incluido en el campo hace casi impensable la objetividad total.

Al pensar en las conductas que tienen que tener los profesionales de la salud para aliviar los padecimientos humanos, deben estar orientadas en:

- 1- Tender a hacer desaparecer el síntoma.
- 2- Tender a modificar la estructura de la que el síntoma es un emergente.

Dentro de la primer categoría se incluye los psicofármacos que alivian la angustia: el cambio de colegio de un chico que no tiene nivel suficiente para ser promovido en un sistema de exigencias que no alcanzará a cumplir; el acostumbramiento de un fóbico a su objeto fóbico, etc.

En la segunda categoría se incluyen los tratamientos psicoanalíticos tanto en forma ortodoxa como en algunos de los otros llamados de inspiración psicoanalítica, ya que lo que se persigue es un cambio en la estructura del psiquismo a través de acciones que no incidan sobre el síntoma, sino sobre lo que se considera como su sistema productor. Esto sería actuar sobre las defensas y las resistencias, por una parte, teniendo en cuenta las estructuras transferenciales. Para esta teoría, lo que cuenta es la posibilidad de mostrar a quien se analiza, la verdad de sus aspectos mas conocidos. Dicho en otros términos por Freud como "otra escena" que se desarrolla cumpliendo leyes distintas de las de la escena consciente o virtualmente consciente a la que estamos acostumbrados por las filosofías del racionalismo. Pero esta no es la única teoría que se basa en el funcionamiento de un sistema. También adhiere a este concepto de los sistemas el llamado "modelo sistémico", que remota su origen a la teoría general de los sistemas de Bertalanffy. Aquí el concepto de causalidad circular, homeostasis, sistemas cerrados y abiertos, etc. se refiere a un sistema más abarcativo que el tenido en cuenta por la teoría psicoanalítica. La teoría de la comunicación, de enorme riqueza en sí misma y en sus aplicaciones, especialmente a las terapias familiares, surge de este modelo.

4. Políticas Públicas y Salud: El Desarrollo de Salud Mental y Legislación de Atención Psiquiátrica en América Latina.

En noviembre de 1990 se celebró en Caracas Venezuela, la Conferencia sobre Reestructuración de la Atención Psiquiátrica. La finalidad de la misma fue formar marcos de referencia para la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina y promover su transformación basándose en los principios establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

La importancia de esta Declaración en el campo de la legislación de salud mental surge del punto 4 de sus "Considerandos", donde se declara que *"las legislaciones de los países deben ajustarse de manera que"*:

a) Aseguren el respeto a los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales, y b) promuevan la organización de los servicios comunitarios de salud que garanticen su cumplimiento.

La Conferencia urgió al análisis de los textos normativos vigentes en materia de atención psiquiátrica en América Latina. Arribando a las siguientes conclusiones: Aunque la legislación considera múltiples factores que influyen en el proceso de salud mental, la mayor parte de las normas no se cumplen. En la práctica las estructuras de atención no se ajustan a las provisiones que permitan incluir a la multiplicidad de factores en dicho proceso. Tampoco existe un marco empírico que salvaguarda de los derechos de los pacientes.

Ninguno de los países estudiados contaba con una legislación específica sobre salud mental capaz de regular desde una perspectiva integral todos sus aspectos.

Por consiguiente, se concluyó que los marcos jurídicos existentes favorecían la perpetuación de modelos de atención ya superados. Centralizándose en la mayoría de los países en hospitales psiquiátricos. Esto produce resultados negativos en tres áreas: la atención de los pacientes, la garantía de sus derechos humanos y civiles(particularmente alterados debido a la falta de claridad en las normas), y la capacitación de recursos humanos.

El hospital mental refuerza el estigma que rodea tradicionalmente a los pacientes con trastornos mentales, a sus familias y al personal médico encargado de su atención. Perjudicando la integración de los pacientes a la comunidad.

También se observó la falta de aplicación de las medidas sobre la atención

psiquiátrica y salud mental. Este fenómeno era causado por la falta de condiciones adecuadas, estructuras institucionales y acceso real al sistema de salud.

Mas allá de la incorporación de los principios de la Declaración de Caracas en las legislaciones nacionales, la Conferencia creó conciencia al nivel de administradores de salud pública, parlamentarios y grupos de consumidor/ defensores de derechos humanos en cuanto ala necesidad de examinar las normas existentes a través de enfoques multidisciplinarios. Diversos mecanismos se han utilizado con esta finalidad, como seminarios y conferencias y programas de cooperación con legislaciones interesados en el tema de salud mental, por medio de los cuales estos se incorporaron de manera más sistemática al debate. El sistema judicial y las defensorías de derechos humanos también se han agregado al diálogo de salud mental.

Además de la actualización de la legislación de salud mental, la Conferencia de Caracas ha incentivado el fortalecimiento de otras estrategias de trabajo como son: La creación de grupos para la defensa de los derechos humanos y civiles de los pacientes mentales (Argentina, Brasil, Chile, República Dominicana, Guatemala, Honduras, Paraguay, Perú y Uruguay). La sensibilización del poder judicial en la resolución de las causas que involucran al paciente mental, como en el caso de la interdicción (Argentina, Colombia y Chile).

Por consiguiente, es posible concluir que a partir de Caracas un sistema legal caracterizado por la ambigüedad, está siendo lentamente reemplazado por otro que resalta la cooperación multidisciplinaria, establece garantías para la protección de los derechos humanos y civiles de los pacientes mentales y crea mecanismos que sientan las bases para hacerlos posibles.

Para profundizar sobre esta temática pueden dirigirse a: www.paho.org/

5. Representación Social de la Enfermedad Mental: Sociedad, Familia, Persona con padecimiento psíquico

Como ya señaláramos en el marco teórico, la Representación Social designa una forma de pensamiento social. Son modalidades de pensamiento práctico orientadas hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del ambiente social, material e ideal.

Cada uno piensa y responde la realidad escogiendo un significado entre varios que coexisten.

Ahora bien, respecto a la problemática de la enfermedad mental, cabe preguntarse: ¿Cuál es el contenido de la Representación social en el marco de la Sociedad, Familia y Paciente?.

Sociedad: Este fenómeno social, particularmente desafortunado, es el que tiene que soportar el alienado, al margen de sus propios fenómenos psicopatológicos. Debido a la estigmatización y rechazo social, derivados de: Factores vinculados con el modo de interacción social del alienado.

Temores ancestrales más o menos conscientes que pueden llegar a suscitar sobre la gente.

El tratamiento que se da a su imagen pública a través de los medios de comunicación de masas. Asociado a la producción del desorden social cualquiera.

Familia: definiéndola en primer lugar como: "... *un grupo primario donde sus integrantes se interrelacionan por vínculos afectivos y de participación que favorecen a su vez su crecimiento armónico, desarrollo y maduración*",..." *la familia es considerada como la matriz de la identidad*"... "cuya estructura es el conjunto invisible de demandas funcionales que organiza los modos en que interactúan los miembros de una familia..." "

En contraposición, la familia en crisis es una familia cuyas normas y códigos ya no alcanzan para cumplir sus funciones básicas. Afectando al desarrollo de proyecto vital personal y familiar, situaciones específicas que producen desestructuración, externa o interna alterando la estabilidad biopsicosocial, iniciándose así una cadena de acciones y reacciones. Viéndose obligados a transformarse para afrontar esa situación.

Si analizamos las variables, dentro del marco contextual real (situación socioeconómica y política crítica), veríamos claramente un estado que no aplica políticas sanitarias y sociales a fin de garantizar el derecho a la salud y la atención médica y social adecuada. Provocando el debilitamiento económico y psicosocial de la familia en el mundo contemporáneo, convirtiéndola cada vez menos en una estructura social capaz de contener y dar soporte a sus integrantes.

Paciente: Además de conocer el pensar social y familiar respecto del paciente psiquiátrico, es fundamental considerar el impacto en la persona que padece, a fin de ejercer la resignificación de su proyecto vital para que continúe ejerciendo los roles propios de la etapa del ciclo vital por la que transita de acuerdo a sus motivaciones, necesidades, capacidades intereses y recursos. Es preciso conocer: *“qué dice”, “qué quiere”, “cómo le es posible vincularse”,* y también *“cómo no le es posible”,* etc.

De esta manera, se podrá buscar alternativas viables para su desarrollo psicosocial, a través de una participación activa de todos los actores sociales.

El tratamiento de Hemodiálisis en paciente con Insuficiencia Renal Crónica

En una institución de la Salud el Trabajador Social que atiende a pacientes con insuficiencia renal crónica no podrá desconocer las características relevantes de la enfermedad, el tratamiento y sus implicancias en la vida cotidiana del paciente y su entorno. En este caso, la residente eligió la atención de la problemática social de los pacientes que son atendidos en el Servicio de Unidad Renal.

A continuación se desarrolla el Marco teórico correspondiente, a fin de conocer las implicancias de dicho campo.

La Nefrología es la rama de la Medicina que se ocupa del funcionamiento del riñón y de sus enfermedades. Hoy en la República Argentina son miles los pacientes que padecen alguna enfermedad renal y sus consecuencias

1. La Enfermedad Crónica

Por las características de las enfermedades crónicas (larga duración, periodos de ausencia de síntomas, variaciones periódicas de las manifestaciones clínicas), quienes las padecen y sus allegados muestran actitudes y conductas peculiares, basados fundamentalmente en la falta de comprensión de la naturaleza de la enfermedad. Es frecuente que los pacientes nieguen o duden de la existencia de la misma, opinión que puede estar reforzada o rebatida por sus convivientes y amigos, y por la dificultad para comprender lo invisible que muchas

dolencias encierran. Además de los mensajes contradictorios que puede recibir, sus propias creencias y actitudes -variables según la procedencia sociocultural- hacen que la incorporación de la representación de enfermedad crónica sea dificultosa.

La enfermedad crónica es una pesada carga física y psicológica. Los pacientes con enfermedades crónicas habitualmente se sienten sobrepasados e impotentes ante su situación; su autoestima es habitualmente baja, sus relaciones familiares se han perturbado por su enfermedad, y se han vuelto dependientes de otras personas en mayor o menor medida.

Se sienten frustrados porque las expectativas acerca de una vida normal se desvanecen. Están angustiados y ansiosos por encontrar una opinión positiva acerca de su padecer y un tratamiento curativo, o se sienten decepcionados por la medicina porque no les ofrece una cura. Muchos pacientes con enfermedades crónicas guardan angustias y temores, siendo el más importante el de morir prematuramente. Existen numerosos supuestos y creencias acerca de la causa de las enfermedades, muchas veces relacionados con la acción de elementos físicos externos (accidentes o traumatismos), infecciones banales, tóxicos ambientales o sustancias alimentarias.

Sus actitudes pueden variar notablemente según la personalidad de los individuos, desde aquel que se resiste a ser vencido por su enfermedad hasta aquel otro que muestra una exagerada lástima de sí mismo, numerosas quejas y una desproporcionada demanda de atención. Finalmente, con el tiempo la mayoría de los pacientes con enfermedades crónicas llegan a aceptar y adaptarse a la realidad de la enfermedad, aunque con distintos grados de éxito.

La educación del paciente con enfermedad crónica es un elemento con decisiva importancia en el éxito terapéutico. No debería ser solamente la provisión de información sobre la enfermedad, sino también el estímulo para que el enfermo sepa percibir sus síntomas, pueda elaborar juicios correctos acerca de su enfermedad, se sienta confiado en sus posibilidades y pueda reconocer las metas deseadas. Es básico informarle sobre cuál es la naturaleza y los potenciales riesgos de su enfermedad, cómo adecuarse y convivir con ella, de qué manera continuar con una vida familiar, social y laboral satisfactoria, y cómo hacer uso de

las posibilidades asistenciales del equipo de salud y de la comunidad. También es necesario que se transmita al paciente la conveniencia de que él mismo participe activamente en el tratamiento y en su propio cuidado. La educación de cada paciente debe ser específica, individualizada para su problema particular, y oportuna según el momento de evolución de la enfermedad: la presentación gradual de la realidad de su dolencia y sus consecuencias facilitará el aprendizaje por parte del paciente. La anticipación de eventos probables reduce la ansiedad y gana confianza.

Es de fundamental importancia explicar claramente el diagnóstico y comentar acerca de la naturaleza de la enfermedad. Es recomendable recordar que si bien no existe cura, es posible realizar un buen tratamiento que logrará una mejor calidad de vida, que es en definitiva el objetivo del tratamiento de estos pacientes.

Es probable que en algún momento, el paciente quiera consultar a otro profesional para obtener una segunda opinión acerca de su enfermedad, pues pueden persistir ciertas dudas sobre lo acertado del diagnóstico o del tratamiento instituido. Esta decisión (que en ocasiones no se revela al médico) debe ser recibida con beneplácito, pues la opinión de un colega -que en muchas ocasiones es requerida por el propio médico- será un elemento de alivio de la ansiedad natural que causan un paciente con enfermedad incurable, con sus dudas y demandas. El médico tratante debería alentar al paciente a realizar esa segunda consulta. www.zonapediatrica.com

2. Insuficiencia Renal Crónica

Los riñones son dos órganos que se encuentran a ambos lados de la columna vertebral, atrás de las últimas costillas, que miden 12 cm. de largo y pesan alrededor de 150 gr. cada uno.

Los uréteres son prolongaciones en forma de tubos que llevan la orina desde los riñones hasta la vejiga.

Los riñones desempeñan tres funciones que son fundamentales para el mantenimiento de la vida. Ellas son:

- a) Eliminar las toxinas o desechos que resultan del metabolismo o del trabajo

del cuerpo. Por ejemplo: urea, creatinina, ácido úrico, etc.

b) Mantener constante o en equilibrio el agua del organismo. Ellos se encargan de eliminar lo que sobra del agua, que en caso contrario se acumularía y daría lugar a edemas (hinchazón), aumento de la tensión arterial, etc. Hacen lo propio con las sales que componen el organismo y que se ingieren con los alimentos. Por ejemplo: sodio, potasio, calcio, fósforo, cloro, magnesio. Estos elementos son importantes para la vida, pero su falta o exceso provocan trastornos a veces graves y difíciles de remediar.

Estas dos funciones las realizan los riñones formando y eliminando orina, que es un líquido compuesto por el agua, las toxinas y las sales minerales que sobran.

c) Actuar como órganos productores de hormonas. Ellas son: la eritropoyetina, que ayuda a la formación de los glóbulos rojos. La vitamina D, que ayuda a absorber el calcio y fortificar los huesos, y la renina, que interviene en la regulación de la tensión arterial.

La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es el estado en el cual los riñones están dañados y funcionan a menos del 50% de su capacidad normal. La medición de la función renal se realiza a través de exámenes de laboratorio que incluyen creatinina sérica y/o clearance de creatinina con recolección de urina de 24 horas. Existe buena evidencia que sugiere que las personas con menos del 50% de su función renal casi invariablemente desarrollan una pérdida progresiva de la función y requieren terapia de reemplazo renal (diálisis o trasplante) en algún momento. Cuando empiezan a fallar y disminuye, de manera gradual y progresiva, el índice de filtración de los riñones, se produce la Insuficiencia Renal Crónica (IRC). Esta disminución gradual y progresiva de la funcionalidad de los riñones explicaría la ausencia de manifestaciones clínicas iniciales hasta que el proceso no afecta de un 70 a un 80% del total de las nefronas (unidades funcionales del riñón aproximadamente un millón por cada riñón) o hasta que el índice de filtración es inferior al 20 ó 25 % de los valores considerados normales.

Las causas que pueden abocar a la IRC son muchas: hipertensión arterial, diabetes, glomerulonefritis, enfermedades del tejido conectivo (colagenosis), infección crónica, infecciones urinarias crónicas, malformaciones congénitas del riñón y las vías urinarias, toxicidad renal por medicamentos, toxicidad renal por

contaminantes ambientales (ejemplo: plomo), compromiso renal en enfermedades sistémicas, etc.

Las manifestaciones clínicas de la IRC dependen en parte del tipo de enfermedad renal, no son específicos ni constantes, pero podemos nombrar algunos que son más conocidos o frecuentes, a saber: cifras de tensión arterial altas, orina con sangre, orina con espuma (proteínas en la orina), edemas, eliminación de una orina muy clara (como el agua), anemia (palidez, cansancio, dolor de pecho, somnolencia).

Cuando la enfermedad ya está muy avanzada puede haber pérdida de apetito, náuseas, vómitos, calambres, prurito (picazón), diarreas, cefaleas, vértigos, convulsiones, sudor, etc. también pérdida de la memoria, falta de concentración, incapacidad para realizar cuentas matemáticas simples, temblores, insomnio nocturno y somnolencia durante el día.

Si los riñones fallaran por cualquier razón, el material de deshecho se empezaría a acumular y el cuerpo llegaría a estar sobrecargado con líquido. Gracias a los avances terapéuticos de los últimos años, la insuficiencia renal crónica puede ser compensada por tratamientos que intentan hacer lo que los riñones ya no pueden, es decir, filtrar la sangre y eliminar todas las sustancias de desecho, toxinas y agua que se encuentran acumuladas en el organismo y al mismo tiempo incorporarles aquellas que faltan, como el calcio. Esto se consigue mediante los procedimientos de diálisis (hemodiálisis y diálisis peritoneal continua ambulatoria). Estos procedimientos no son curativos y son de por vida ya que no modifican la lesión que se produjo en los riñones.

El trasplante, la hemodiálisis (HD), la diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA), y la diálisis peritoneal automatizada (DPA) son técnicas que permiten a las personas cuyos riñones no funcionan, seguir llevando una vida relativamente normal.

3. Tratamientos

a- La **diálisis peritoneal** normalmente se hace en el hogar, después de un período de entrenamiento. Usa el recubrimiento de la cavidad abdominal, llamado "membrana peritoneal", para eliminar de la sangre los

desechos y el fluido en exceso.

La membrana peritoneal contiene una inmensa red de vasos sanguíneos. Durante la diálisis peritoneal, ellos actúan como las fibras huecas de un riñón artificial. Pero para que esto ocurra, la cavidad abdominal debe llenarse primero con la solución de diálisis. El fluido hace que los desechos de la sangre atraviesen las paredes de los vasos sanguíneos de la membrana peritoneal y alcancen la solución de diálisis.

Para ingresar el fluido en el abdomen (y removerlo una vez que está lleno de desechos) se precisa tener un catéter quirúrgicamente implantado en el abdomen. El catéter se parece un tubo pequeño, la mayor parte del cual queda dentro de la persona.

Para empezar, se conecta una bolsa de solución de diálisis al catéter a través de tubos delgados similares a aquellos utilizados en hemodiálisis. Después que la solución de diálisis está dentro de la persona, se desconecta el tubo de la bolsa y se sella el catéter. La solución permanece dentro durante varias horas, luego se drena e inmediatamente se reemplaza.

El proceso de drenar y reemplazar el fluido es llamado "intercambio". Se necesitan varios intercambios cada día. Los intercambios pueden hacerse mientras se realiza la rutina diaria (DPCA), o por la noche si la persona tiene una máquina de diálisis peritoneal en su casa. La máquina llena y vacía fluido automáticamente cuando la persona duerme. (DPA)

La DP está especialmente recomendada para los pacientes que se hipotensan durante la hemodiálisis (bajas bruscas de presión arterial); pacientes con problemas cardíacos; personas que tienen contraindicación de usar heparina y quienes necesitan el día libre para trabajar o estudiar. Los pacientes que no pueden optar a la peritoneo diálisis son quienes tienen cirugías múltiples o padecen de infecciones importantes en la piel. De igual forma, tampoco es recomendada para aquellas personas que no desean hacerse responsables de su tratamiento, ya que esa es la característica principal de este sistema.

b- El **transplante renal** se ha convertido en una terapéutica cada día más extendida para los pacientes con insuficiencia renal crónica terminal. Desde la década del 50 cuando se realizaron con éxito los primeros trasplantes

renales en humanos, hasta nuestros días, los resultados han mejorado sustancialmente.

En el mundo se han trasplantado cientos de miles de pacientes y la experiencia en nuestro país, que comenzó en la década del 60, creció y se consolidó desde 1980 luego de la promulgación de la Ley Nacional de Trasplantes y la creación del CUCAI y tuvo en la ciudad de Córdoba uno de los centros de mayor actividad.

Qué es el INCUCAI y qué funciones tiene:

El INCUCAI (ex CUCAI), Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI), organismo descentralizado del Ministerio de Salud, creado por Ley 24.193, es el organismo coordinador, normatizador y fiscalizador de las actividades de procuración y trasplante de órganos y tejidos en el ámbito nacional. Es un organismo que tiene a su cargo la elaboración de directivas y recomendaciones para promover y facilitar los trasplantes de órganos en todo el territorio nacional. También tiene a su cargo la habilitación de profesionales e instituciones que quieran realizar trasplantes y la supervisión periódica de los mismos. Así mismo, recibe las inscripciones de todo paciente que quiera obtener un trasplante cadavérico, confecciona la llamada "lista de espera" y autoriza, finalmente, todo trasplante que se realice en el país, depende del Ministerio de salud Pública de la Nación. El CUCAIBA es el organismo dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, creado por Ley 10.586, como único responsable del desarrollo del Programa Provincial de Trasplante de Órganos en la jurisdicción provincial.

c- El tratamiento de **hemodiálisis** se desarrollará en el apartado siguiente, debido a que la alumna se desempeñó en el sector del servicio que tiene a su cargo este tratamiento.

Aunque no existe una regla generalizada, se recomienda comenzar con el tratamiento cuando la función de los riñones se halla deteriorada en un 85 a 90 por ciento y no se logra mejoría de la misma con los tratamientos habituales, especialmente el dietético. Este grado extremo de insuficiencia renal crónica, que indica necesidad de diálisis, habitualmente se manifiesta con los síntomas que describimos más arriba y con manifestaciones más severas como son la presencia

de derrame pericárdico (colección de líquido en las membranas que envuelven al corazón) y evidencia de desnutrición severa. La presencia de cualquiera de ellos implica necesidad perentoria de diálisis.

Se considera muy beneficioso para mantener un buen estado clínico general comenzar con diálisis antes de que estas manifestaciones clínicas estén presentes y para ésto el médico nefrólogo tiene en cuenta la evolución y el ritmo de progresión de los valores de urea y creatinina.

HEMODIÁLISIS ✕

La hemodiálisis es el procedimiento más utilizado en la actualidad y de más rápido acceso en los casos de urgencia. Para poder realizarla es necesario extraer sangre del cuerpo del paciente y hacerla circular por medio de un tubo estéril hacia el filtro de diálisis que es un componente de la máquina o riñón artificial. Este filtro está dividido en dos espacios por medio de una membrana semipermeable: por un lado pasa la sangre y por el otro el líquido de diálisis (dializado). Esta membrana es muy delgada y contiene poros que permiten el paso de las sustancias de desecho o tóxicas y del agua desde la sangre hacia el líquido de diálisis no permitiendo el paso de glóbulos rojos, blancos, proteínas de tamaño grande, hormonas, etc.

Este proceso se denomina difusión (dos líquidos en contacto, de diferente concentración, tienden a igualarse).

En la diálisis la sangre está cargada de sustancias tóxicas y el líquido de diálisis no las contiene, por lo tanto, esta diferencia de concentración de un lado al otro es lo que determina el pasaje de sustancias desde la sangre al dializado.

Todo este proceso es dinámico ya que la sangre circula constantemente por el filtro: sale sangre limpia que retorna al paciente y entra sangre con toxinas, al igual que, sale dializado con toxinas y entra dializado sin ellas, existiendo siempre la diferencia de concentración necesaria para poder "limpiar las toxinas" en forma continua.

Por otra parte, también se necesita extraer el agua que se ha acumulado en el cuerpo ya que esta sobrecarga de líquido provoca presión alta y un aumento en el trabajo del corazón con el riesgo que esto implica.

Ahora bien, para que el tratamiento sea eficaz debe cumplir determinados requisitos: el tiempo de duración, la frecuencia con que se realiza y la cantidad de sangre que podemos hacer circular por el riñón artificial.

El tiempo de duración de cada sesión de hemodiálisis es 4 horas y la frecuencia es de tres sesiones por semana. Estos parámetros pueden variar de acuerdo al criterio médico pero, son los indicados generalmente.

La cantidad de sangre que debemos hacer circular depende de la facilidad con que la extraigamos del cuerpo. Esto se logra creando, mediante una sencilla operación, lo que se denomina "acceso vascular" que nos permite conectar el sistema circulatorio con la máquina.

Existen dos tipos de accesos vasculares: uno es el transitorio, el otro es el permanente o definitivo. El acceso transitorio se realiza mediante un catéter que es introducido en una vena de gran tamaño bajo anestesia local. En general la indicación de este tipo de acceso ocurre cuando es necesario comenzar rápidamente con el tratamiento o en los casos en que el acceso definitivo o permanente no funciona correctamente.

El acceso definitivo o fístula consiste en la unión por medio de la cirugía, con anestesia local y por debajo de la piel, de una arteria y una vena (generalmente en los brazos) que provoca un aumento de la cantidad de sangre que pasa por la vena, dilatándola y facilitando así la inserción de las agujas que lo conectarán con el riñón artificial.

Otra variante es la colocación de una prótesis (tubo de material sintético) en los casos en que no es posible unir una vena y una arteria y se necesite una conexión entre ambas. En dicho caso la inserción de las agujas se realiza en la prótesis que cumple la función de la vena.

4. Etapas por las que atraviesa un paciente con IRC que realiza tratamiento de hemodiálisis.

Al ingresar a diálisis el paciente se enfrenta a una situación desconocida de intenso estrés y de limitaciones impuestas por la enfermedad y el tratamiento, con cambios en su vida que tienen importantes repercusiones psicológicas, sociales y

laborales. La aceptación de sus limitaciones funcionales suele ser lenta y penosa y en el camino a lograrla se suelen presentar conflictos que requieren asistencia especializada.

Existen cuatro fases en el proceso de afrontamiento de la I.R.C en pacientes que realizan tratamiento de hemodiálisis:

Etapas de inicio de la enfermedad: La característica fundamental es el temor a lo desconocido y la falta de comprensión de su enfermedad. Aparecen los primeros síntomas paralelamente a las crisis agudas de la enfermedad: Se mantiene contacto con el médico o con el Hospital y se interrumpen las actividades cotidianas. El enfermo se centra en sus manifestaciones físicas, se siente preocupado por la gravedad de la enfermedad, así como el pronóstico y el malestar físico que lo acompaña. Tanto el enfermo como las personas que lo rodean centran su atención en los problemas orgánicos.

Toma de conciencia: Contacto con el papel de enfermo. El paciente comienza a familiarizarse con sus síntomas y piensa en las repercusiones de su enfermedad que van más allá de sus dolencias físicas: dieta, medicación, trabajo y, en general, reflexión sobre sus limitaciones y capacidades. Esta visión sobre la enfermedad se apoya en los sistemas de valores y creencias de la sociedad en que vive; en nuestra cultura hay una devaluación social del enfermo, percibiéndolo como una persona distinta a la mayoría, inferior. Desde esta perspectiva, el afectado empieza a percibirse incapaz para tener proyectos, no puede trabajar, no puede mantener su papel en la familia, etc. En definitiva aparece ante sí mismo como un ser vulnerable, lleno de limitaciones, inseguro; lo que provoca un distanciamiento social, vergüenza de sí mismo, y en último término, un elevado riesgo de inadaptación social, personal y familiar.

Reflexión y análisis: El enfermo se da cuenta de que realmente tiene limitaciones, pero también de que posee múltiples capacidades que le permitirán desarrollar un nuevo proyecto de vida. El estado de ánimo se caracteriza por grandes altibajos, ya que todavía no ha conseguido adaptarse a su situación. En algunos momentos piensa que tiene muchas capacidades intactas y en otros se percibe como un ser débil y marginado.

Readaptación personal, social y familiar: La presencia de una enfermedad crónica implica que quien la padece tiene que poner en marcha nuevos recursos y habilidades a fin de adaptarse a su nuevo estado. Gracias a este proceso de adaptación puede resolver muchas de las dudas que lo acosaban en el pasado: ¿Qué puedo y no puedo hacer?, ¿Cuál es mi papel en la familia?, ¿Cuál es mi papel en el grupo social?.

Los pacientes del Servicio de Unidad Renal deben sobrellevar una enfermedad crónica, debilitante y limitante y, además, adaptarse a su total dependencia de una máquina y de un conjunto de profesionales involucrados en su tratamiento. Su mayor problema se relaciona con la enfermedad misma y con mucha frecuencia se agregan problemas con la integración, psicológica y conductual, de la necesidad de autonomía y a la vez de dependencia.

En forma predecible, estos pacientes tienen una alta probabilidad de conductas de regresión y negación, manifestada en una baja adhesión a las indicaciones prescritas, irregularidad en la asistencia a las sesiones o actitudes excesivamente infantiles o congraciativas. Con el tiempo van logrando estrategias de adaptación, pero aquellos que están iniciando el tratamiento de diálisis presentarán, con seguridad, alguna de estas reacciones. No son raros los trastornos psiquiátricos mayores, como depresiones graves, alto riesgo de suicidio, alteraciones sexuales, cuadros de pánico y otros.

La negación es un proceso continuo de defensa en contra de la ansiedad, en el cual las verdaderas o potenciales condiciones de discapacidad se bloquean para evitar que sean percibidas o traídas a la conciencia del individuo. La negación varía enormemente entre las personas en la medida de su extensión, los factores que las causan y sus consecuencias. Una vez que se sospecha de la negación se debe realizar una determinación de las desventajas y ventajas de la misma. A veces, la negación puede ser destructiva, ya que evita la búsqueda de la adecuada atención médica y la fidelidad a las instrucciones médicas o de tratamientos. Por otro lado, la negación puede ser vitalmente importante para la sobrevivencia. Puede prevenir las emociones que empeoren la situación médica, evitar los estados de pánico, los desbordes emocionales, etc.

La dieta es otro factor importante en pacientes sometidos a hemodiálisis, por los efectos de la uremia. Mientras más toxinas se acumulen, más graves serán los síntomas. La restricción de proteínas en la dieta reduce la acumulación de desechos nitrogenados, y por lo tanto, los síntomas. También se acumulan líquidos, lo cual llega a producir insuficiencia cardíaca congestiva y edema pulmonar. En la dieta también se restringe la ingestión de líquidos. Estas restricciones trastornan el estilo de vida de muchos pacientes con insuficiencia renal crónica y no son bien recibidas. Como los alimentos y las bebidas son aspectos importantes de la socialización, con frecuencia los enfermos se sienten estigmatizados porque sus opciones al respecto se reducen. Si se ignoran las restricciones, pueden presentarse complicaciones que ponen en peligro la vida.

Como los riñones excretan total o parcialmente muchos medicamentos, es importante que los pacientes que los necesiten sean estrechamente vigilados para asegurarse de que se mantiene el nivel de los mismo y no hay acumulación tóxica en sangre o tejidos.

El paciente que se hemodializa sufre numerosos problemas y complicaciones. Una de las causas principales de muerte en personas sometidas a hemodiálisis crónica es la arteriosclerosis. Las alteraciones del metabolismo de los lípidos se acentúa con la HD. Por otra parte la insuficiencia cardíaca congestiva, coronariopatías, dolor anginoso, apoplejía e insuficiencia vascular suelen incapacitar al enfermo. La anemia y la fatiga contribuye a la disminución del bienestar físico y emocional, carencia de energía y motivación y pérdida de interés. Las úlceras gástricas y otros problemas gastrointestinales pueden resultar del estrés fisiológico que acompaña a la enfermedad crónica, la farmacoterapia, y problemas afines. La perturbación del metabolismo del calcio provoca osteodistrofia renal, que a su vez causa fracturas y dolor óseo. Otros problemas son sobrecarga de líquidos relacionada con insuficiencia cardíaca congestiva, desnutrición, infección, neuropatía, y prurito.

Entre las complicaciones derivadas del tratamiento mismo pueden mencionarse: hipotensión (por la eliminación de líquidos), calambres musculares dolorosos, náuseas, vómitos, etc.

5. Marco Legal

La Ley Nacional 22853 establece los requisitos básicos para la habilitación y funcionamiento de las unidades de atención médica destinadas a aplicar diálisis en el tratamiento de la insuficiencia renal. Posteriores reglamentaciones: Decreto Nac. Reglamentario 507/86- 468/89- 612/2002. La Ley Provincial que contempla el tratamiento de diálisis es la Nro. 11284. De estas disposiciones legales surgen los requisitos de infraestructura física, la maquinaria, el personal, etc.

6. Derechos de los pacientes con IRC

El tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) debe estar al alcance de todos los individuos que puedan y deseen beneficiarse con él, sin importar edad, sexo, raza, situación laboral, ubicación geográfica, condiciones de comorbidad, discapacidad física o mental.

- Todos los individuos con IRC e indicación médica deben ser referidos a tiempo para tratamiento de diálisis o trasplante.
- Todos los individuos con IRC deben tener acceso a un tratamiento ético completo e ininterrumpido y servicios de apoyo dirigidos a optimizar los resultados y la calidad de vida de los pacientes.
- Todos los individuos con IRC deben tener acceso a un equipo interdisciplinario de atención médica calificado como parte de un tratamiento completo e ininterrumpido.
- Todos los individuos con IRC y sus familias deben recibir información sobre todas las opciones de tratamiento de forma que estén en condiciones de participar completamente en las decisiones de su cuidado y realizar elecciones con conocimiento.
- Todos los individuos con IRC tienen el derecho a negarse o suspender el tratamiento y a ser apoyados en su decisión.
- Ningún individuo con IRC debe verse privado del acceso a los medicamentos y suplementos nutricionales necesarios por no poder pagarlos.
- El tratamiento y los servicios de apoyo para la IRC deben ser brindados en forma consistente y eficiente en toda Argentina.

7. Calidad de Vida del paciente con IRC

La insuficiencia renal crónica es por sus características una situación de gran impacto en la calidad de vida. Ya en estadios relativamente precoces se acompaña de síntomas que se reflejan en la vida diaria, los tratamientos sustitutivos como la hemodiálisis o la diálisis peritoneal corrigen sólo parcialmente la uremia y además introducen cambios sustanciales en el estilo de vida.

Las características de los pacientes en diálisis han cambiado en los últimos años. Cada vez es mayor el número de pacientes de edad avanzada y con gran comorbilidad que accede a los tratamientos sustitutivos, en muchos casos los pacientes a lo largo de su vida pasan por distintas modalidades terapéuticas.

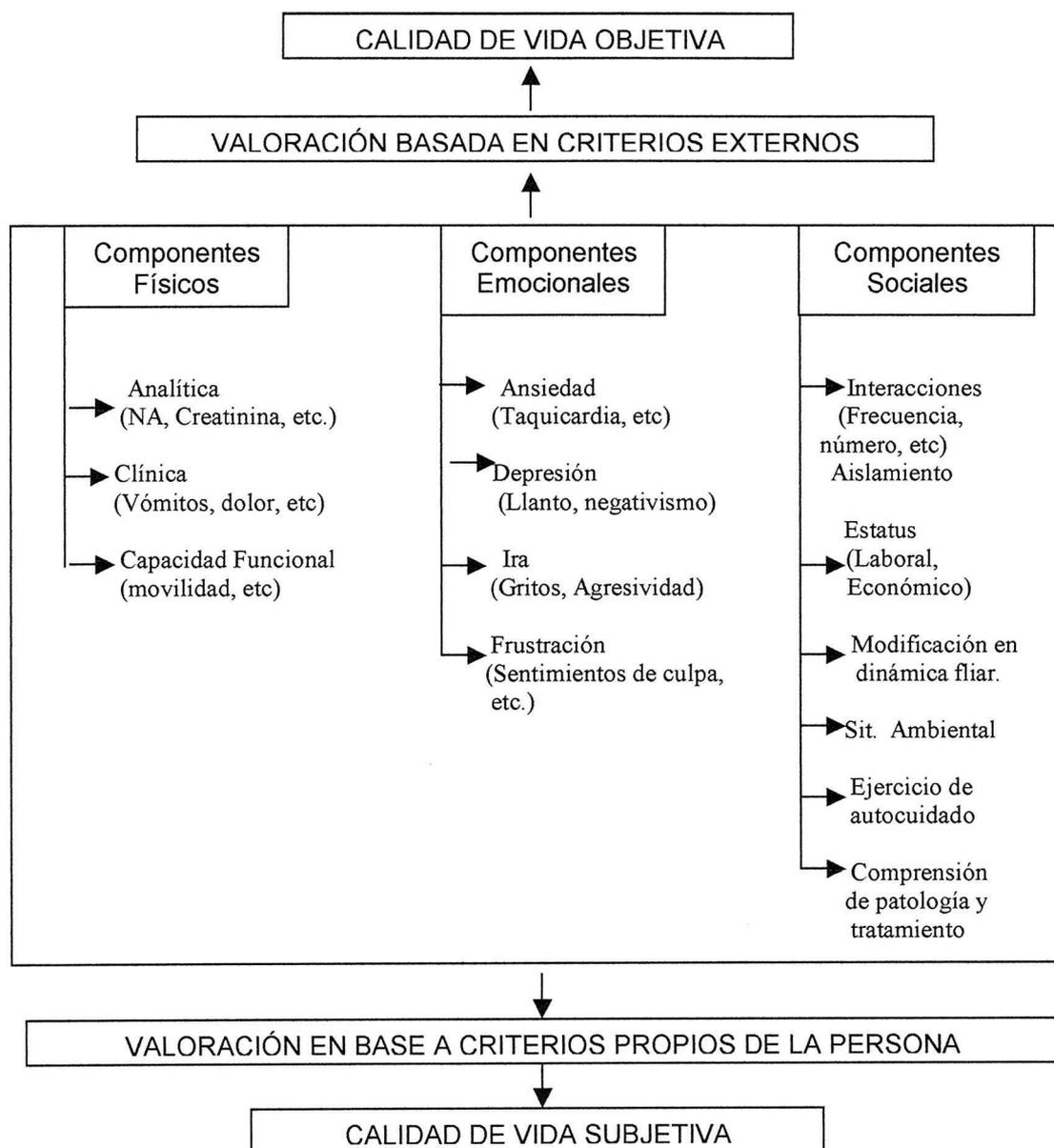
La importancia de incluir indicadores de calidad de vida en el seguimiento de los enfermos viene dada no sólo porque es un aparte básica del concepto de salud, sino por la estrecha relación entre calidad de vida, morbilidad y mortalidad.

La importancia del control precoz de los insuficientes renales es cada vez más evidente, y se ha comprobado su influencia sobre la morbimortalidad precoz.

Muchos de los condicionantes de la calidad de vida en diálisis existen ya en la etapa prediálisis, y su manejo adecuado repercutirá en la evolución. El control precoz permite el tratamiento correcto de las alteraciones metabólicas de la uremia (anemia, desnutrición, etc), puede enlentecer la progresión de la insuficiencia renal, permite la selección de la técnica y la preparación para la misma (acceso vascular/catéter peritoneal) y da la oportunidad al paciente y a su familia de informarse y prepararse para la situación futura. Mantener hasta el momento de iniciar diálisis la mejor situación física y psicológica tiene efectos positivos en el mantenimiento del empleo y del rol familiar y social, etc.

La influencia de la tolerancia a diálisis sobre la calidad de vida, es sin duda, importante, puesto con pacientes con frecuentes episodios de hipotensión, calambres, y cefaleas, pasan las horas siguientes a la sesión imposibilitados de realizar su actividad normal.

Numerosos estudios referidos a enfermedades crónicas sostienen que los indicadores más confiables para evaluar la eficacia de un tratamiento, son los indicadores subjetivos ya que reflejan la experiencia o malestar de un paciente en función de la percepción tanto de su estado físico, como emocional y social.



III LA SUPERVISIÓN EN TRABAJO SOCIAL

El ejercicio de la supervisión es fundamental en la construcción del ser profesional. Si se considera que toda práctica social debe estar contextualizada histórica y culturalmente, el ejercicio de ésta práctica es importante durante la formación de grado en todos los niveles de la Unidad de Práctica, en la residencia institucional y en el posterior desarrollo de un desempeño profesional ético y competente.

1. Concepto y proceso de supervisión:

La palabra supervisión proviene del Latín *super* y *videre* que significan “ver por encima “. Si se toma el significado del diccionario “acción y efecto de supervisar”, supervisar “revisar un trabajo”.¹

Para el Trabajo Social, la supervisión constituye un espacio donde se analiza reflexivamente el trabajo profesional. Se apunta a mejorar la calidad de la intervención profesional en el marco de una instancia de aprendizaje permanente.

Kisnerman define a la supervisión como “un proceso de reflexión crítica” sobre la práctica profesional y una práctica en sí, en tanto utiliza un conjunto de estrategias y tácticas de intervención para lograr determinados objetivos en una situación de aprendizaje².

La supervisión es vista como un proceso de encuentro entre el supervisor y el supervisado. Un espacio, para la lectura crítica de la acción a través de una reflexión en y sobre la práctica contextualizada (teorías metodológicas, teorías políticas y pautas culturales).

M. J. Casinelli y M. Angeloni³, señalan como metodología para la supervisión el examen racional participativo entre el supervisor y supervisado que permite ampliar y/o profundizar la comprensión, apreciar las diversas valoraciones, orientar y/o cambiar las hipótesis explicativas y de acción.

El aspecto práctico, según Kisnerman⁴ es el objeto mismo, refiere a la construcción de una práctica consciente como un permanente proceso de reflexión

¹ García Pelayo y Gross. Pequeño Larousse ilustrado. Editorial Larousse, Argentina, Pág 967.

² Kisnerman, N. “Reunión de conjurados”. Argentina. Ed. Lumen-Hvmanitas. Año 1999. Pág 95.

³ Casinelli, M. J. Apuntes de Cátedra Supervisión en Servicio Social. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. UNMdP. Año 2002.

⁴ Kisnerman, N. Op. Cit. Pág. 26.

en acción; con direccionalidad de la intervención orientada al logro de los objetivos y metas fijadas.

Por lo tanto la supervisión considerada como un proceso educativo y dinámico permite al profesional o estudiante:

- Confrontar la teoría y la práctica tendiendo a lograr una retroalimentación.
- Dar direccionalidad a la intervención profesional hacia el logro de los objetivos fijados.
- Mejorar la calidad de la intervención profesional.

2. Funciones de la Supervisión relativas al estudiante

Las funciones relativas a la supervisión de estudiantes de trabajo social, consisten básicamente en orientar acerca de:

- La aplicación práctica de los conocimientos adquiridos en el aula al trabajo o tarea que se le haya asignado en su campo de prácticas. Esta función debe traducirse operativamente. Por ejemplo, en el conocimiento y utilización correcta de las diferentes técnicas de intervención social, actualización de conocimientos teóricos, conocimientos de los distintos enfoques o formas de abordaje de la realidad, observación crítica de la misma, etc.
- El conocimiento de sus potencialidades para el ejercicio profesional del Trabajo Social. De lo que se trata es de ayudar con la observación crítica del supervisor, al autoconocimiento del supervisado en todos aquellos aspectos de su personalidad que pueden serle útiles o dificultar su desarrollo profesional, con el fin de corregir obstáculos y potenciar sus cualidades.
- El proceso de madurez emocional, aprendiendo a no efectuar juicios que impliquen un juzgamiento moral de la persona, asumiendo su tarea con responsabilidad, adquiriendo progresivamente mayor independencia, flexibilidad metodológica y estableciendo relaciones positivas con individuos y grupos.
- La integración a la profesión: esto es, ir adquiriendo el perfil profesional propio del Trabajo Social y saber cuáles son tareas específicas cuando se actúa con otros profesionales.

3. Tipos de Supervisión

Se pueden encontrar tres tipos de supervisión⁵:

- ◆ La Supervisión Educativa.
- ◆ La Supervisión Administrativa.
- ◆ La Supervisión de Apoyo.

La **Supervisión Educativa** es el tipo de supervisión que aparece; según lo señala Natalio Kisnerman; como una construcción en la que supervisor-supervisado desarrollan una capacidad de realizar aprendizajes significativos en una amplia gama de situaciones. Teniendo en cuenta que tiene como objetivo fundamental enseñar, guiar y formar a los estudiantes y profesionales de Trabajo Social. Es por medio de este tipo de supervisión que los supervisados encuentran las diferentes herramientas para realizar su trabajo, tendiendo a lograr la configuración y consolidación del rol profesional.

Este tipo de supervisión es considerada como educativa porque coincidiendo por lo planteado por Natalio Kisnerman, el supervisado parte de una concepción de la enseñanza -aprendizaje como proceso de construcción de una realidad concreta para conocerla-transformarla.

Según lo planteado por Barrera, se considera de mucha utilidad que el supervisor conozca el proceso de aprendizaje que seguirán sus supervisados. Ya que un análisis de las diferentes etapas del proceso de aprendizaje ayudaría a la comprensión y adaptación de las personas a su cargo.

Se describirán las Etapas del empleo de la inteligencia consciente en la medida que avanza el aprendizaje que postula Bertha Reynolds.

- **La etapa de la conciencia agudizada de uno mismo cuyo ejemplo básico es el temor a lo desconocido:** Toda persona experimenta una sensación de temor a lo desconocido. Esto también sucede desde el comienzo de relación de supervisión. En el primer momento la necesidad de la enseñanza en el proceso de supervisión estará centrada en la persona más que en la materia. El papel del supervisor será el dar seguridad a las personas que estén a su cargo.

- **La etapa de nadar o ahogarse:** En esta fase el alumno se encuentra confuso.

⁵ Fernández Barrera, J. "La Supervisión en el Trabajo Social" Ed. Paidós 1997, Pág 35.

Esa inseguridad se irá superando cuando se sienta capaz de poder analizar, con ayuda del supervisor, su propia actividad. Por eso se hace hincapié en el reconocimiento de lo que el alumno está comenzando a realizar.

Es importante utilizar el encuentro de supervisión como un instrumento de interrelación teórico-práctica, tratando que el alumno sepa dar cuenta de su accionar como parte de una estrategia de intervención en un marco teórico conceptual más amplio; para poder analizar y comprender la direccionalidad de su propia práctica.

- **La etapa de comprender la situación sin ser totalmente capaz de manejarse en ella:** A esta fase el estudiante llega casi instantáneamente, comprende de qué se trata y qué se espera de él. Comprende lo que debería hacer sin que el supervisor se lo diga, pero no se siente capaz de hacerlo todavía. Esto es natural porque lo aprendido no está totalmente internalizado y elaborado para aplicarlo. En esta etapa se capta la verdadera significación de la relación de supervisión y se comprende su finalidad.

- **La etapa del dominio relativo, en la cual uno puede tanto comprender como manejar la propia actividad en el arte por aprenderse:** En esta fase el supervisado puede criticar su enfoque y cambiarlo si la situación así lo requiere. Se llega a un punto donde el espíritu autocrático del estudiante se pone en juego de manera positiva, creativa y transformadora.

- **La etapa de aprender a enseñar lo que se ha dominado:** La tarea del supervisor estará centrada básicamente en la evaluación del rendimiento. Este tratará de asegurar la propiedad y pertinencia de los objetivos del programa y que los supervisados sean capaces de enfrentar las dificultades que se presenten intentando solucionarlas. Para ello tendrá que contribuir a desarrollar la motivación de los supervisados, mejorar su rendimiento y competencia profesional.

La Supervisión Administrativa: Esta supervisión se da siempre en el marco de una organización con el objetivo prioritario de que se cumplan los objetivos de dicha organización.

El supervisor ocupa un puesto laboral en la institución y es el responsable del trabajo realizado por sus supervisados. Se transmite la política institucional y se brinda material para el conocimiento trabajo a realizar.

Tomando como referencia lo planteado por Longres, se considera que las características que debe tener un supervisor en este tipo de supervisión son las siguientes:

- ◆ Ubicar a la relación supervisor-supervisado dentro del plano profesional formal.
- ◆ Tener una total autoridad frente al supervisado.
- ◆ Delegar tareas, controlar y evaluar su cumplimiento.

No son pocas las oportunidades en que se visualiza este tipo de supervisión como rígida, esquemática, poco flexible o autoritaria.

La supervisión administrativa es positiva cuando se basa en una relación igualitaria, simétrica en tanto relación humana y asimétrica en tanto relación docente-alumno.

La **Supervisión de Apoyo**: Sobre la base de lo planteado por Barrera, se tiene en cuenta en sus objetivos y en su aplicación el ofrecer apoyo a las personas que reciben dicha supervisión. Esto es considerado como una forma de superar las tensiones y dificultades que se presentan en el ejercicio de su trabajo. De esta manera se facilita el aprendizaje de los supervisados estimulándolos para que sean capaces de teorizar a partir de los hechos que se constatan en la práctica.

Se considera importante destacar que estos tipos de supervisión no se dan en forma pura. En la práctica las tres modalidades debieran existir interrelacionadas y actuar en forma complementaria.

4. Las Técnicas de la Supervisión

Dentro de las técnicas de la supervisión, se pueden encontrar la Supervisión Individual y la Supervisión Grupal.⁶

La Supervisión Individual está integrada por un supervisor y un supervisado. Se lleva a cabo mediante entrevistas donde se establece una relación horizontal y democrática entre los involucrados. Se incentiva el diálogo y la participación democrática. Los contenidos se caracterizan por ser flexibles para que puedan adaptarse a las necesidades de los miembros.

Para Aguilar, tiempo y periodicidad de las entrevistas, deben responder a una sistemática de frecuencia y duración o responder a las necesidades del

⁶ Aguilar, M. J. "Introducción a la Supervisión". Argentina. Ed. Lumen. 1994. Pág. 141.

supervisor / supervisado.

El **proceso de supervisión**, tiene distintos niveles de análisis: un *Nivel Instrumental*, relacionado con los métodos y técnicas de intervención que aseguren la eficacia de la acción; un *Nivel Institucional* de análisis de la organización, un *Nivel Relacional* dirigido a aumentar la capacidad de cooperación e interacción social de los supervisados y un *Nivel Subjetivo* que incide en la personalidad del supervisado.

La Supervisión Grupal: Está configurada por un supervisor que supervisa a otros de forma colectiva. Los supervisados, según Aguilar, no necesariamente deben trabajar juntos en la misma organización.

Se establece una relación horizontal y participativa, fomentando el diálogo, la creatividad y la reflexión entre sus miembros. El trabajo en grupo contribuye a aumentar la visión del campo a través de intercambio de experiencias sobre una misma realidad.

Se considera importante que los miembros del grupo de sean cooperativos, solidarios y que puedan constituirse en un equipo de soporte (informativo - metodológico-emocional) que los motive a seguir en la búsqueda de soluciones. Su supervisor tiene que actuar como mediador, incentivando el diálogo, la reflexión crítica y sobre todo la creatividad de todos sus integrantes. Tiene que poder transmitir claramente los aportes teórico-prácticos y crear el espacio donde los supervisados puedan encontrar en él, una figura de referencia por medio del establecimiento de una relación dialógica.

5. El Supervisor⁷

“... Es aquella persona que sobre la base de su capacitación está en condiciones de guiar un proceso de reflexión sobre la práctica...”

El profesional se encuentra capacitado para asumir ese rol cuando tiene seguridad en sus conocimientos, cuando controla su propia personalidad es decir su capacidad intelectual y emocional, elementos que fundamentan su autoridad en el ejercicio del rol profesional.

Kadushin señala algunas *condiciones básicas* que debe reunir un

⁷ Fernández Barrera , J. “La Supervisión en el Trabajo Social” Ed. Paidós 1997, Pág. 125

supervisor:

- Proyectar una actitud de confianza hacia el supervisado tendiente a facilitar la optimización de la autonomía y la discreción del mismo.
- Disponer de una gran competencia profesional al ayudar al supervisado en su trabajo. Siendo capaz también de establecer unas buenas relaciones interpersonales con los supervisados.
- Proporcionar procedimientos estructurados a los supervisados en relación con su trabajo en la institución o centro y con su práctica asistencial, también sabe realizar una devolución constructiva sobre la forma de trabajar del supervisado.
- Saber nivelar las necesidades de estabilidad de la Institución con las necesidades de cambio y se muestra dispuesto a dar apoyo a las iniciativas que promuevan cambios en la Institución de una forma más válida.

Es importante destacar el hecho de que el supervisor se sienta identificado con la profesión, ya que de esta manera puede transmitir una buena imagen de identificación para los propios supervisados.

IV MARCO CONCEPTUAL

A continuación se definen los conceptos más importantes que son desarrollados a lo largo del trabajo, con el fin de facilitar su lectura.

Actividades de la vida diaria (a.v.d.): De acuerdo a la escala de Lawton incluye como variables la capacidad de usar el teléfono, de realizar compras, la preparación de la comida, el cuidado de la casa, el lavado de la ropa, medios de transporte, medicamentos, manejo de asuntos económicos. El índice de Katz incluye como AVD básicas, el lavado, vestido, uso del inodoro, movilización, continencia, alimentación.. Se evalúa el nivel de independencia para realizar dichas actividades

Adicción: del latín *adictus* termino antiguo referido a la costumbre de un individuo que es dado a esclavitud. Según J. Mc Dougall "*sujeto esclavo de una única solución para escapar al dolor mental*".

Abuso: También presente en todas las civilizaciones, se entiende por abuso el uso de drogas no medico y no ocasional acompañado de compulsión. Sobreviene cuando se conjugan factores predisponentes referidos a la personalidad y la familia del individuo, así como el medio social que lo rodea y las circunstancias vitales por las que atraviesa.

Abstinencia: Se denomina síndrome de abstinencia al producido por la interrupción de la administración continuada de una droga. Varía en sus manifestaciones según el tipo de sustancia; algunas no lo provocan.

Cocaína: Se obtiene de la planta *Erythroxylon coca* muy común en Perú, Bolivia y el Norte de Argentina. Las vías de consumo, además de la oral, son la inhaladora y la intravenosa. En la jerga se llama "blanca".

Los efectos clínicos son hipertensión arterial con vasoconstricción periférica, taquicardia, temblores, midriasis y anorexia, relacionados con la acción simpaticomimética de la cocaína. El efecto más buscado por el consumidor es euforia con hiperexcitabilidad e hipermnesia. El individuo es por una sensación de poder. Cualquier objetivo que se proponga es realizable; entonces ocurren accidentes derivados de la frecuente agresividad que acompaña al cuadro. Se

pierde la noción de los límites con el mundo externo. El intervalo de ingesta es de aproximadamente es de 40 minutos, ya que los efectos clínicos desaparecen más pronto que las concentraciones en plasma de la sustancia.

Dependencia Física: Implica alteración del cuerpo anatomofisiológico puesto que una sustancia química debe ser administrada en forma ininterrumpida para evitar el síndrome de abstinencia originada por su carencia.

Dependencia psíquica: Implica la vivencia por parte del individuo, de necesitar de la administración de una sustancia para preservar su integridad. La no-administración no provoca alteración del cuerpo anatomofisiológico, sí una gran ansiedad.

Marihuana: se obtiene de la planta del camaño índico. Otro de sus nombres es hachís, charas, bhang, ganjo. Lo más común es que se fume, pero puede también ingerirse. La planta seca se pica muy finamente y se arman cigarrillos llamados vulgarmente "porros". Puede mezclarse también con el tabaco. Los síntomas más comunes son la inyección conjuntival, taquicardia, sequedad de boca y trastornos del equilibrio. Los efectos más buscados por los consumidores tienen que ver con una sensación de bienestar nirvánico, hiperestesia sensorial, visual, táctil y auditiva, y borramiento de la noción espacio-temporal.

Psicofármacos: El abuso de psicofármacos es el más frecuente dentro del grupo de las drogas comercial: Benzodiacepinas y Barbituricos: su abuso produce astenia, disminución de la fuerza muscular, miosis y dificultad en la acomodación visual. La depresión respiratoria es regla, y general la urgencia y la consulta de guardia en los casos de sobredosis. Los pacientes se presentan con disastria y función intelectual lenta, con dispersión de la atención y déficit mnésico; manifiesta gran labilidad emocional que puede provocar reacciones suicidas.

Tolerancia: se usa este término para designar la necesidad de dosis cada vez mayores de una misma sustancia para lograr los efectos buscados.

Uso: el uso puede ser médico cuando es prescrito por el personal especializado; no médico o por divertimento o recreación cuando la administración es ocasional, llevada a cabo por un individuo o grupo.

Calidad de vida: La O.M.S. propuso en 1994, definir la calidad de vida, como "la

percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de los valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses."

Campo de la Psiquiatría: El origen de la especialidad, debe asociarse con la necesidad social de aislar, encarcelar, marginar a aquellos miembros que no cumplen con los requisitos aceptados por la mayoría.

En sus orígenes se consideraba a la psiquiatría como quien solo entendía sobre estos pacientes alienados, aislados y marginados. Aun podría ampliarse este campo a la prevención y atención primaria de estos problemas.

Depresión: "Alteración del estado de ánimo con disminución de toda la actividad psíquica, que afecta principalmente el componente afectivo de la personalidad. Trastorno que tiene manifestaciones en lo físico y en lo mental: descenso de la actividad, insomnio, fatiga, descontento de sí mismo, tristeza profunda, desaliento, etc."

Educación para la Salud: "Serie de actividades llevadas a cabo para proporcionar conocimientos sobre el modo de atender la salud, fomentar comportamientos saludables y modificar las conductas individuales perjudiciales para la salud. Procura producir cambios actitudinales en relación con los problemas de salud y a producir cambios ambientales que favorezcan las condiciones sanitarias del entorno."

Enfermedad Crónica: 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.

Enfermedad Mental: Un estado con diferentes características según su lectura y la época, que se vincula con sufrimiento, desarmonía, afectos no pertinentes, deterioro del cuerpo anátomo-fisiológico

Entrevista: Técnica profesional. Encuentro entre dos o más personas llevado a cabo con un propósito establecido, sea informativo, de diagnóstico, o terapéutico. En dicho encuentro los roles se encuentran claramente definidos (entrevistado-entrevistador).

Equilibrio Social: Estado de armonía e integración relativa entre los diferentes elementos o partes que constituyen un grupo o una sociedad.

Factores Protectores: Los factores protectores son las características del niño adolescente, la sociedad y el ambiente que pueden mitigar los efectos negativos de los factores de riesgo (proyecto de vida, buen funcionamiento familiar, adecuado desarrollo del crecimiento crítico, etc.)

Factores de Riesgo: Son indicadores de la probabilidad de que ocurra un daño. El control o eliminación de cualquiera de estos factores posibilita la disminución de dicha probabilidad.

Hemodiálisis: Método artificial utilizada para depurar sustancias tóxicas del organismo humano.

Insuficiencia Renal Crónica (IRC): La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) es el estado en el cual los riñones están dañados y funcionan a menos del 50% de su capacidad normal. Cuando empiezan a fallar y disminuye, de manera gradual y progresiva, el índice de filtración de los riñones, se produce la Insuficiencia Renal Crónica (IRC)

Necesidad: “Aspiración natural y a menudo inconsciente. Deseo ardiente. Exigencia nacida de la naturaleza o de la vida social. Este término se refiere a un aspecto subjetivo (aspiración, deseo, exigencia), ya sea del individuo o de un grupo. Este aspecto subjetivo en Trabajo Social recubre una noción de carencia o de falta o frustración que acarrea sufrimiento.”

“Max Neef y cols. entienden las necesidades básicas simultáneamente como carencia (falta de algo) y como potencia (en la medida en que comprometen, motivan, y movilizan; así la necesidad de afecto es potencial de afecto.) Clasifican a las necesidades básicas en: subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad. Los satisfactores, acotan, representan el modo de expresión de la necesidad y son formas de ser, tener, hacer y estar. Wernicke distingue dos grupos de necesidades básicas: las de completamiento, aquellas en que el medio debe aportar específicamente algo; es el ambiente el que específicamente debe brindar pertenencia, seguridad, afecto, compañía, aceptación, valoración y conocimiento. Y otras, de desarrollo, para las que el ambiente debe dar lugar a un espacio con el fin de que surjan. Son las de expresión, autodefensa, autoafirmación, maduración y expansión.”

Necesidades humanas o básicas: “ Este término connota los requerimientos fisiológicos y psicológicos mínimos sin cuya satisfacción los individuos o las sociedades no pueden sobrevivir.”

Necesidades sentidas: “Designa las necesidades reconocidas por el mismo individuo, grupo o comunidad, es decir las necesidades de las cuales se tiene conciencia de que lo son...”

Nefrología: Rama de la Medicina que se ocupa de los riñones y sus enfermedades.

Neurosis: Estados en los que hay una clara conciencia de estar sufriendo por situaciones internas que dependen de quien las padece, que son pasibles de cierto tipo de control pero que no pueden ser superadas sin ayuda.

Paradigma Humanista Dialéctico: “El humanismo es el reconocimiento de todo hombre como un fin en sí mismo, es decir, la persona portadora de universalidad, de conciencia. En esta definición se afirma la igualdad radical de la dignidad humana en cada uno. El concepto de dialéctica se vincula al de diálogo,

pensamiento y movimiento. Integra los contrarios.”

Prevención: “Se trata de una forma de actuar antes de que el mal aparezca. Intervenciones o actividades que tienen el propósito de evitar o reducir los riesgos de aparición, agravamiento o extensión de males o problemas sociales, que pueden ser atendidos, corregidos o resueltos mediante las acciones propias del Trabajo Social.”

Niveles de prevención:

Primaria: “Es un concepto comunitario, implica la disminución de la proporción de casos nuevos en una población durante cierto período, contrarrestando las circunstancias perniciosas antes de que se tengan. No trata de evitar que se enferme un individuo en especial, sino de reducir el riesgo de toda una población, de manera que aunque algunos puedan enfermarse, su número sea reducido.

Secundaria: Tiene como objetivo la disminución del índice de prevalencia (número de casos existentes en la comunidad en un momento dado), mediante la reducción del tiempo de enfermedad, una vez que ésta se ha presentado. Es probable que un trastorno tratado en sus primeras etapas, antes de que se haya transformado en una parte consolidada de la vida psicológica y social del paciente, responda a la terapia en un grado mayor y más rápidamente que si el tratamiento se demora hasta que la perturbación se haya afianzado en toda una situación vital.

Terciaria: Comprende el conjunto de medidas orientadas a reducir la frecuencia e intensidad de las secuelas y la incapacidad. Actúa mediante la rehabilitación en gran escala de los pacientes, para devolverles su máxima capacidad productiva tan pronto como sea posible. Un hombre no enfrenta sólo la crisis sino ayudado o trabado por quienes lo rodean (familia, amigos, comunidad, etc.).

Promoción Social: “En las diferentes metodologías de intervención social, esta expresión designa la acción para elevar a un conjunto de personas o grupo social a una situación más elevada o a una dignidad mayor.”

Psicosis: Problemas en los que lo esencial es una alteración del juicio y del

criterio de realidad.

Salud: “La salud no es un “estado”, tampoco lo es la “enfermedad”. Son parte de un proceso multidimensional y fluctuante. El individuo , a lo largo de la vida, se va desplazando sobre un eje salud-enfermedad (y muerte), acercándose ya a uno ya a otro de sus extremos, según si se refuerza o se rompe el equilibrio entre factores que están, permanentemente interactuando: físicos, biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales.” Gabriel Gyarmati 1992.

Salud Mental: “Relativo equilibrio e integración de los elementos conflictivos constitutivos del sujeto, de la cultura y de los grupos – equilibrio de integración progrediente – con crisis previsibles e imprevisibles registrables subjetiva y objetivamente, en las que las personas o los grupos participan activamente en sus propios cambios y en los de su entorno social” *Vicente Gali, 1986.*

Tratamiento Social: Acto o proceso tendiente a solucionar los problemas del necesitado, mediante el cambio de sus actitudes y situaciones, así como con el uso de recursos que él, su grupo y su comunidad poseen, creando y estimulando intereses hacia un mejoramiento social.

SEGUNDA PARTE
TRABAJO DE CAMPO

SEGUNDA PARTE: TRABAJO DE CAMPO

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Al tratarse de la sistematización de una experiencia, el trabajo se ubica en una línea de descripción, análisis y evaluación, respecto a la aplicación de la Metodología de Intervención del Caso Social Individual-Familiar durante la Residencia de Pregrado y los alcances de la práctica supervisada para la intervención profesional en pacientes con problemas de salud agudos y crónicos. Se recolecta y analiza información documental y bibliográfica específica sobre el tema abordado.

Los instrumentos de recolección de datos que se utilizan son:

- Observación Directa.
- Observación Indirecta.
- Relevamiento de documentación institucional.
- Entrevista dirigidas semiestructuradas.

A. ENCUADRE INSTITUCIONAL PARA LA RESIDENCIA DE PREGRADO

1. La residencia de pregrado en las organizaciones en el marco de las prácticas preprofesionales:

Descripción:

El Sistema de la Práctica preprofesional está compuesto por la Cátedra de Unidad de Práctica Integrada (UPI), estructurada por cuatro niveles reconocidos en la curricula de la Licenciatura en Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata y un último nivel asumido por una Cátedra teórico-práctica: Supervisión en Servicio Social no reconocida en la currícula. La configuración por niveles de la Unidad de Práctica Integrada está dada de la siguiente manera:

- Unidad de Práctica integrada 1: introducción a la práctica del Servicio Social Supervisión individual y grupal. Se caracteriza por ser promocional, la aprobación de cuatro módulos integrados y el 80 % de la asistencia.

- Unidad de Práctica Integrada II, III y IV: intervenciones colectivas de Trabajo Social, a través de la inserción barrial. Esta configurada por talleres (tres), cada taller articula diferentes proyectos y cada proyecto articula diferentes equipos integrados por niveles (alumnos de 2do, 3ro y 4to año).

El sistema de evaluación se caracteriza por:

- Supervisiones grupales e individuales.
- Evaluación cuatrimestral de informes de avance (articulación práctica y teórica).
- Asistencia al 80 % de los talleres áulicos.
- Coloquio final: Sistematización del documento barrial.

- La Residencia de Pre-grado: intervención institucional, modalidad individual-familiar. La Cátedra que da encuadre a la residencia es Supervisión en Servicio Social, última materia teórica de la carrera. Este último nivel se caracteriza por la implementación de intervenciones a nivel individual-familiar a través de la inserción Institucional. Si bien se ha legitimado en el tiempo por la continuidad de las pasantías institucionales, no tiene la referencia legal en la curricula de la Licenciatura en Servicio Social como los cuatro niveles anteriores que configuran la unidad de práctica.

El centro de práctica institucional seleccionado por el alumno está planteado como el verdadero escenario donde transcurre la acción, donde por primera vez va a confrontarse en la práctica profesional con la realidad social tal cual se presenta en las instituciones y va a transitar el momento conclusivo preprofesional de la configuración del perfil.

En la residencia de pre-grado es donde los estudiantes depositan todas sus expectativas, sus dudas, sus miedos como antesala de la vida profesional y pone a prueba su capacidad teórica metodológica, procedimental operativa y actitudinal.

Objetivos Generales:

Lograr que el Alumno:

- ❖ Aplique todos los conocimientos, métodos, técnicas, habilidades, destrezas propias de la intervención profesional en sus distintos abordajes: individual, familiar, grupal, redes.

- ❖ Opere en la realidad, desde el encuadre institucional.
- ❖ Se inserte en la institución, conozca su funcionamiento, sus normas, sus bases, sus dependencias y relaciones con otras instituciones.
- ❖ Trabaje en colaboración con los demás miembros de la institución.

Objetivos Específicos:

- ❖ Explique su intervención desde la metodología específica del Servicio Social, identificando etapas y utilizando la terminología técnico científica.
- ❖ Seleccione y aplique técnicas y procedimientos propios del Servicio Social, en el abordaje de las problemáticas que atiende la institución.
- ❖ Investigue todos los aspectos que permitan arribar a la formulación de diagnósticos y a la elaboración de planes o estrategias de acción.
- ❖ Analice la experiencia con relación a los criterios establecidos en el marco teórico.
- ❖ Se integre profesionalmente a los equipos de trabajo y desarrolle la tarea responsablemente.
- ❖ Desarrolle la capacidad crítica y de autocrítica para ratificar o rectificar la acción profesional.
- ❖ Respete los valores y pautas culturales de todas las personas y grupos con los que se trabaja.
- ❖ Adquiera paulatinamente independencia y flexibilidad.
- ❖ Conozca y utilice adecuadamente los recursos existentes de la comunidad

2. El Hospital Privado de Comunidad (HPC): Pautas de Organización y Funcionamiento

Se considera que un profesional del Trabajo Social, que se inserte en una Institución, debe conocer sus características. Tener en claro la dependencia, sus objetivos, la historia Institucional, la misión y la función social. Se describe a continuación:

- Datos de la Institución
- Institución: su historia
- Misión

- Modelo Institucional
- Objetivos
- Red de servicios integrales
- Características de la Internación
- Hospital en números
- Matriz Institucional: se describe en función de la problemática abordada por las residentes
- Sistema Institucional

Datos de la Institución:

- Calle: Córdoba 4545
- Calles adyacentes: Av. Juan B. Justo, San Luis y Larrea.
- C. P.: 7600
- Localidad: Mar del Plata
- Teléfono: 0223- 4990000
- Dirección de Internet: www.hpc.org.ar
- Accesibilidad: Líneas de colectivo: 521, 522, 526, 541, 551, 553, 562 563 A/B, 593.

Dependencia: Privada. Se financia con el aporte de obras sociales, siendo el más importante de PAMI y planes de salud de agentes particulares del servicio de salud del Hospital Privado.

La Institución:

El Hospital Privado de Comunidad abrió sus puertas el 30 de mayo de 1971. Desde entonces ha tenido un firme desarrollo sustentado en un modelo de organización y gestión dinámico, operado por un equipo humano de elevada formación profesional y fuerte identificación institucional. Los valores éticos y los principios fundacionales han sido el sustento de la superación científica y tecnológica para dar satisfacción a las necesidades en salud de la población utilizando los últimos adelantos de la ciencia médica, en un marco de creación innovadora.

En el HPC se atienden aproximadamente 120.000 personas (el 20 % de la población del Partido de General Pueyrredon). Su influencia sobre otras localidades de la región es muy grande, ya que por su alta complejidad y capacidad de resolución de problemas es un importante centro de referencia para la derivación de pacientes.

La Misión:

El 14 de abril de 1965 se creó la Fundación Médica de 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 formación 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.

La Fundación, según lo planteado en la página Web del Hospital, para el logro de su misión debe cumplir los siguientes propósitos:

- ❖ La formación técnico-científica de los integrantes de equipos de trabajo aplicado a la salud, especialmente del sector profesional médico y disciplinas afines.
- ❖ La implementación progresiva de sistemas y métodos de trabajo de rigurosa organización científica, como los que propicia la Organización Mundial de la Salud y otros organismos especializados, con miras al más alto rendimiento técnico.
- ❖ Disponer los medios para que los beneficios de la actividad médica alcancen a todos los sectores de la comunidad.
- ❖ La promoción de la investigación para el progreso de la ciencia medica.
- ❖ La investigación y aplicación de modernas técnicas administrativas.
- ❖ La promoción de los fines de la Fundación mediante la vinculación, intercambio, coordinación y colaboración con entidades y organismos públicos y privados, que se ocupen de la salud o que participen de inquietudes análogas.

Modelo Institucional:

Con el fin de brindar servicios médicos integrales y de alta calidad a la comunidad el modelo institucional, sobre la base de lo mencionado en la página Web, contempla lo siguiente:

- Organización de los efectores escalonados y articulados según niveles de complejidad configurando una red de Servicios Integrales.
- Trabajo a tiempo completo y con dedicación exclusiva de los profesionales.
- Historia clínica única con alto grado de informatización.
- Archivo central de historias clínicas y codificación de diagnósticos según Clasificación Internacional de Enfermedades de la O.M.S.
- Sistema de información y comunicación altamente desarrollados en todos los niveles de la organización.
- Organización y ejecución de programas de docencia, en particular residencias médicas en las diversas especialidades y Escuela de Enfermería.
- Investigación clínica con fuerte vinculación a las actividades asistenciales.
- Funcionamiento de comités profesionales para la normatización de procedimientos diagnósticos, terapéuticos y el asesoramiento de las instancias de conducción en temas específicos.
- Desarrollo de actividad académica.
- Capacitación permanente del personal.
- Gestión basada en el mejoramiento continuo de calidad.
- Participación de la comunidad en la conducción institucional, a través de los miembros fundadores.
- Promoción y apoyo al voluntariado.

Objetivos:**Objetivo General:**

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

Objetivos Específicos:

- Formación científico-técnica de los integrantes de equipos de trabajo aplicados a la salud, especialmente al sector profesional médico y disciplinas complementarias.
- 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 más alto rendimiento técnico (trabajo en equipo, programas de trabajo, evaluación de rendimientos).
- Facilitar los medios para que la actividad y servicio del Hospital alcance 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 la problemática de la salud.

Red de Servicios Integrales:

La organización de servicios en red tiende a que las personas reciban la atención que necesitan en el nivel correspondiente de acuerdo a sus problemas de salud. La organización asegura una asistencia continua e integral en los diferentes servicios, desde los del primer nivel hasta los de más alta complejidad. La resultante es una gran capacidad de resolución de problemas, mayor eficiencia y alto grado de satisfacción de la población que utiliza los servicios.

Primer nivel de atención: El Hospital Privado de Comunidad cuenta con servicios descentralizados ubicados en diversos lugares de la ciudad que funcionan bajo la coordinación del Departamento de Atención Primaria de la Salud. En ellos se desempeñan médicos de familia, clínicos, pediatras, ginecólogos y neurólogos que cuentan con los servicios de apoyo necesarios para un óptimo cumplimiento de las actividades. Estos servicios del primer nivel de atención se hallan interconectados con los del segundo nivel mediante modernos sistemas informáticos computarizados y de comunicación, configurando una red en la que todos los componentes tienen un rápido acceso a la información necesaria y a la interconsulta.

Segundo nivel de atención: Bajo la coordinación de la Dirección del Hospital y de la Jefatura del Departamento Médico, funcionan en el hospital un conjunto de divisiones, áreas y servicios médicos que cubren la amplia gama de especialidades que ofrece la moderna ciencia médica. Con el apoyo de la más avanzada tecnología se da adecuada respuesta a las necesidades de atención de alta complejidad. Ello requiere de una permanente actualización del equipamiento y de la capacitación continua de los profesionales, aspectos a los que la institución le dedica gran parte de sus esfuerzos.

El Hospital en Números:

Los datos que a continuación se describen, son extraídos de la página Web de la Institución.

Planta física del Hospital:

Superficie construida (M2). 23.000

Camas	242
Consultorios Externos	10
Consultas Anuales	722.291
Egresos Anuales	15.127
Promedio de Días de Estadía	4.9
Porcentaje Ocupacional	80.2
Intervenciones Quirúrgicas	5.034
Egresos de Internación Domiciliaria	1.129
Análisis de Laboratorio	711.966
Prestaciones de Hemoterapia	6.375
Estudios Radiográficos	119.495
Resonancia Nuclear Magnética	3.641
Tomografía Axial Computarizada	6.203
Ecografía	15.750
Gamma gratia	2.776
Radiocardiograma	1080
Hemodiálisis	9.125

Operativos para Transplante Renal	22
Transplantes de Riñón	8
Vacunas Aplicadas	14 900

*Indicadores de Producción. Año 1998.

Ámbito de atención:

- Guardia
- Demanda Espontánea
- Internación
- Consultorio Externo
- Atención Domiciliaria

Características de la Internación:

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 que la generó. Por esta razón las internaciones son generalmente de corta duración; el tratamiento continúa en forma ambulatoria.

Durante el período de internación, cada paciente es atendido por un equipo profesional formado por: médicos del servicio que realiza la internación, enfermeros, asistentes sociales, psicólogos que intervienen en cada caso según los requerimientos que impone la patología. El servicio médico responsable de la internación está constituido por médicos residentes y médicos de staff.

El paciente tiene asignado un médico de cabecera de internación que asume la comunicación con la familia y con el médico clínico de cabecera, cuando el caso así lo requiere.

El medio de registro de la intervención compartido por todos los profesionales es la historia clínica, forma de comunicación entre diferentes servicios. Las historias clínicas de los pacientes internados se ubican en el Office del sector correspondiente, a disposición de todos los profesionales intervinientes. La organización de las internaciones está dada por sectores y de acuerdo al Servicio que la ingresa. En algunas ocasiones, la excesiva demanda hace que se

internen pacientes en sectores que no corresponden a la patología de ingreso, sin embargo son reubicados en cuanto se produce un lugar en el servicio correspondiente.

Hay sectores que contienen la internación de varias especialidades; se encuentran servicios que no tiene asignado un sector de internación y que se internan en sectores priorizados por la cobertura de referencia como por ejemplo: Salud Mental.

Sectores:

- **Planta baja:** Unidad Coronaria. Unidad de Cuidados Neurológicos. Cardiología.
- **Primer Piso:** Unidad de Terapia Intermedia (UTI.). Cirugía. Unidad de Cuidados Intensivos (UCI).
- **Segundo Piso:** Terapia Intensiva de Pediatría. Sector B-Pacientes Particulares y Prepagas. Sector C-Traumatología. Sector C-Maternidad Pediatría. Sector D -Clínica Médica. Sector D-Obras Sociales, Planes
- **Tercer Piso:** Cirugía Ambulatoria. Docencia

Los Servicios de recepción de la demanda

La atención de la demanda institucional se recepciona por servicios y en todos los ámbitos señalados. A continuación se nombra la totalidad de los mismos para luego describir aquellos que han dado encuadre al la residencia en la institución sede:

- Servicio de Cardiología.
- Servicio de Cirugía Cardiovascular.
- Servicio de Cirugía.
- Servicio de Dermatología.
- Servicio de Endocrinología.
- Servicio de Fonoaudiología.
- Servicio de Ginecología.
- Servicio de Hematología.

- Servicio de Medicina del Dolor.
- Servicio de Medicina Nuclear.
- Servicio de Nefrología.
- Servicio de Neumonología.
- Servicio de Neurocirugía.
- Servicio de Neurología.
- Servicio de Oftalmología.
- Servicio de Oncología.
- Servicio de Otorrinolaringología.
- Servicio de Ortopedia y Traumatología.
- Servicio de Patología.
- Servicio de Salud Mental
- Servicio Social.
- Servicio de Terapia Ocupacional.
- Servicio de Urología.

El Servicio de Salud Mental del HPC

El *Servicio de Salud Mental* está integrado por profesionales *Psiquiatras* y *Psicólogos*, lo que marca su modo de trabajo, es decir una visión integral de la Salud Mental, con tratamientos psicoterapéuticos y psicofarmacológicos, ambulatorios e internaciones.

Las posibilidades terapéuticas que el Servicio ofrece son:

Entrevistas psiquiátricas.

Tratamientos de los diversos cuadros psiquiátricos.

Psicoterapia individual.

Psicoterapias grupales.

Psicodiagnósticos.

Tratamientos psicofarmacológicos.

Abordaje interdisciplinario de los trastornos de la alimentación y de trastornos del aprendizaje, contando con una especialista Infanto-Juvenil.

Trabajo en interconsultas, con pacientes de otras especialidades.

Internación en el Hospital, en un sistema abierto, en habitaciones individuales dentro de sectores de internación de Clínica Médica.

Guardias de Salud Mental las 24 horas.

El Servicio cuenta con consultorios externos en los sectores de Azcuénaga y San Luis primer piso

Plantel profesional

Dr. Juan Carlos Turnes Jefe del Servicio

Dra. María Haydeé Capra de Tesone

Dra. María Inés Hechem

Dr. Roberto Villalón

Psicólogos

Lic. Pablo Kersner

Lic. Silvia Garralda

Lic. Ana María Scharovsky

Psicólogos descentralizados contratados

Lic. Fabiana Bertranou

Lic. Sergio Matusevich

Lic. Claudia Pose

Lic. Lucía Santiago

Residentes de Psiquiatría

Dr. Pobiwska, Damián

Residentes de Psicología

Lic. Moira Alquézar

Lic. Carolina Di Martino

Secretarias: 3

Asistente Social

Lic. Beatriz Castellanos: en uso de licencia por tratamiento de larga duración desde el 27-11-02 (al cierre de este trabajo 16-09-03 no se cubrió el cargo)

Residencia de Psicología y de Psiquiatría: Funcionan dos Residencias, la de Psicología y la de Psiquiatría. Para la primera, se hace un llamado a concurso año por medio, y la residencia dura tres años. En cuanto a la de Psiquiatría, dura

cuatro años, y se hace un llamado anual, aunque por razones de organización estructural del Hospital no se ha hecho llamado en los dos últimos años.

En ambas residencias se prioriza el aprendizaje gradual y acompañado por profesionales de planta, con responsabilidades crecientes y un fuerte énfasis en el hacer con respaldo técnico y teórico, más que en un aprendizaje puramente teórico que sirva para una futura práctica.

Una de las ventajas de una residencia en un Hospital como el nuestro es el poder ver una gran variedad de situaciones y cuadros psicopatológicos, sin perder de vista la integridad de la persona, dado que se hace en un Hospital General, donde los problemas nunca son únicos, sino que comprenden las dimensiones físicas, psicológicas y sociales de las personas involucradas.

De todos modos, los residentes tienen la posibilidad de hacer rotaciones tanto internas como externas, permitiendo así su contacto con Hospitales monovalentes (psiquiátricos) así como Hospitales especializados (pediátricos, por ejemplo).

Residencia de Servicio Social (pre grado)

En el 2002 se efectuó el ingreso de la residente, quien participó de la vida cotidiana del servicio, durante un año calendario. Desarrollando su actividad de lunes a jueves de 8 a 12 hs. y los viernes de 8 a 16 hs.

En el 2003 no ingreso ninguna residente al servicio .

3. El Servicio de Unidad Renal del HPC

Este Servicio inició sus actividades en el año 1979. Sus propósitos son:

- Brindar asistencia y seguimiento a los pacientes con deterioro crónico de la función renal que necesitan terapia sustitutiva a través de la hemodiálisis o diálisis peritoneal.
- Ofrecer formación de postgrado: Residencia de Nefrología, pasantías de profesionales de otras especialidades.

Sus objetivos son: Ofrecer todas las posibilidades terapéuticas al paciente con afecciones renales, tanto agudas como crónicas, incluyendo el transplante renal.

Las posibilidades terapéuticas que el Servicio ofrece son: tratamiento de hemodiálisis, tratamiento de diálisis peritoneal ambulatoria, y trasplante renal.

El Servicio de Unidad Renal esta conformado por:

Médicos

3 Médicos Nefrólogos y 1 Residente

- Dr. Introzzi, Alfredo. Jefe de Servicio
- Dr. Viva, Miguel
- Dr. Rubio, Alberto
- Dra. Vinokur, Alejandra. Residente

Enfermeros

1 Jefa de enfermeras, Lic. Ana Kitlain y 10 enfermeros. (técnicos en Hemodiálisis). Se cuenta con 1 enfermero cada tres pacientes.

Psicólogos

Lic. Kersner, Pablo

Asistente Social

Lic. Álvarez, Ma. Cristina

Residencia de Servicio Social (pregrado)

En el 2002 ingresaron dos residentes, quienes participaron de la vida cotidiana del servicio durante un año calendario. Desarrollando su actividad de lunes a viernes en dos turnos: de 9 a 13hs y de 14 a 18 hs.

En el 2003 ingresaron dos nuevas residentes.

Secretarias: 2

Mucamas: 4

La modalidad de abordaje es multidisciplinar.

El servicio está ubicado en el primer subsuelo de la estructura hospitalaria.

Aborda la prevención a través de la implementación de los tratamientos sustitutivos de la función renal. El abordaje es individual. El servicio trabaja con una población cautiva, de pacientes que realizan tratamiento de hemodiálisis.

También se realiza DPCA. A su vez reciben atención 60 transplantados.

Actualmente por mes se hemodializan 68 pacientes.

El servicio cuenta con una secretaría, un consultorio multifuncional (si bien es consultorio médico, es utilizado por todos los profesionales del servicio), otro consultorio equipado para el tratamiento de diálisis peritoneal, una sala de hemodiálisis equipada con 15 sillones con sus respectivas máquinas dializadoras. Otra sala de diálisis que cuenta con cuatro sillones con sus respectivas máquinas destinados a pacientes con serología para hepatitis positiva y/o HIV. En estas salas se cuenta con un total de 6 televisores, para entretenimiento de los pacientes. El servicio cuenta con 4 computadoras.

4. El Servicio Social del Hospital Privado de Comunidad

Descripción

En este capítulo, se describen las pautas de organización y funcionamiento del Servicio Social Hospitalario. Se toma como referencia para esta descripción la página Web , observación de material documental, contacto directo con profesionales del servicio y otros profesionales durante la gestión del caso.

Se constituye en la base formal que guía la primera aproximación al conocimiento institucional y a la intervención social.

El Servicio Social Hospitalario reconoce como **Objetivo General:** "Asistir al paciente y a la familia en los emergentes sociales que plantea el continuo salud-enfermedad".

Desde esta concepción de salud, tiene cabida un profesional dedicado a asistir, esto es estar presente, atento al proceso vital de un ser humano precisamente cuando ese proceso se encuentra de alguna manera interferido por situaciones que dificultan el acceso a condiciones de bienestar.

El eje metodológico pasa por crear con él y los otros un espacio intersubjetivo, un lugar de reconocimiento entre sí y de las propias potencialidades, donde se pueda plantear la situación problemática para:

- analizarla desde una lógica científica
- reconocerla en sus características constitutivas
- generar conjuntamente propuestas superadoras

Finalidad de la Intervención : Asesorar y orientar para promover una

organización familiar continente.

Sentido del Tratamiento Social: En base a lo planteado en la página Web de la Institución, el sentido del tratamiento social se centra en:

- Reconocer al paciente como sujeto activo en el proceso de su tratamiento.
- Re-significar su vida cotidiana.
- Estimular y orientar para una reinserción positiva.

Las características generales respecto al Tratamiento Social son las siguientes:

1. Reconoce al paciente como sujeto activo en el proceso de su tratamiento, integrado en su contexto relacional de pertenencia.
2. Incorpora a la familia o red social como soporte básico de rehabilitación e inserción social.
3. Focaliza su intervención en promover contextos relacionales capaces de generar formas de organización que coadyuven a superar situaciones críticas.
4. Asesora y orienta respecto a la utilización racional de los recursos intra y extra Institucionales.

Servicios y programas institucionales especiales en los que interviene:

- Atención Domiciliaria
- Internación Domiciliaria
- PADES
- Medicina Preventiva
- Unidad Renal

Servicio Social en Atención Domiciliaria: (Pacientes crónicos)

Objetivos Específicos:

- Informar acerca de las posibilidades y limitaciones respecto de la evolución del paciente.
- Facilitar y promover la participación conjunta en el cuidado del paciente.
- Orientar y apoyar.

Servicio Social en Internación Domiciliaria y cuidados paliativos:

Objetivos Específicos:

- Investigar la situación socio familiar del paciente a su ingreso al programa.
- Intervenir para orientar y asistir a las personas que requieren de un soporte exterior desde el área socio familiar.
- Fortalecer las organizaciones naturales de su red social y las de la comunidad.
- Prevenir en función del diagnóstico y pronóstico posibles conflictos, para la disminución del riesgo social.
- Adecuar los recursos a las necesidades en la búsqueda de un marco de seguridad posible.
- Orientar al paciente y su familia respecto a la identificación de funciones a partir de la irrupción de la enfermedad.
- Identificar al cuidador principal capacitándolo para su función con los recursos existentes en la institución.
- Evaluar la capacidad familiar para contener emergentes.
- Ofrecer al paciente terminal y su familia un sistema de apoyo y soporte que les permita transitar éste período con la mayor dignidad posible.
- Participar en investigaciones y capacitación docente junto al equipo, como a las específicas de la profesión.

Servicio Social en Programas especiales: PADES (programa de atención domiciliaria y equipo de soporte)

Objetivo General:

- Ofrecer alta calidad y eficiencia en los cuidados, atención integral del paciente y la familia, y reducción de costos comparativos a los de la hospitalización.

Servicio Social de Medicina Preventiva:

Este servicio aborda los tres niveles de la prevención, las actividades se realizan a través de tratamientos programados con un abordaje grupal e

interdisciplinario.

Se realiza un diagnóstico biopsicosocial, se brinda el tratamiento y por último una nueva evaluación con el fin de observar si los objetivos propuestos para cada programa fueron alcanzados, de lograrlos, continúan su tratamiento en la comunidad, en aquellos centros donde se ha realizado una articulación previa con el servicio.

Los Programas que se desarrollan son:

- 1-Ejercicios terapéuticos programados
- 2-Grupo de apoyo para familiares y cuidadores de personas con ACV, Mal de Alzheimer, Grupo de reflexión para familiares con pacientes con Accidente Cerebro Vascular.
- 3-Educación para la salud.
- 4-Docencia
- 5-Proyección Comunitaria.

Servicio Social en Unidad Renal:

Se caracteriza por la incorporación del Trabajador Social al equipo multidisciplinario que atiende la problemática de los pacientes que padecen insuficiencia renal crónica y que se encuentran en tratamiento sustitutivo a través de las diferentes modalidades (hemodiálisis – diálisis peritoneal continua ambulatoria), como así también la demanda de pacientes en proceso de pre – trasplante renal y pacientes trasplantados.

Atención de la demanda:

Ámbitos de atención: es la localización donde el Asistente Social realiza las intervenciones, coincide con el lugar donde se origina la demanda y está sistematizada de manera de dar respuesta a la demanda programada, espontánea y urgente:

- Internación: se detallará en un apartado especial por ser el ámbito que da encuadre a la residencia.
- Consultorio Externo

- Urgencia
- Atención domiciliaria

En Internación: Recepción y respuestas a interconsultas. Se realizan entrevistas en el sector de consultorio del servicio social.

En consultorio externo: se atiende la demanda programada y la espontánea en el consultorio externo del servicio social. Cada profesional tiene aproximadamente 6 horas de consultorio semanales, con el apoyo de una secretaria.

Urgencias: se atiende en el sector de urgencias y en sectores que no tienen asignados un Asistente Social, por interconsulta del médico interviniente, con entrevista en sede y en domicilio.

Servicio Social en internación

El Servicio Social atiende la internación organizando el recurso humano por sectores de internación:

- 1 Asistente Social ----sector D
- 1 Asistente Social ----sector C
- 1 Asistente Social ----sector Planta Baja
- 1 Asistente Social ----sector Primer Piso

Objetivo General:

La intervención profesional en el área de internación se focaliza en promover una organización post-alta continente, teniendo en cuenta los efectos que produce la aparición de la enfermedad en la organización familiar preexiste. Habitualmente se desestructura la organización cotidiana del grupo conviviente o con relación próxima al paciente. Dicha desestructuración afecta a diferentes aspectos de la vida del paciente y compromete su trama relacional. De ahí que la intervención se oriente tanto a fortalecer las relaciones vinculares como a adecuar los recursos.

Objetivos Específicos:

- Establecer los requerimientos del paciente para las actividades de la vida cotidiana implicando a la familia y vínculos significativos en la búsqueda de alternativas superadoras de la situación.

- Facilitar la definición del lugar de egreso y organización familiar al momento del alta.
- Optimizar la adecuación de recursos humanos, económicos, instituciones y comunitarios.
- Facilitar la relación HPC-Institución -Pte.
- Lograr un medio continente para pacientes sin familia. de costos comparativos a los de la hospitalización.

Recurso Humano: organización

Integrantes del Servicio Social:

Lic. María Elena Padovani. Coordinadora del servicio.

Sector PADES.

Lic. Patricia, Valentini Sector "C" Ginecología y Traumatología.

Lic. Álvarez, Cristina Servicios de Unidad Renal y Medicina Preventiva.

Lic. Yolanda, Moyano Sector P.B. Internación de cardiología, Unidad Coronaria, Observación cuidados neurológicos e internación domiciliaria.

A.S. Cristina, Orozco Sector 1 piso, unidad terapia intermedia y pediatría.

Lic. Carolina, Vita Sector "D"Clínica Médica.

Lic. Beatriz Castellanos Servicio de Salud Mental e internación 2 E obras sociales y planes. En uso de licencia por tratamiento de larga duración desde el 27-11- 02. (al cierre de este trabajo 16-09-03 no se cubrió el cargo)

Residencias

Se ha implementado un *"Programa de Pasantías de pre-grado"* dirigido a estudiantes del último año de la carrera de *Licenciatura en Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata* vinculado a la cátedra de *Supervisión* de dicha Unidad Académica.

Este programa surge como iniciativa y motivación personal de dos Asistentes Sociales del servicio: Lic. Ma. Cristina Álvarez (quien esta a cargo actualmente) y Lic. Beatriz Castellanos.

Recursos Institucionales: Matriz y Sistema.

Matriz Institucional: Recursos institucionales para la atención de pacientes. Hacen a la complejidad de la problemática, el enlace se deriva de requerimientos específicos del esquema de tratamiento.

- Sate
- Santa ana
- Atención domicilia
- Departamento de Enfermería.

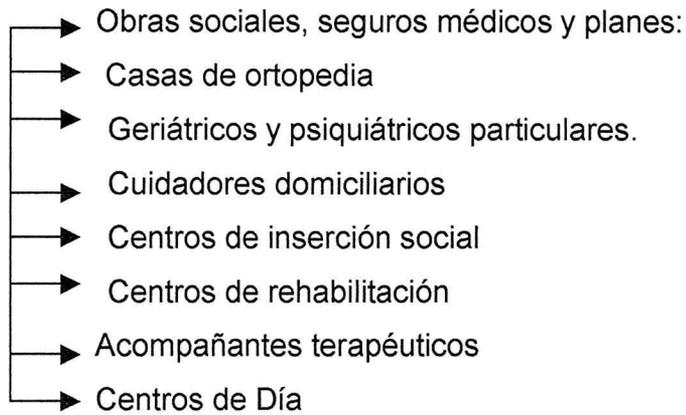
• Geriátrico Santa Ana:

El hospital cuenta con el Geriátrico Santa Ana para evitar la internación médica por razones sociales y asegurar la contención del paciente durante la espera de la asignación de vacante en geriátrico con cobertura de PAMI . a la que sólo acceden las personas de extrema carencia, sin vivienda propia, ni familiares obligados legalmente.

Se apela a este recurso cuando el paciente de estas características ha gestionado la solicitud ante PAMI, ha completado la documentación que le exige la obra social y ha obtenido una evaluación positiva para el otorgamiento del beneficio, pero debe aún aguardar en lista de espera la asignación del lugar.

Sistema Institucional:

Entendido como la organización social de los recursos comunitarios que moviliza el Trabajador Social en la generación de soporte. Están directamente vinculados a la naturaleza del problema, motivo de intervención y esquema terapéutico



El Servicio cuenta con un fichero de recursos que facilita la gestión del caso:

- Registro de Hogares Geriátricos de la ciudad.
- Registro de cuidadores domiciliarios
- Registro de centros de inserción social
- Registro de centros de rehabilitación
- Registro de casas de ortopedia
- Registro de ONG

METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN

1. Modalidad Operativa Referencial del Servicio Social.

Descripción:

A continuación se desarrollan los aspectos concernientes a la modalidad operativa referencial, para la atención del paciente en la institución (Internación y tratamiento ambulatorio). Los objetivos y la modalidad operativa son la referencia para el desempeño preprofesional de las residentes.

Como ya señalamos cada integrante del Servicio Social tiene autonomía en la modalidad de intervención, por lo tanto difieren formas de abordaje, las rutinas, procedimientos, sistematización de la intervención y registro.

En el servicio de Salud Mental se abordan los casos de pacientes con padecimientos psíquicos: internados y en tratamiento ambulatorio.

En el servicio de Unidad Renal se abordan los casos de pacientes con IRC en tratamiento de Hemodiálisis, quienes asisten aproximadamente doce horas semanales distribuidas en tres sesiones (población cautiva).

Forma de acceso a los casos sociales:

Por criterio de intervención: Es el acceso a los casos sociales por iniciativa propia del Trabajador Social. El profesional toma como referencia en la priorización de los casos las patologías más desestructurantes del medio familiar que se encuentran en el sector de internación. Como se menciona anteriormente, cada profesional tiene asignado un sector de intervención.

Por Interconsulta: Consiste en el pedido de consulta por parte del servicio médico, a otro profesional perteneciente a un Servicio o Especialidad para complementar la intervención que se está llevando a cabo en ese momento. En el caso del Servicio Social, el Médico solicita su intervención cuando infiere a partir de los primeros encuentros con el paciente y su entorno familiar, la existencia de alguna problemática vinculante al egreso del paciente. De esta manera el Trabajador Social toma conocimiento del caso y comienza a intervenir en la problemática.

Demandas



Por Señalamiento Verbal: De otro profesional del servicio, de otra profesión simultánea del personal que interviene en el circuito de internación (enfermeros, auxiliares, secretarias).

Por Demanda Espontánea: Se produce cuando algún miembro de la Red familiar o social del paciente solicita por propia iniciativa la orientación social. La demanda, por parte de un integrante de la Red, implica el reconocimiento de una necesidad, pedido o problema que se relaciona con los requerimientos del paciente en la vida cotidiana.

Técnicas que permiten al Trabajador Social recabar datos necesarios para el abordaje de una problemática:

Observación Documental

Auditoria de Historias Clínicas: El Hospital Privado de Comunidad trabaja con la modalidad de Historias Clínicas Únicas para cada paciente. Consiste en el informe detallado de todas las intervenciones profesionales y estudios complementarios a las cuales accede el paciente

La Historia Clínica consta de diversos cuerpos (Ver anexo).

- a) Hoja de identificación: En ella se encuentran los Datos Personales que especifican los datos referentes al paciente, como su fecha de nacimiento, edad, dirección, documento nacional de identidad, tipo y número de cobertura, antecedentes, entre otros.
- b) Consultorio Externo: Se evolucionan todas las consultas del paciente a los diferentes servicios y en los diversos ámbitos de tratamiento ambulatorio: urgencia y consultorio externo.
- c) Internaciones: Cada internación incluye la admisión y la evolución diaria del paciente (intervenciones médicas y profesionales sanitarios).
- d) La Historia Clínica permanece, entonces, en la secretaria o sector de internación correspondiente. Cuando el paciente tiene el alta médica, se adjunta la evolución de enfermería.
- e) Resultado de diversos estudios: En este apartado, se incorporan estudios de laboratorio, diagnóstico, entre otros.

Técnicas
A 7

f) Registro de ingreso a Cirugía: Protocolos de la práctica.

El Trabajador Social consulta la Historia Clínica en algunos casos al comenzar la intervención, en otros en un segundo momento luego de la demanda espontánea o la interconsulta. Esta actividad permite el conocimiento tanto de los antecedentes clínicos como sociales del paciente y en caso de no existir intervención previa del Servicio Social obtener datos de la situación social que evolucionan otros profesionales.

Base de datos informatizados:

- Registro de datos personales
- Estudios Complementarios
- Ubicación de historia clínica
- Ubicación de pacientes internados

Contacto con informantes calificados:

• ***El Servicio Médico interviniente:***

Consiste en poder recaudar información acerca de la situación clínica del paciente. El diagnóstico, pronóstico y evaluación del paciente influirán tanto en la continuidad de su proyecto vital, como en la desestructuración de su medio habitual sociofamiliar. Es un dato que el Trabajador Social debe conocer tanto para evaluar el nivel de comprensión del paciente y la familia, como para generar una organización adecuada, flexible y sustentable.

• ***El Personal de Enfermería a cargo:***

Consiste en poder recabar datos acerca de las diferentes medidas de confort que se deben llevar a cabo una vez que el paciente egrese de la institución, sobre la presencia de familiares, continuidad y tiempo en las visitas, actitudes que hacen al tipo de sostén que brindan (material, afectivo). Es importante tener en claro tanto las diversas medidas de confort y las técnicas más adecuadas para movilizar al paciente como las actitudes que muestra la familia; junto con los datos que surgen en la entrevista con el paciente y la familia

ya que van a permitir evaluar la capacidad y disponibilidad familiar para contener los emergentes que plantea la situación de enfermedad.

- ***Entrevista con el paciente y/o familia:***

La entrevista se constituye en la técnica básica para el establecimiento de una relación terapéutica. Se trata de entrevistas con detenimiento, focalizadas y con preguntas abiertas centradas en desplegar los aspectos del contenido específico de cada etapa del proceso.

Los objetivos de la intervención están centrados prioritariamente en generar la organización pos-alta; mantenimiento del soporte de la red para las actividades de la vida diaria y el apoyo a la satisfacción de las necesidades básicas.

La Trabajadora Social deja en la habitación del paciente, una citación al familiar y/o allegado responsable a fin de realizar la entrevista en el consultorio externo del servicio. Cuando el profesional lo considera conveniente, ve al paciente en su lugar de internación. Basándose en su criterio realizara un control ulterior pos-alta o un seguimiento domiciliario.

La investigación.

El proceso investigativo depende del criterio, formación y enfoque teórico de cada profesional. Como ya señaláramos el servicio comparte objetivos y finalidad de la intervención, así como una serie de actividades rutinarias. No se explicita metodología de abordaje en nivel teórico metodológico ni procedimental operativo comunes, razón por la cual cada profesional dimensiona el problema de diferente manera y sistematiza la intervención también con modalidad de registro diferentes.

De los aspectos que se describen a continuación se han observado algunos, señalados con asteriscos, considerados como dimensiones básicas comunes. Durante la entrevista seguramente se consideren todos los aspectos descriptos y algunos otros no visualizados por las autoras. Cabe señalar que a los fines de la sistematización se toman aquellos que aparecen explícitos en la historia clínica por ser este documento reconocido por todo el equipo de salud como canal formal de comunicación.

- Datos Personales. (*)
- Datos del responsable (*)
- Calidad de Vida Previa.
- Calidad de Vida Actual. (*)
- Grupo Familiar conviviente (*)
- Grupo Familiar no conviviente.
- Integrantes de la Red Social.
- Calidad de Relaciones
- Situación Económica y Patrimonial. (*)
- Características de la Vivienda.
- Organización Familiar. (*)
- Organización Domestica Pensada. (*)

- **La Observación:**

Se da en el marco de la Entrevista y es la atención sistemática de las señales (gestos, tonos, hechos, expresiones, acciones) que permiten identificar los procesos y sus relaciones tanto en las interacciones como en el hábitat.

- **El registro:**

El servicio no ha sistemizado un criterio en común en relación a las dimensiones a investigar, ni la modalidad de registro, por lo tanto depende de la modalidad individual de cada profesional.

2. Metodología implementada durante la residencia

A continuación se describe los elementos a tener en cuenta en la intervención: el modelo, aspectos de conocimiento (variables) o dimensiones del problema, contextos de intervención y proceso metodológico para la atención de las implicancias sociales de los pacientes con padecimientos psíquicos e insuficiencia renal crónica.

Si bien se ha señalado que el servicio social no ha definido una metodología común, las asistentes sociales del servicio de unidad renal y salud

mental tienen una perspectiva teórica común y ambas priorizan la **intervención por especialidad** por cuanto su trabajo no está organizado por sector de internación sino por inserción en los servicios. En cuanto al abordaje social consideran las mismas dimensiones durante el proceso investigativo.

Las diferencias en los procedimientos de rutina se vinculan con la naturaleza del problema médico, las características del servicio y la personalidad profesional del asistente social. Las mismas no afectan al nivel procedimental operativo de la metodología por lo cual las estrategias de intervención guardan relación con el modelo de referencia.

El Modelo: Se parte de conocer que en el caso de pacientes transitoria o definitivamente limitados se produce un estado de desorganización con consecuencias tanto el ejercicio habitual de sus roles, como en la vida cotidiana del grupo conviviente. Como se señalara en el marco teórico-conceptual, una desestructuración que afecta a diferentes aspectos de la vida del paciente y va a comprometer su capacidad física, emocional y social de diferente manera. Estas diferencias estarán fuertemente asociadas a la evolución de la enfermedad, la historia personal y familiar previa y su relación vincular actual. De ahí que la intervención se oriente tanto a fortalecer las capacidades potenciales o activadas del paciente como de generar el soporte material, emocional y social que mejore las oportunidades para afrontar su situación.

Las residentes implementan un mismo modelo (redes naturales); su aplicación contempla las diferencias en la naturaleza del problema y el funcionamiento de cada servicio.

Se toma como referencia para sistematizar la práctica, la orientación psicosocial que aporta la cátedra Metodología IV Caso Social Individual Familiar, el enfoque Socio Clínico de Redes Naturales aportado por las supervisoras de campo, María Cristina Álvarez y Beatriz Castellanos, ambos en sintonía con el Paradigma Humanista Dialéctico (Enrique Di Carlo).

Aspectos de Conocimiento

VARIABLE	CONTENIDO	ESTRATEGIA
1. <i>Motivo de Demanda.</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Explicitación de lo pedido, problema, expectativas. - Elegibilidad del Servicio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Clarificación. - Definición del contexto de intervención (información-orientación-tratamiento)
2. <i>Motivo Derivante.</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Explicación de incumbencias en la toma del caso a cargo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Devolución verbal y registro en Historia Clínica.
3. <i>Persona.</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre Completo. - Número de Historia Clínica. - Estado Civil. - Ocupación. - Nivel de Instrucción - Obra Social 	<ul style="list-style-type: none"> - Intervención Previa del Servicio Social. - Auditoría de Historias Clínicas. - Contacto con Trabajadora Social de intervención previa. - Entrevista con paciente y entorno.
4. <i>Calidad de Vida Previa.</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Condiciones psíquicas físicas y sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Auditoría de Historia Clínica. - Entrevista a informantes clasificados - Entrevista al paciente y su red social.
5. <i>Calidad de Vida Actual.</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Estado físico (orgánico-funcional) del paciente y consecuencias para las avd. - Estado mental (juicio conservado e inteligencia social) - Estado psíquico actual 	<ul style="list-style-type: none"> - Auditoría de Historia Clínica. - Recorrida de sala. - Entrevista al paciente y su red social. - Entrevista a informantes calificados
6. <i>Características de la Problemática.</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnóstico, pronóstico y tratamiento. - Limitaciones permanentes o transitorias. - Tiempo probable de internación. - Repercusión de la 	<ul style="list-style-type: none"> - Recorrida de sala. - Ateneos del servicio - Entrevista con paciente y familia.

	<p>enfermedad.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nivel de comprensión. - Impacto del tratamiento - Adherencia al tratamiento 	
7. Proyecto Vital Personal Familiar	<ul style="list-style-type: none"> - Etapa del ciclo vital personal. - Rol del paciente dentro de la dinámica familiar pre – post a la enfermedad y / o tratamiento - Etapa del ciclo vital familiar. - Modificaciones en los status económico, laboral a partir del ingreso al tratamiento o de la situación de enfermedad 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista al paciente y su red social familiar.
8. Red Social Natural (Familia, Vecinos, Amigos, Otros)	<ul style="list-style-type: none"> - <u>Estructura</u>: grupo de referencia y constitución del mismo. - <u>Función</u>: característica de los intercambios (materiales, afectivos, económicos). - <u>Relación</u>: intensidad de los vínculos y características relacionales a través de diferentes conductas, sentimientos, frecuencia y calidad de los encuentros. - Modificaciones producidas en la estructura, función y relación a partir del tratamiento y /o enfermedad 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas con informantes calificados. - Entrevista con paciente y familia. - Instrumento de la metodología de la familia: genograma. - Instrumento de la metodología de red.
9. Realidad Cultural (Ideas, Mitos, Creencias)	<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad, consecuencias y formas de tratar al paciente. - Finalidad de la internación. - Formas de organización familiar-social. - Construcción del discurso colectivo de los involucrados. - Actitud ante situación de enfermedad y / o tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista al paciente y su entorno. - Clarificación. - Deliberación Común.

10. <i>Realidad Habitacional</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Amplitud y distribución de ambientes. - Acceso y tipo de servicios (gas, agua, calefacción, iluminación). - Orden y aseo. - Tenencia - Tipo 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista domiciliaria.
11. <i>Recursos</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Institucionales: Matriz y Sistema. - Humanos: integrantes de la red con capacidad y disponibilidad para contener emergentes de la situación social. - Económicos: ingreso y patrimonio del paciente y de la red social para contener emergentes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista con paciente y familia.
12. Organización pos-alta (Viable, flexible y sustentable)	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluación del sistema de soporte previsto (informativo, afectivo material). - Adecuación de requerimientos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista con paciente y red familiar-social. - Clarificación de funciones y responsabilidades (HPC-familia-otros). - Deliberación Común.

El Contexto de Intervención: Se abordan desde los tres tipos de contextos mencionados y desarrollados en el Marco Teórico Referencial

Investigación - Análisis de la situación:

En esta etapa inicial para conocer la realidad a abordar, se tienen en cuenta las variables que guían la investigación. El contenido de las mismas refiere a la misión de la institución, la característica de la problemática emergente, y las características de la persona y su red.

Paso inicial: transformar la situación indeterminada en una situación problemática.
Definición del contexto de intervención.

Diagnóstico - Evaluación:

Una vez reunidos todos los datos necesarios para la aproximación y conocimiento

de la situación, se reconoce “el problema objeto de intervención“ la ausencia o presencia de un sostén adecuado. La identificación de miembros, potencialmente útiles de la red para contener los emergentes sociales que plantea la situación de enfermedad.

Se arriba a un juicio conclusivo respecto del problema objeto de intervención. Dicho juicio que como hipótesis operativa conduce a la definición del plan de acción.

La reiteración de la intervención en una misma problemática posibilita al estudiante:

a) Reconocer diversas categorías diagnósticas, cuadro hipotético de problemas que manifiesta la población que atiende:

- Paciente solo, aislado sin red sociofamiliar, con recursos económicos suficientes para afrontar necesidades básicas y emergentes que plantea la situación actual. Organización post-alta no programada.
- Paciente solo, aislado sin red familiar, sin recursos suficientes para afrontar necesidades básicas. Organización post-alta no programada.
- Paciente con capacidad para orientar sus propias decisiones. Red social amplia. Continente. Con disponibilidad y capacidad para brindar sostén afectivo, moral y económico. Organización post-alta programada.
- Paciente con capacidad para orientar sus propias decisiones. Red social amplia. Continente. Sin disponibilidad y capacidad para brindar sostén afectivo, moral y económico. Organización post-alta no programada.

b) Reconocer la particularidad de cada caso a fin de evitar esquematizar la realidad con categorías universales y tomar el cuadro hipotético de problemas como un criterio de intervención.

Planificación-Elaboración de alternativas de resolución:

La impresión diagnóstica derivada del cuadro hipotético de problemas, necesariamente va a confrontar al residente en la reiteración, con el descubrimiento de un cuadro hipotético de soluciones. Sobre la base de la impresión diagnóstica realizada en la etapa anterior, el residente orientará a los

miembros de la red familiar-social a pensar en alternativas de resolución viables, sostenibles y flexible.

Un cuadro hipotético de soluciones es un punto de partida, ya que si se quiere evitar la esquematización de la realidad y rescatar como valor la individualización de la situación no se puede proponer como receta única a un determinado problema, una determinada solución. Cada caso requerirá una *Implica decidir:*

¿Qué se quiere lograr?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contener los emergentes que plantea la aparición de la enfermedad.
¿Qué es necesario para afrontar el problema?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ comprensión del paciente y la familia de las consecuencias en la vida cotidiana (posibilidades y limitaciones) ▪ Identificación del proyecto que puede sostener el paciente con relativa autonomía ▪ Identificación de la capacidad y disponibilidad del paciente y la red ▪ Organización de soporte socio-fliar., adecuada (viable - flexible- sostenible)

¿Quiénes están para hacerlo?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ identificación de miembros potencialmente útiles de la red.
¿Qué y cómo se va a hacer?	<ul style="list-style-type: none"> ▪ asignación de funciones ▪ planificación de actividades

Ejecución - Puesta en práctica de las alternativas de resolución:

En esta etapa se realiza la puesta en práctica de la alternativa de resolución elaborada por la red social y el residente. La red familiar-social recupera la capacidad de objetivar la realidad y comienza a tomar decisiones poniendo en práctica las alternativas generadas durante el proceso de intervención.

Se realiza un seguimiento del paciente y su red durante los días de estadía en la institución. Si la organización reúne las características básicas: viabilidad, flexibilidad y sustentabilidad podrían realizarse los ajustes necesarios que infiere la dinámica de la realidad.

De esta manera, el paciente cuando estén dadas las condiciones de alta médica-social, egresa de la institución con una organización social ya prevista tendiente a contener los emergentes que plantea su situación actual.

Si llegaran a quedar dudas respecto a la viabilidad, flexibilidad o sustentabilidad de la organización puede programarse un seguimiento en consultorio, o en domicilio según el criterio profesional.

Es importante destacar que la evaluación se realiza desde el primer contacto con el paciente y su entorno hasta el final de la intervención, pero esta etapa se caracteriza por un momento de síntesis formalizado en el cierre de la intervención donde explicitan objetivos logrados y no logrados así como consecuencias predecibles.

Se deja abierta la posibilidad a ulteriores consultas de la familia que definirán un

nuevo contexto de intervención. Cada cierre de intervención no significa resolución del problema, ya que la filosofía de la intervención no apunta al patrimonio propio de la resolución, sino a un cambio que pauten elaborar una situación de crisis o conflicto social.

La modalidad de registrar la evolución del tratamiento que se propone para la intervención de casos sociales, se vale de una forma legitimada dentro de la Institución. La misma consiste en el registro de la intervención profesional en la Historia Clínica del paciente, siguiendo el esquema adoptado por los servicios médicos. Esta forma de registro no significa sostener un modelo médico hegemónico.

El Trabajador Social, registra sus intervenciones profesionales, siguiendo el mismo orden lógico del procedimiento, mediante la aplicación de la metodología de intervención propia. Por lo tanto el contenido de cada aspecto refiere a la especificidad profesional.

3. Modalidad Operativa implementada durante la residencia, en el Servicio de Salud Mental

a) Abordaje con pacientes agudos:

Descripción: A continuación se realiza la descripción de la metodología de intervención y la sistematización de cinco casos sociales, abordados por el servicio social en el servicio de salud mental en un hospital general de agudos. A través de esta presentación se pretende mostrar la implementación de la *Metodología de intervención* descrita en el Marco teórico, en la atención de los pacientes internados por el servicio de salud mental. [La residente implementa la modalidad operativa del trabajo interdisciplinario, a través de la incorporación al equipo correspondiente, con un enfoque psico-social (redes naturales) de orientación psicoanalítica y tratamiento de la dimensión individual y familiar. Cuyo objetivo es " Generación de sostén social a la persona con padecimiento psíquico en los ámbitos donde se genera la demanda". Con atención programada en consultorio externo.]

objet.

También, implementa la Modalidad operativa complementaria a la utilizada en el sector de internación por el Servicio Social Hospitalario. Interviniendo con personas que padecen diferentes patologías (psiquiátricas, oncológicas, otros).

Procedimiento de rutina:

- **Recorrida diaria de sala:** se realiza con el equipo de salud mental de lunes a viernes de 8 a 9 hs. Son presentadas las personas internadas (pacientes ingresados en la internación hospitalaria por el servicio de salud mental o bien por otro equipo médico tratante, quien, por medio de interconsultas, solicitan una evaluación psiquiátrica del paciente a cargo, para complementar la intervención que están llevando a cabo. Allí se presenta el pronóstico de los pacientes nuevos y la evolución de los que continúan internados. La residente toma conocimiento de algunos antecedentes sociales de los pacientes nuevos y a su vez informa la evolución social de los pacientes que continúan internados. Se establece en forma conjunta la fecha probable de alta médico-social.

- **Participación de los Ateneos:**

Ateneo Cínico: se realiza los días lunes de 12 a 13hs. Se analiza el perfil de cada paciente psiquiátrico y las repercusiones del funcionamiento social y familiar, orientando el abordaje en establecer un adecuado desarrollo psicosocial.

Ateneo Clínico y Bibliográfico: se realiza los días viernes de 14 a 16hs. A lo dicho anteriormente se le agrega: lectura y análisis crítico del material bibliográfico pertinente, abordados por integrantes del equipo de trabajo.

- **Auditoria de Historias Clínicas:** implica identificar datos sociales por alguna intervención del servicio social previa, o la evolución de médicos, psicólogos, etc.

- **Contacto con informantes calificados:** enfermeras, secretarias, médicos de otros servicios, otros profesionales intervinientes (T.O, Kinesiólogo, Nutricionista)

- **Entrevista al paciente y a la familia:** se utiliza la técnica de la entrevista para el abordaje de los casos sociales. Una vez reunidos los datos se entrevista a la familia en el mismo ámbito (habitación del paciente) y-o programada en el consultorio externo del servicio de salud mental. El criterio de la misma se define

según se requiera la presencia o no del paciente, a fin de comenzar y/o continuar con el tratamiento social.

Los únicos criterios para la deliberación común sin la presencia del paciente son:

- Cuando el paciente no se encuentra lúcido ni orientado.
- Cuando el paciente no está capacitado para dirigir sus acciones (ej: insania, etc.)

- **Impresión diagnóstica:** intenta arribar a una evaluación preliminar respecto de la comprensión de la organización familiar. Un nivel explicativo del funcionamiento psicosocial y un nivel operativo del sistema de soporte planificado o no. Implica la definición del contexto de intervención

- una impresión respecto de la organización familiar pensada, posición de todos los involucrados respecto del estado actual, visión del problema, capacidades-(físicas, psíquicas, intelectuales) y disponibilidad para brindar sostén material, informativo y social a los requerimientos del tratamiento y apoyo a la vida cotidiana del paciente.

- una definición del contexto de intervención: información, orientación y/o tratamiento.

- **Seguimiento del paciente y su red familiar-social durante la internación:** una vez definido el contexto de intervención, se realiza el seguimiento de objetivos.

- **Control ulterior pos-alta:** Se va a realizar siempre en un contexto de tratamiento y eventualmente en un contexto de información u orientación familiar-social, cuando quedan dudas respecto a la capacidad y disponibilidad para el logro de una organización adecuada.

El control asume la modalidad de entrevista en consultorio externo y/o entrevista domiciliaria. Lo que debe definir el ámbito de la entrevista domiciliaria es:

- la necesidad real del logro de algún objetivo que apunte a la modificación de los espacios físicos como actividad mediatizadora de la tramitación de espacios públicos y privados.
- la necesidad real del logro de algún objetivo que apunte a la

modificación de la rutina habitual del paciente (organización de su propio espacio, desempeño de actividades domésticas) como actividad mediatizadora de la tramitación de espacios privados e íntimos.

- dificultad real del paciente y/o la organización de soporte para trasladarse al consultorio.

A continuación se describe el encuadre para el tratamiento de los casos abordados por la residente: Como señala la Lic. Beatriz Castellanos "el período de internación es un tramo de tratamiento, no es el tratamiento".

La asociación internación=tratamiento, puede generar alguna confusión a la hora de programar el alta, ya que se asocia salida del hospital=final del tratamiento. Tal representación social puede también confundir al residente y llevarlo a pensar que el objetivo específico que le ha sido asignado, "organización social pos-alta" es todo el tratamiento que el paciente va a recibir.

El tratamiento psiquiátrico del paciente puede haberse iniciado antes de la internación y continuarse en forma ambulatoria. No puede considerarse fecha de ingreso al hospital como comienzo del tratamiento, así como fecha probable de internación igual a finalización del tratamiento médico-social.

La atención de la problemática social concomitante a la aparición y/o cronicidad de la enfermedad incluye siempre la consideración del paciente y su red social primaria y secundaria. El asistente social se aproxima a través de la recorrida de sala, la auditoria de historia clínica, la información de otros profesionales y los ateneos del servicio. En el caso del servicio de Salud Mental la demanda no llega por interconsulta escrita ya que como señalara el trabajador social se integra la vida cotidiana del servicio.

Durante la primera fase del tratamiento de internación el paciente probablemente se encuentre angustiado, confuso, desorientado, excitado, etc. Cuando está lúcido, con conciencia de situación, los objetivos incluyen apoyo y acompañamiento del paciente, pero siempre la intervención podrá el énfasis en la familia que tiene que darse una forma de organización perentoriamente. Se considera el impacto en la familia a fin de promover una organización familiar adecuada, pero fundamentalmente considerar el impacto en la persona que la padece, a fin de ejercer la resignificación de su proyecto vital para que continúe

ejerciendo los roles propios de la etapa del ciclo vital por la que transita de acuerdo a sus motivaciones, necesidades, capacidades intereses y recursos. Los alcances de la intervención social en el servicio de Salud Mental, incluyen pacientes no psiquiátricos. Derivados por otros servicios.

b) Presentación de cinco viñetas clínicas

A continuación se realiza la presentación de cinco casos y la forma de registrarlos en la historia clínica.

(A fin de preservar la identidad de los involucrados, no se utilizan datos reales)

Primer Caso Social:

Apellido y nombre: Agustina.

Motivo de consulta: Paciente derivada por el servicio de pediatría.

Adolescente embarazada en riesgo social.

Motivo de intervención: Estudio y evaluación social.

Antecedentes: Adicción a cocaína, tabaquismo, desordenes alimentarios.

Emancipada de sus padres, que residen en Bs. As y con los que se comunica esporádicamente. Vive sola

Procedimientos: Entrevista con paciente en habitación.

Contacto con psicóloga de paciente en consultorio externo.

Paciente de 19 años, soltera, Vive sola en mar del plata. Casa alquilada.

En tratamiento psiquiátrico desde mayo de 2002 con Lic. Martínez.

Cursa embarazo de 37.1 semanas, asiste regularmente a controles. El novio la abandona cuando se entera.

No estudia (3 ciclo polimodal incompleto). No trabaja. No refiere otras actividades.

A los 11 años estuvo en Instituto de menores por su "mala conducta", la madre no sabía como controlarla (Bs. As.). Consume drogas desde los 13 años (marihuana, cocaína y tabaco).

A los 14 años conoce a su padre, el juez le da la tenencia. Al salir del instituto (año y medio), se va a vivir sola a Bariloche, con la autorización del padre.

A los 17 años viene a mar del plata, sola porque le "gustaba" la ciudad.

Conoce al padre del bebe, - Marcelo, 27 años. empleado en una pizzeria, consume drogas. Lo describe como una "persona no responsable". Relación de

pareja dos años. Se interrumpe por episodio de violencia física y verbal (insultos y golpes durante el embarazo). Refiere que ella decide terminar la relación, aunque no impedirá el contacto del bebe con su padre. No acepta que lo reconozca legalmente. Expresa que tiene miedo a compartir la tenencia debido al entorno de riesgo de Marcelo (grupo adicto).

Refiere que él quiere "hacerse cargo del bebe y reconocerlo legalmente".

Proyecto Personal: Antes del embarazo tenía intención de viajar a España o EEUU buscar trabajo, solicitar ciudadanía, comenzar a estudiar cine, luego decide quedarse en mar del plata.

Red Social: - madre en pareja (una hija). Reside en Miami (2 años). Hace 3 años no la ve, sin comunicación telefónica.

- padre, vive en Bs. As. (en pareja, un hijo). No lo ve hace un año y medio. Le envía dinero mensualmente. Por motivos laborales viaja continuamente al exterior, la paciente describe como "empleada del padre" dado que este le brinda atención para cubrir necesidades básicas.

- hermana (materna): 20 años, soltera, una hija, maltratada por pareja actual. No se ven con regularidad.

- 4 amigas del Club Peñarol: Marina (23), Adriana (24), Ivana (18) y soledad (20). Refiere compartir salidas y encuentros (cenas, almuerzos, etc).

Refiere sentirse contenida y apoyada en situaciones que lo requieran.

Situación Económica: Únicos ingresos: percibidos por mensualidad del padre (\$500).

ID: - Comunicativa con capacidad de autogestión.

- Tiende a racionalizar situación actual (embarazo).
- Adecuada percepción acerca de atención y cuidados básicos para el bb.
- Sin proyecto social seguro (estudios, residencia a España...)

Red Social: -*Familia disfuncional*: abandono material y afectivo de la madre (vinculo débil).

- Abandono afectivo del padre con apoyo económico

- *Grupo de amigas*: de riesgo (consumen drogas) exceptuando a las 4 que refiere durante entrevista. Recibe contención y apoyo adecuado, con vínculos fuertes.

- *Psicóloga*: Reconoce apoyo y sostén emocional.

Buena disposición en las entrevistas realizadas.

Plan: - Clarificar e identificar (durante la internación) miembros de su red social.

(Mapa egocentrado: significaciones positivas y negativas)

- Enlace con Lic. Martinez (psicóloga de paciente).

- Seguimiento social pos-alta orientado a organización de la vida cotidiana cuidado del bebé (signos de riesgo) y apoyo social.

Gabriela, Celasco X Lic. Beatriz, Castellanos.

Segundo Caso social:

Apellido y Nombre: Marcela.

Motivo de consulta: Paciente derivada por el servicio de clínica médica por disfunción social.

Motivo de intervención: Evaluación de situación actual.

Antecedentes:

Socioeconómicos: Paciente de 32 años, viuda. No trabaja. Tiene casa propia. Pensión de marido fallecido (\$340, aprox.). No realiza ninguna actividad recreativa. Actualmente vive con Carlos, (45) (HIV +) y Maria Ester (78)(amigos de marido de la paciente); éstos durante 10 años se encargaron del cuidado de los niños.

Tiene 2 Hijos (Adrián, 12 años -HIV _ con tratamiento en el HIREMI) y Maria, 14 años: escolaridad regular 7° y 9° EGB n°28).

Tiene madre y 3 hermanos en la Prov. de Córdoba. Comunicación telefónica periódica (c/ 15 días aprox.).

Red Social: restringida al circuito de adicción (drogas y alcoholismo).

Patológicos: La Sra. , conocida por el servicio social de este hospital durante la internación en el servicio de clínica medica el 30/03/02: HIV+, Hepatitis C+, Depresión, Adicción a: drogas E.V (cocaína), marihuana, alcohol. Reiteradas internaciones por cuadro de intoxicación alcohólico, BZD, marihuana. Sin tratamiento retroviral por Hepatitis C+.

Procedimiento: Entrevista con paciente en habitación.

Entrevista con grupo familiar conviviente en consultorio externo.

No concurre -sin aviso- a turno con Lic. Fazio (psicóloga de Clínica "Santa Clara"). Refiere sentir la necesidad de sentirse cuidada por sus hijos y reconoce que cuando consume es agresiva verbalmente con los niños. Ante esto se evalúa con la paciente la alternativa de que sus hijos estén bajo guarda de Carlos y Ester en otro domicilio (cercano), mientras ella realiza el tratamiento integral. Refiere que si bien no esta en condiciones de cuidarlos, continua presionando a los niños a quedarse con ella y los amenaza con suicidarse si ellos "la abandonan".

Clarificación y diferenciación de: - necesidades básicas de sus hijos.

- necesidades de la paciente.

- riesgos físicos y psicológicos en los niños.

Clarificación y orientación respecto a las implicancias de realizar el tratamiento integral.

Refiere que tiene intención de continuar con tratamiento psiquiátrico y social.

ID: La paciente tiene dificultades para:

- Registrar necesidades básicas (afectivas y materiales) de sus hijos y riesgo psico-social de los mismos.
- Jerarquizar necesidades propias.
- Compulsividad, sin registro de consecuencias. Con proyección masiva de su situación.
- No se reconoce como alcohólica. No acepta tratamiento en A.A. (Alcohólicos Anónimos).

Red Social:

- Tiene conciencia de situación.
- Brindan sostén económico a paciente.
- Refieren preocupación por situación de riesgo psico-social de los niños, debido a la discontinuidad en el tratamiento psiq. Y social de la paciente, consumo de alcohol y drogas.

Plan de acción:

Organización pos-alta

Apoyo y acompañamiento social.

Indicaciones para a.v.d:

- (Acorto plazo): modificación de horarios habituales (atención de necesidades básicas): levantarse, preparar el desayuno, atender a las tareas de los niños, orden y aseo de la casa, etc.
- (A mediano plazo): respecto a la necesidad de que los niños vivan con Carlos y M.Ester, hasta tanto este en condiciones de atenderlos adecuadamente.

Seguimiento desde servicio social para control semanal de:

- Tratamiento social (en domicilio y por consultorio externo).
- Nuevo contacto con Clínica Santa Clara para retomar tratamiento psicológico (Lic. Fazio) y continuar con tratamiento psiquiátrico con Dr. Perizi (eventual seguimiento).

Gabriela Celasco X Lic. Beatriz, Castellanos.

Tercer Caso X

Apellido y Nombre: Elida

HCL N°:

Motivo de intervención: Evaluación social y organización pos-alta.

Antecedentes patológicos: - ACV

- Depresión

- Bipolar.

Procedimientos: - Entrevista con paciente en habitación.

- Entrevista con esposo, en consultorio

- Entrevista con hijo en habitación.

Paciente de 71 años, ama de casa, dependiente para las actividades de la vida diaria posterior al ACV (higienizarse, movilizarse, se traslada en silla de ruedas).

En tratamiento psiquiátrico. Capitada en Clínica Grupo Suizo.

Casada con Carlos: (77 años, jubilado, patología cardiovascular), quien brinda apoyo social con dificultades. Tiene 2 hijos (Edith 42 años, casada 3 hijos, ama de casa_ se desconoce domicilio actual_ relación interrumpida con los padres hace 6 años luego de un conflicto familiar), (José Luis, 46 años, separado, 2 hijos, desocupado, realiza "changas", relación vincular adecuada con los padres).

Pte vive con el esposo. Vivienda propia. Oriundos de Bs. As., residen en MDP hace 20 años

Red social :restringida al núcleo familiar , con dificultades para brindar sostén social adecuado debido a la naturaleza del problema de la paciente y de los miembros de la red. Pero con intención de buscar alternativas favorables.

Situación económica: Únicos ingresos \$480.

Cubre mínimamente las necesidades básicas.

Plan de acción

Considerando que el esposo es paciente cardiovascular y por lo tanto presenta dificultades para brindar los cuidados diarios de la paciente (higienizarla, movilizarla, etc), se decide:

- Orientación Social
- Internación temporal en Hogar Santa Ana. Previa aceptación de paciente y familiares.
- Gestión en PAMI de trámite de *subsidio por emergencias* a fin de cubrir gastos (para cuidadora) en domicilio.

Gabriela Celasco X Lic. Beatriz Castellanos.

Cuarto caso

Apellido y Nombre: B. Micaela

Motivo de Consulta: Derivación de Dra. Capra por antecedentes de violencia familiar.

Motivo de Intervención: Evaluación social.

Procedimientos: Entrevista con madre en consultorio externo.

Entrevista con padre y madre en habitación.

Antecedentes: Paciente conocida por el servicio de pediatría.

Patológicos: Disgerminoma de ovario.

Sociales: Historia de violencia familiar.

Paciente de 6 años, escolaridad regular (primer año de EGB). Oriunda de Miramar. Vive con los padres: madre- Viviana de 26 años, ama de casa, tubo a micaela de soltera, casada con Juan (36 años, trabaja en prefectura, tiene dos hijos con Viviana, no es el padre de la paciente). Micaela no conoce a su padre biológico.

Tiene 2 hermanos vivos (Nahuel de 4 años y Carlos de 9 meses), uno fallecido (año 98).

Respecto al diagnóstico de la paciente, los padres refieren preocupación y manifiestan angustia. Presencia permanente durante la internación.

Según el relato de la madre, ella y su esposo provienen de hogares con antecedentes de violencia física y verbal.

El ciclo de violencia familiar: se caracteriza por:

- *abuso emocional* del padrastro de Micaela para con los niños (gritos, insultos, desprecios, ausencia de contacto afectivo, etc).

- *violencia conyugal* (reciproca) -agresión verbal y física- Viviana narra que en "dos situaciones" intento golpear a su marido : una vez con un palo y otra lo apunto con un revolver. Refiere que Micaela la detuvo porque estaba presente.

Viviana inicio tratamiento psicológico que abandono al poco tiempo. Refiere la necesidad de apoyo psicológico para la familia. Su esposo estuvo reticente a dicho tratamiento aunque según Viviana, luego del diagnóstico de Micaela "tiene intención de aceptar dicho apoyo".

Expresa que todos los episodios de agresión verbal con su cónyuge han aminorado desde el nacimiento del ultimo hijo (Carlos,9 meses).

Red Social:

- abuela materna (reside en mdp).Con vínculos negativos con la madre.(desplazamiento del rol materno , hacia Viviana)

- abuela paterna (reside en bs as).Vínculo positivo con la madre. Durante la internación de Micaela, Nahuel esta en casa de abuela paterna.

- otros familiares maternos: tia y 5 primos en mdp, con vínculos positivos.

- tíos maternos en bsas, con vínculos negativos y relación interrumpida con la madre.

ID:

- Madre y padrastro tienen conciencia de situación, respecto de la enfermedad de Micaela. Angustiados por la situación actual. Capacidad de autogestión.

- La madre:- tiene dificultad para registrar sostén dentro de su red (tia materna)

- Relación conflictiva con la madre.

- Tiene intención de continuar con tratamiento psicológico.

- Agotamiento físico. Cuidados permanentes durante la internación prolongada de paciente.

- No se evidencian signos de agresión verbal ni física en la internación. Relación vincular adecuada con madre y padrastro. Con tendencia simbiótica.
- Situación familiar disfuncional .

Plan: Orientación y apoyo social.

Control pos alta: acompañamiento social.

Durante la internación:

- Gestión de voluntaria para acompañamiento a Micaela durante la internación.
- Entrevista diarias: observación y evaluación de relación vincular madre-hija y funcionamiento familiar.

Situación pos alta:

- Seguimiento (evaluación de situación de riesgo)

Gabriela Celasco x Lic Beatriz Castellanos

Quinto caso

Apellido y nombre: D. Milagros.

Motivo de Consulta: paciente derivada por el servicio de pediatría

Antecedentes patológicos: Tumor de Askin

Procedimientos: Entrevista con la madre en habitación.

Paciente de 6 años en tratamiento de quimioterapia. Escolaridad regular.

Madre ama de casa, padre trabaja en prefectura.

Tiene un hermano de 1 año y 6 meses.

La mamá refiere que la niña comenzó apoyo psicológico posterior al diagnóstico, mejoró ánimo pero no continuó: 'no coincidían los horarios con el tratamiento de quimioterapia'. Refiere intención de reiniciarlo.

Presencia permanente de la madre durante la internación prolongada de Micaela, (15 días).

Los padres no realizan tratamiento psicológico.

La paciente recibe visitas de familiares durante la internación.

ID: Milagros muestra buena relación con los padres, mayor dependencia afectiva con la madre, con tendencia a la relación simbiótica.

Se evidencia agotamiento físico y emocional en la madre.

El padre tiene una adecuada percepción respecto al apoyo psicológico necesario para el grupo familiar.

Red amplia: con vínculos fuertes (abuelos maternos, tíos, primos, amigos)

Situación económica adecuada.

Sistema de soporte adecuado.

Plan:

Revisar alternativas de acompañamiento (voluntaria) durante la internación

Clarificar implicancias de tratamiento psicológico.

Enlace con clínica de capita para inicio de apoyo psicológico.

Gabriela Celasco x Lic Beatriz Castellanos

4. Modalidad Operativa implementada durante la residencia, en el Servicio de Unidad Renal

a) Abordaje con pacientes crónicos.

Descripción: A continuación se realiza la descripción de la metodología de intervención y la sistematización de cinco casos sociales, abordados por el Servicio Social en el Servicio de Unidad Renal, con pacientes que realizan tratamiento de hemodiálisis.

A través de esta presentación se pretende describir la *Metodología de intervención que se implementa*. En el Marco teórico se desarrolla el encuadre del cual surge la construcción de la misma.

Con la incorporación de la residencia en el Servicio de Unidad Renal se logra implementar la siguiente modalidad de concurrencia: de lunes a viernes en el turno mañana una residente, en el turno tarde otra residente, con una carga horaria de 4 hs. diarias, lo que favoreció el conocimiento y contacto continuo con los pacientes que concurren para su tratamiento diario e instalar un modelo operativo de intervención, con canales de comunicación fluidos y una relación que permitió una actitud participativa en las decisiones respecto al tratamiento de los pacientes.

Los propósitos del Servicio Social relacionados con los pacientes que se encuentran en tratamiento de hemodiálisis son:

- Brindar asistencia, orientación, información y contención al paciente, que se encuentra en tratamiento de hemodiálisis, y a su entorno
- Promover el sostenimiento de una calidad de vida acorde a los satisfactores subjetivos del paciente y objetivos del tratamiento.

Los objetivos a alcanzar son:

- Conocer y evaluar el impacto del tratamiento sobre el aspecto socio - económico - laboral del paciente. (diagnóstico)
- Evaluar la adherencia al tratamiento del paciente y su entorno
- Elaborar estrategias de intervención según las necesidades emergentes del diagnóstico.
- Efectuar una evaluación continua sobre las necesidades de los pacientes.

La intervención del Servicio Social sólo se realiza en pacientes con enfermedad renal crónica que requiera de tratamiento sustitutivo. Aquellos pacientes que se encuentran en tratamiento e irrumpe una enfermedad aguda que exige de una internación, son atendidos por el servicio, y la derivación surge de la información recabada en la recorrida de sala

La modalidad operativa se basa en entrevistas individuales-familiares, programadas o a demanda, a través de protocolos preestablecidos; entrevistas a informantes calificados (integrantes del equipo de salud) con un abordaje multidisciplinario. Esta intervención se construye desde el modelo socio clínico de redes naturales.

Procedimiento de rutina:

- **Recorrida diaria de sala:** Se realiza de lunes a viernes de 10 a 11 hs. en forma individual. Se evoluciona la situación de cada uno de los pacientes que realizan el tratamiento; este consta de sesiones con una duración de tres a cinco horas y con una frecuencia de tres veces por semana.

De la recorrida se identifican los pacientes con ingreso reciente que no han sido evaluados por el servicio (la rutina de ingreso al tratamiento de cada uno de los pacientes no se encuentra sistematizada por el servicio de U.R., por lo tanto la derivación al S.S. depende del criterio del médico tratante)

Se analiza el registro de los pacientes internados por patologías agudas y se efectúa el contacto con los mismos para evaluar los emergentes de esta nueva situación.

- **Auditoría de Historias Clínicas:** Implica identificar datos sociales de alguna intervención del Servicio Social previa, o la evolución de otros profesionales: médicos, psicólogos, otros.
- **Contacto con informantes Calificados:** Particularmente enfermeras y secretarias. Los enfermeros como también las secretarias son los que tienen contacto permanente con el paciente. Los primeros son los que supervisan al paciente durante la sesión de diálisis y son los que dan cuenta de los cambios que se producen ya sea por el tratamiento o por la actitud del paciente o su entorno. Las segundas son los que reciben los llamados telefónicos o las demandas del grupo familiar. Por lo expuesto la comunicación diaria con el equipo de salud permite realizar un abordaje integral del paciente.
- **Entrevista al Paciente y a la Familia:** El Servicio Social estableció como Modalidad, una primera evaluación del paciente de la cual surge el diagnóstico preliminar relacionado con el impacto del tratamiento en los aspectos sociales del mismo. El Servicio Social en Unidad Renal cuenta con un protocolo, a partir de lo cual se realiza la intervención. Se trabaja con la Historia de Vida, la cual se actualiza a lo largo de todo el tratamiento. Permite evaluar el poder de adaptabilidad del paciente a lo largo de su historia, en las diferentes crisis vitales, los objetivos que sostuvo a lo largo de su vida, etc. La evaluación es cuali-cuantitativa. Se hace hincapié en los siguientes ejes: red personal, función social, status laboral, status económico, aspecto habitacional, poder de adaptabilidad ante crisis vitales, nivel de comprensión de la patología, adherencia al tratamiento, relación con el equipo de salud. La misma se realiza en la sala de diálisis, en consultorio o domicilio, según la dimensión de la problemática que se presente se planifica la continuidad de la entrevista en alguna de las modalidades mencionadas. 
- **Evaluación preliminar:** Implica una impresión respecto de la adaptación del paciente al tratamiento y del impacto del mismo en su vida cotidiana. Se define el contexto de intervención: información, orientación y tratamiento.

- **Seguimiento del paciente:** Efectuada la entrevista diagnóstica se continúa con una evaluación continua y permanente, que se realiza en la recorrida de sala.

La atención de la problemática social concomitante a la aparición y/o cronicidad de la enfermedad incluye siempre la consideración del paciente y su red social primaria y secundaria.

Cuando un paciente ingresa a hemodiálisis transita por una serie de etapas que requieren del apoyo psico-social que le permita facilitar la adaptación al mismo y poder mantener o construir proyectos de vida adecuados a sus posibilidades.

b) Presentación de cinco viñetas clínicas

A continuación se realiza la presentación de cinco casos y forma de registro en historia clínica. A fin de preservar la identidad de los involucrados, no se utilizan datos reales

La sistematización de los casos se realiza teniendo en cuenta 5 formas de registros correspondientes a diferentes contextos de intervención:

- Evaluación Social protocolizada en sala de diálisis y domicilio
- Derivación del Médico Nefrólogo del Servicio de Unidad Renal por ingreso
- Evaluación Módulo Pre Transplante
- Informe socio-ambiental. Gestión de recurso
- Intervención por Demanda Espontánea.

Primer Caso Social



H. C.:

Fecha informe:

Asistente Social interviniente: Daniela Gibeaud (rotante) por Lic. Ma. Cristina Álvarez

Médico interviniente: Dr. Rubio

Enfermero a cargo: Marina Muñoz

A. Datos Personales

Nombre y Apellido: Alfredo R.

Fecha de Nacimiento: 17 de Octubre de 1922 Lugar de Nacimiento: Balcarce

Nivel de Instrucción: P.I. 3 año.

Ocupación: Jubilado

Años = 85 años

Estado Civil: Viudo

Obra Social: I.N.S.S.J.P.

Domicilio:

Tel.:

Fecha de Radicación: 1936

Fecha de Ingreso a Hemodiálisis: 18/11/02

B Datos Grupo familiar

B1. Grupo familiar conviviente

Paciente que vive solo

B.2 Grupo familiar no conviviente

Parentesco	Nombre y Apellido	Edad	Estado Civil	Ocupación	Hijos	Residencia
Hijo	Walter	42	casado	Radiólogo	3	Bs. As.
Hija	Beatriz	53	casada	Ama de Casa	3	M.d.P.

Observaciones:

C. Aspecto Habitacional

Tenencia: propia

Tipo: casa

Comodidades: Se compone de dos plantas independientes. En total cuenta con 5 dormitorios, 2 cocinas, 2 baños, living comedor, patio, quincho, garage para dos autos.

Servicios: completos

Observaciones:

D. Aspecto Económico

Ingresos: \$250

Alquiler del garage.

Egresos: Canasta familiar- Medicamentos

Observaciones: El pte. ayuda económicamente a nieta (Hija de Beatriz)

E. Datos Relevantes de Historia de Vida

“Nací en Balcarce, tuve una infancia muy linda... me vine a Mar del Plata con mi familia, cuando yo tenía doce años, con mi madre, mi padre y éramos 8 hermanos, cuatro varones, del cual el único que queda vivo soy yo, y cuatro mujeres, de las cuales quedan tres, una vive en Buenos Aires, y las otras dos acá, a veces nos vemos, generalmente cuando nos juntamos es para almorzar, una quiere que me vaya a vivir con ella, es viuda, tiene un perrito, la casa tiene dos dormitorios, pero yo no quiero, prefiero que estemos cada uno en su casa, porque sino empiezan los roces, igual ya le dije a mi hijo que empiece los trámites para poner en venta la casa, porque es demasiado grande para mí solo, tal vez cuando esté vendida puede ser que vivamos juntos, pero ahora no quiero dejar la casa sola, mi otra hermana cuando quedó viuda, se trajo a vivir con ella a su hija y yerno, pero no tienen muy buena relación, es como que se le han apropiado de la casa, y la hacen sentir que está de mas ... empecé a trabajar a los trece años, yo era zapatero, después a los 18 empecé a trabajar en el ferrocarril, lo hice por 42 años, mi padre también trabajaba en el ferrocarril y mi madre era casera del lugar en donde paraban los empleados del ferrocarril. Así que todos trabajamos en lo mismo... me casé a los 27 años, conocí a mi señora a los 26, ella tenía 16, fui a visitar a mi hermana y había un grupo de chicas jugando a la pelota, la pelota se les fue y cayó justo a mis pies, y ella vino a buscarla y yo le dije que si la quería me tenía que dar un beso y ella no aceptó, se la di y a partir de allí nos empezamos a ver, porque después empezó a ir de “ visita” a la casa de mi hermana... estuvimos 6 meses y 20 días de novio... mi señora falleció hace 6 años, es como si se le secaba el cerebro, fue una enfermedad muy larga... yo ahora vivo solo, mi hija viene a ayudarme con las cosas de la casa, me cocino yo, y sino me compro en una rotisería que tienen todos los días distintos menús, rico y barato, a veces ni me conviene ponerme a cocinar, para mí solo, cuando salgo de diálisis como casi siempre churrasco con ensalada... ahora me están molestando mucho los calambres, y no puedo descansar a la noche, si voy a la casa de mi hija me siento acompañado y duermo aunque sea unas horas, ella vive como a 40 cuadras de mi casa, cuando lo vea al doctor le voy a preguntar si puedo tomar alguna pastilla para dormir, no puedo dejar de pensar en la enfermedad, por eso no me gusta mucho salir... con Marina (enfermera) estoy muy

conforme, es muy buena... yo estoy acá porque no tengo un riñón y el otro no funciona bien, y la máquina lo reemplaza... no hago ninguna actividad, no soy de ir a ningún club porque no me gusta... a veces viene mi hija para mi casa o yo voy para la de ella, mi casa es muy grande para mí solo, amigos no tengo, sí conocidos, pero desde que me casé dejé casi de ver a mis amigos, a partir de que empecé en diálisis, estoy mucho mejor, antes me sentía muy mal, lo único malo son las operaciones que me han tenido que hacer..."

Impresión Diagnóstica

Pte. que presenta una red social restringida a familia de origen y procreación. La hija, nieta y hermana son sus únicos familiares en la ciudad y no se identifican otras personas potencialmente disponibles para brindar sostén

Pte. viudo, vínculo con esposa fuerte y vigente. Sentimientos de soledad por la ausencia de cónyuge, características de la red social y tendencia al aislamiento.

Suficiente información y capacidad cognitiva para comprender patología y consecuencias para la vida cotidiana. Buena adaptación al tratamiento. Se relaciona satisfactoriamente con equipo de salud, especialmente con enfermera. Buen ejercicio del autocuidado.

Ingresos económicos cubren mínimamente necesidades básicas.

Solidario ayuda materialmente a la nieta. Relación distante con la hija, discontinua con la nieta, vínculo fuerte y contactos frecuentes con el hijo a pesar de la distancia geográfica y con su hermana. Conciencia de riesgos. Dificultades para solicitar y aceptar ayuda.

Paciente vulnerable sin soporte de la red social

Plan de acción:

Intervención preventiva orientada a:

- Evaluar alternativas para generación de soporte –
- Capacidad y disponibilidad real de la hermana y del hijo que reside en Buenos Aires para recibir al paciente.
- Capacidad y disponibilidad de hijos y hermana de brindar ayuda económica para contratar apoyo doméstico o afrontar geriátrico, o gestionar alquiler de parte de la vivienda para incrementar recursos materiales y acompañamiento.

- Clarificación, apoyo y orientación del paciente para adecuar recursos en vista a superar situación de vulnerabilidad actual.

Segundo Caso

Apellido y Nombre: Norma

Motivo de Intervención: Derivación del Médico Nefrólogo interviniente.

Procedimientos: Entrevista con paciente en sala.

Entrevista domiciliaria

Entrevista con Hija en consultorio

Paciente que ingresa a tratamiento de hemodiálisis por indicación médica. No participa de la decisión que delega en familiar y equipo médico. No comprende la patología ni el eventual tratamiento. Aparentemente no recuerda información pertinente a las características de la enfermedad y consecuencias del tratamiento, recibida con anterioridad. (conoce su estado civil, pero no recuerda tiempo de matrimonio, ni año de fallecimiento de su esposo. -sin evaluación de memoria-). A partir de las primeras sesiones se muestra más activa, manifiesta rechazo explícito a continuar.

81 años, sin escolarización, capacitada para la lectoescritura básica por su marido. Deambula. Viuda. Pensionada. Nacida en Tandil y dedicada a la doma de caballos hasta su casamiento. Luego se traslada a Mar del Plata y se dedica simultáneamente al trabajo en una lavandería de hotel y las actividades domésticas, muy acompañada por su esposo tanto afectiva como materialmente (colaborador en la casa)

Red personal homogénea conformada por familia de procreación. Tres hijas, nietos, bisnietos; no tiene familia de origen ni amistades.

Vive con dos hijas, Mirta -51 años, discapacitada mental (pensionada), soltera, de dependiente a su cargo - y Juliana, enfermera del HPC, de 58 años, viuda (desde cuando reside nuevamente con su madre), cuidadora principal. Tiene dos hijos.

La pte. tiene otra hija, Mabel, de 62 años, que reside en Neuquén desde su casamiento. Casada, con dos hijos.

Paciente que no realiza ninguna actividad, le gusta cocinar puede hacerlo pero en general la hija prefiere dejar preparado o comprar comida. Juliana es enfermera de

quirófano y se ha constituido en su cuidadora principal, evidencia una marcada tendencia a sustituirla en decisiones (ingreso a diálisis) y actividades que podría continuar tramitando la paciente; contradictoria refiere agotamiento físico por la responsabilidad de "cuidar a la paciente" y a su hermana discapacitada, pero no pide colaboración. se la observa muy angustiada.

La situación económica familiar es muy buena, los recursos superan la satisfacción de necesidades básicas del grupo familiar y las derivadas de la enfermedad de la paciente.

La vivienda consta de 3 dormitorios, 2 baños, comedor, cocina, patio, garaje. Servicios completos en condiciones de mantenimiento e higiene adecuadas. Apoyo de empleada doméstica una vez a la semana, actualmente presenta dificultades en ejercicio de los roles propios de la etapa del ciclo vital por la que transita.

Impresión Diagnóstica

Paciente con historia de vida previa que evidencia fuerte protagonismo en las decisiones familiares, muy activa y centrada en la vida cotidiana laboral y doméstica, con marcada tendencia al aislamiento social.

Sin consecuencias orgánico-funcionales que le impidan realizar alguna actividad doméstica adecuada a limitaciones del tratamiento.

Recursos económicos. y condiciones habitacionales y sanitarias suficientes. y adecuadas.

Red social primaria con recursos informativos materiales y afectivos potenciales. Organización de cuidados deficitaria, sin soporte adecuado para contener emergentes actuales del estado de la paciente e hija discapacitada.

Cuidadora principal calificada intelectual y cognitivamente para comprender consecuencias de la enfermedad. Sobreinvolucrada. Sin registro de stress derivado de la actividad laboral intensiva (carga horaria y tipo de trabajo -quirófano-. Severas dificultades para solicitar o aceptar ayuda externa para el cuidado de su hermana discapacitada, considerar requerimientos actuales de la paciente y respetar principio de autonomía.

Plan de Acción:

- Interconsulta con Salud Mental para evaluar signos compatibles con demencia senil y capacidad de juicio crítico para rechazar diálisis.
- Apoyo a la eventual decisión de rechazo o adaptación al tratamiento en función del resultado de la evaluación del servicio de Salud Mental.
- Orientación socio familiar focalizada en:
 - Reconocimiento de los derechos de la paciente respecto del tratamiento y, proyecto de vida, vinculada a su capacidad de juicio crítico, características de personalidad y estilo de vida.
 - Generación de organización adecuada a las necesidades reales de la paciente e hija discapacitada con inclusión de miembros potencialmente disponibles de la red social.
- Control de la modalidad organizacional y funcionamiento de la dinámica familiar

Tercer Caso

Informe socio-ambiental

Motivo de Intervención: Evaluación módulo pre trasplante.

H. C.:

Fecha informe:

A. Datos Personales

Nombre y Apellido: Nélide

Fecha de Nacimiento: 25/09/32

Lugar de nacimiento: Bs. As.

Nivel de instrucción: P.I. 5º grado

Ocupación: Ama de casa

Estado civil: Casada

Obra Social: I.N.S.S.J.P

Domicilio:

Tel.:

Fecha de Radicación: 1957

Fecha de Ingreso a Hemodiálisis: 2/07/01

B Datos Grupo Familiar

B1. Grupo Familiar Conviviente

<i>Parentesco</i>	<i>Nombre y Apellido</i>	<i>Edad</i>	<i>Est. Civil</i>	<i>Ocupación</i>	<i>Salud</i>
Esposo	Raúl	67	casado	Jubilado Cortinero indep.	buena

B.2 Grupo Familiar No Conviviente

<i>Parentesco</i>	<i>Nombre y Apellido</i>	<i>Edad</i>	<i>Est. Civil</i>	<i>Ocupación</i>	<i>Hijos</i>	<i>Salud</i>
Hija	Sandra	41	Casada	Empleada en Empresa Telefónica	2	buena
Hijo	Gerardo	33	Casado	Cortinero	1	buena

Observaciones: Gustavo se desempeña en el taller del padre

C. Aspecto Habitacional

Tenencia: propia

Tipo: casa

Comodidades: 2 dormitorios, comedor, cocina, baño, patio, taller

Servicios: completos.

Observaciones: El taller de cortinados está ubicado en planta baja y la vivienda en planta alta.

D. Aspecto Económico

Ingresos: Jubilación: \$400 aprox.

Egresos: canasta familiar

Observaciones: La jubilación es de empleados del casino, otro ingreso es producto del taller, no se especifica monto.

Los ingresos cubren necesidades actuales.

Impresión Diagnóstica:

Red social mediana y heterogénea compuesta por familia de origen, nuclear, extensa y amistades. Indicadores de actividad suficientes para brindar acompañamiento vincular.

Familia continente, suficientemente informada, conciencia de situación respecto a las motivaciones y necesidades de la paciente, requerimientos actuales y derivados de una práctica de alta complejidad. Capacidad económica, cognitiva, emocional y disponibilidad para generar soporte adecuado a recursos propios y de la red.

Paciente con buen nivel de integración social. Buena adaptación a tratamiento de hemodiálisis e indicaciones médicas (dieta- medicación- actividades). Utilización adecuada de recursos institucionales y comunitarios. Actitud positiva ante la vida. Con expectativa de mantener función social.

Condiciones personales y sociales adecuadas para acceder a tratamiento de trasplante.

Cuarto Caso

Motivo de intervención: Derivación con informe socioeconómico a PAMI para ingreso al programa de "Apoyo Social" (subsidio económico).

Procedimientos:

- Entrevista con paciente en el marco del tratamiento social
- Entrevista con cónyuge para comprometerla en la gestión
- Enlace con Asistente Social de Pami: Entrevista Telefónica para solicitar cobertura e informar antecedentes.

Antecedentes:

Paciente conocido por este servicio con motivo de ingreso a hemodiálisis.

Con intervención social focalizada en adaptación a tratamiento médico, generación de soporte social y resignificación de proyecto vital.

Respuesta muy positiva, situación sociofamiliar compensada, paciente realista, con expectativa de inserción social adecuada y gradual. Acepta concurrir a SATE para ingreso a programa ETP Ejercicios terapéuticos programados (actividad física, psicoterapia grupal, orientación social para integración a la comunidad). Sin recursos económicos para afrontarlo.

Informe socioeconómico

Fecha:

A. Datos Personales

Nombre y Apellido: Jorge

Fecha de Nacimiento: 3/12/38

Estado Civil: Casado

Domicilio:

Pte. jubilado, de 64 años de edad, con limitaciones orgánico funcionales derivadas de ACV hemorrágico con secuelas psicomotrices y afasia de expresión, agudizado por la insuficiencia renal crónica. En tratamiento de hemodiálisis -frecuencia de tres veces por semana-. Junio del 2002.

Tiene buena comprensión de patología y consecuencias para la vida cotidiana.

Buena adaptación al tratamiento social e indicaciones médicas Relaciones familiares satisfactorias y soporte adecuado de la red social.

Modificaciones importantes en status laboral (jubilación), económico (cambio de rol en relación al sostenimiento del hogar) y social (pérdida de compañeros de trabajo y relación discontinua con amigos), familiar (dependencia relativa para las avd -actividades de la vida diaria-); situación agravada por ictus previo (ACV), provocando aumento en su discapacidad y disminución en la fuerza muscular de los miembros inferiores.

Actitud vital, demanda inserción social

El Grupo familiar conviviente se conforma de la siguiente manera:

Parentesco	Nombre y Apellido	Edad	Est. Civil.	Ocupación	Salud
Esposa	Elena	56	Casada	Ama de casa	Ca. de mama
Hija	Juana	30	Soltera	Empleada Judicial	buena
Hijo	Jorge	28	Soltero	Vigilancia UNMdP	buena

Su grupo familiar no conviviente se compone de:

Parentesco	Nombre y Apellido	Edad	Est. Civil.	Ocupación	Hijos	Salud
Hija	Evangelina	32	Casada	Ama de casa	4	buena

Relaciones sociofamiliares

Paciente con buen nivel de integración social previo, vínculos fuertes, relaciones satisfactorias, apoyo afectivo.

Situación económica

Vivienda propia. Jubilación en trámite. Importantes erogaciones en medicamentos, traslados para estudios y controles, mantenimiento de la vivienda y gastos personales.

Los ingresos del paciente se conforman de \$116 otorgados por AFJP Orígenes.. no cubren necesidades básicas por lo que recibe apoyo de hijos convivientes.

Agradeceré evaluación de ingreso a programa de apoyo social para afrontar costo de ETP SATE.

Quinto caso

Apellido y Nombre: Graciela

Motivo de Consulta: Demanda espontánea, en recorrida de sala. Paciente conocida por el Servicio, con intervención anterior de Lic. X. Solicita mediación para reiniciar relación interrumpida con hijo mayor a quien no ve desde hace 2 años. Reside en esta ciudad, con su pareja y dos hijos de esta unión y uno del matrimonio anterior de su mujer. Graciela no conoce a su nieto menor.

Procedimientos: Entrevista con paciente en sala.

Entrevistas domiciliarias con pte.

Entrevista con Hijo en domicilio

Pte. de 54 años, viuda, pensionada. Trabaja como empleada temporaria de Hotel Provincial hasta el cierre y posterior despido (1998). No inicio trámite jubilatorio. Vive con su hijo menor, Joaquín de 19 años, la pareja 17 a., Patricia, y el nieto de 5 meses -hijo de ambos-.

En tratamiento desde 1998, con una primera etapa de diálisis peritoneal y en hemodiálisis desde hace dos años. Tiene úlceras en todo el cuerpo, severas en ambas piernas, muy dolorosas, compatibles con enfermedad de base. Accede al servicio de Atención Domiciliaria, que se encarga de realizar las curaciones y capacitarla, actualmente se ocupa sin apoyo externo.

Deambula con dificultad y se ve francamente limitada para las actividades domésticas.

Vivienda propia, PH, dos dormitorios, cocina, comedor y baño. Servicios completos. Reúne las condiciones de espacio, mantenimiento e higiene suficientes, de los cuales se hace cargo exclusivamente la paciente.

Los ingresos económicos provienen únicamente de la pensión de la pte., ya que Joaquín se encuentra desocupado, realiza changas y Patricia no trabaja.

Enviuda inmediatamente antes del nacimiento de su hijo menor, comienza a trabajar constantemente hasta que la despiden, luego la irrupción de la I.R.C y el tratamiento posterior le impide una nueva inserción laboral.

Su historia de vida se desarrolla en el plano laboral y familiar.

Durante las entrevistas se muestra con carácter fuerte, posesiva, impulsiva, controladora, con actitudes manipuladoras. Refiere no contar con apoyo de ningún tipo, pero en una entrevista domiciliar se encuentra a Patricia cocinando. Es evidente su hostilidad fundamentalmente con las nueras a quienes responsabiliza, aún sin conocer a una de ellas, de sacarle a sus hijos.

No tiene amigos, no se relaciona con vecinos, ve frecuentemente a la hermana y sobrino y ahijado con quienes refiere un vínculo muy cercano.

En reiteradas oportunidades menciona la angustia que le provoca no tener contacto con su hijo mayor que según refiere se fue de la casa por problemas familiares, no puede dar cuenta del tipo de problemas ni de su participación.

Omar siempre se sintió rechazado, recuerda haber sufrido desde muy niño por tener que salir compulsivamente de su casa. Cuando muere su padre y nace Joaquín, él tiene 10 años; la madre decide internarlo en un hogar de menores mientras su hermano queda en la casa y al cuidado de la tía.

Da cuenta de peleas constantes, por diferencias marcadas en la atención y cuidado, que siempre se resolvían con la intervención de la madre exigiéndole que saliera de la casa. La última vez discutieron por los problemas de Joaquín para sostener el estudio y luego el trabajo y las dificultades de la madre para reconocer el excesivo cuidado y la falta absoluta de límites con su hijo menor.

Omar siempre trató de entender las condiciones adversas de su madre para afrontar la vida con dos hijos pequeños, pero la última vez que fue echado pensó que para seguir adelante con su vida debía mantenerse alejado de la casa.

Valora la familia que ha logrado armar, se siente seguro de sus elecciones, tiene proyectos familiares y personales y se siente satisfecho con sus logros.

No puede imaginar que su madre desee verlo, refiere sentimientos contradictorios, no obstante la extraña y quiere encontrarse con ella.

Impresión Diagnóstica

Paciente vulnerable, con capacidad material para afrontar crisis vitales. Conductas de autocuidado, relativamente dependiente para la vida cotidiana. Sin recursos para registrar, solicitar o aceptar ayuda material.

Conflictos familiares derivados de mecanismos de defensa muy estructurados, actitudes violentas y tendencia al aislamiento social. Centrada en sus necesidades. Sin conciencia de situación.

Hijo mayor con capacidad de comprensión, madurez emocional, recursos y disponibilidad para intentar resignificar la relación con la paciente, expectativas adecuadas.

Plan de acción

- Mediación familiar para generar un espacio de encuentro con Omar a partir de aproximaciones graduales.
- Organización familiar viable y sostenible para el sostén material: ayuda económica y apoyo para las actividades de la vida cotidiana.
- Orientación hacia la gestión de jubilación.
- Interconsulta con Salud Mental por indicadores de agresividad, ideas de perjuicio y compulsividad.

PROCESO DE APRENDIZAJE

A continuación se describe la experiencia de aprendizaje de la práctica institucional supervisada en los Servicios de Salud Mental y Unidad Renal.

Inducción

Se considera a esta etapa como el momento o la instancia donde el supervisor se encarga de aproximar al supervisado a la realidad institucional donde se insertará y a la complejidad de la problemática a abordar. Es por medio de esta instancia que el supervisado comienza a familiarizarse con la institución donde realizará su práctica preprofesional y donde logrará progresivamente ir teniendo una noción generalizada sobre los diversos pasos a seguir en su intervención social.

A este momento se lo relaciona con la etapa denominada por Reynolds (2) como “De la conciencia agudizada de uno mismo, cuyo ejemplo clásico es el temor a lo desconocido”; considerando que toda persona frente a una situación nueva experimenta una sensación de temor ante lo desconocido. Esto sucede desde el comienzo de la relación de supervisión.

El primer contacto con la institución fue en el mes de diciembre del 2001 con la Jefa del Servicio Social, Lic. Josefina Pereyra. En ese momento planteó la posibilidad de hacer la práctica en el Programa de Adolescentes Crónicos. Luego de varias entrevistas, nos solicita que elaboremos un marco conceptual y un texto integrador del mismo, del cual surja nuestra visión del Trabajo Social. Este informe lo presentamos el 7 de Febrero, como habíamos acordado. En el mes de Marzo, se jubila y nos contacta con la Lic. Beatriz Castellanos –en vacaciones- profesional a cargo de la coordinación del programa de pasantías y residencias. Hasta mediados de Mayo no asistimos formalmente a la institución, fecha en la cual el convenio habilitaba la práctica preprofesional.

En calidad de observadoras participantes recorrimos el Hospital para conocer sus instalaciones. La supervisora presenta a todas aquellas personas que pudieran ser informantes calificados: enfermeras, secretarias, médicos, guardias, etc.

Gradualmente fuimos aproximándonos a los documentos, memorias, página de internet del Hospital, procedimientos de rutina, protocolos y recursos de la matriz

institucional; entre otro el uso del teléfono (internos, pasar radios, llamadas, parlantes, etc), cómo pedir en archivos las historias clínicas, cómo se hacen las interconsultas, cómo acceder a la biblioteca, estadística, Fundación Médica.

Esta información, más los datos que fuimos obteniendo durante el año, nos fue facilitando la deconstrucción, construcción y reconstrucción de la institución sede que, junto al registro del marco académico, fue configurando el encuadre institucional de nuestra práctica

Posteriormente observamos los servicios donde se localiza la practica a través de las técnicas prevalentes: auditoría de Historias Clínicas, entrevistas domiciliarias, de consultorio externo y de internación con la Lic. Beatriz Castellanos, que trabaja con la dimensión individual familiar, en el área de Salud Mental; y con la Lic. Ma. Cristina Álvarez, que trabaja con la dimensión individual familiar en el servicios de Unidad Renal y además con las dimensiones grupal y comunitaria en el Servicio de Medicina Preventiva,..

Las supervisoras dejan la elección de los servicios a criterio de las alumnas. Han creado un ambiente psicológico adecuado; y comprendido la ansiedad normal ante lo nuevo. Transmitieron seguridad y confianza respetaron nuestros tiempos y brindando soporte informativo teórico-técnico adecuado y apoyo. Facilitando, a través del estudio de casos, una primera aproximación al proceso metodológico y al reconocimiento del sistema institucional vinculando la atención dimensión individual familiar al campo problemático de la salud, el trabajo interdisciplinario y la valoración exógena y endógena de la especificidad profesional.

Inserción.

Entrando en esta etapa el supervisado ya cuenta con una visión generalizada de la institución, de la problemática a abordar, del cuadro hipotético de problemas y del cuadro hipotético de recursos; así como de los instrumentos adecuados para singularizar cada situación. Por ello, comienza a insertarse en la realidad observando el accionar de un profesional calificado y su propio funcionamiento, tratando de aprehenderla participando de la vida cotidiana institucional.

Se considera que dentro de esta instancia se encuentra la etapa que Reynolds denomina "nadar o ahogarse", ya que en este momento el supervisado se siente

inseguro, confuso ineficiente, improductivo. Va haciendo experiencia, superando miedos y ansiedades. A medida que es interpelado por la realidad, problematizado, evaluado, y confirmado va tolerando la incertidumbre, entendiendo que nunca se llega a “contar con todos los elementos” y adquiriendo seguridad y capacidad intelectual, cognitiva y emocional en su propia mirada.

Es conveniente desde el principio utilizar a la supervisión como la instancia donde se pueda realizar una interrelación entre teoría y práctica para que el estudiante pueda analizar e interpretar críticamente su accionar.

Consolidación. En esta etapa, el alumno ya está en condiciones de comenzar a realizar su intervención en forma autónoma. Pero siempre teniendo en cuenta que puede contar con la orientación del supervisor. Es así como comenzará poco a poco a intervenir en los casos sociales. Se considera que en este momento confluyen dos etapas planteadas por Reynolds como son: la etapa de “comprender la situación sin ser totalmente capaz de manejarse en ella” y la del “dominio relativo en la cual uno puede comprender cómo manejar la propia actividad en el arte por aprender”. Se destaca la participación de ambas, porque en el inicio de la etapa de consolidación, el supervisado comprende de qué se trata y qué se espera de él, pero su capacidad de hacerlo es despareja todavía. Es por eso que debe comenzar a hacer diversas actividades en forma progresiva; para luego poder realizar una crítica constructiva con su supervisor e ir afianzando sus conocimientos adquiridos para el abordaje de la problemática, llegando a la fase donde el propio supervisado pueda criticar su enfoque y cambiarlo si la situación lo exige.

Cierre del Proceso. Si bien la evaluación se ha vivido como una instancia continua, es en este momento donde se cree oportuno la realización de un trabajo de síntesis a través de una evaluación bidireccional -por parte del supervisado, por parte del supervisor y de ambos -para poder elaborar un análisis autocrítico a cerca del modo en que fue vivido su proceso de practica y cuales son las fortalezas y dificultades teórico-técnicas y actitudinales. Como parte de todo proceso que culmina el supervisado, deberá elaborar su miedo a la pérdida y/o

continuar un ejercicio profesional sin guía permanente. Es por eso que se relaciona a este momento con la etapa de Reynolds "aprender a enseñar lo que se ha dominado" ya que se concibe que la tarea del supervisor en esta etapa estará centrada básicamente en la evaluación del proceso y del contenido (rendimiento) del estudiante a su cargo, contribuyendo a su autonomía, señalando tanto sus habilidades como el alcance de sus dificultades.

Proceso de aprendizaje en el Servicio de Salud Mental:

Inserción: El día 13 de mayo de 2002 la alumna comenzó a asistir periódicamente al servicio asignado. Se realizó la presentación a profesionales (equipo de salud mental) como no profesionales (secretarías). Se acordó con la Lic. Castellanos el desempeño de la labor se realizaría de lunes a jueves de 8 a 12 y hs y viernes de 8 a 16hs.

En un primer momento se llevó a cabo la observación no participante de las intervenciones propias del servicio de salud mental, (por consultorio externo, internación, domicilios).

Luego de haber transcurrido una semana de inserción en el servicio, la alumna comenzó a intervenir con cierto grado de autonomía (ej: realizar entrevistas en internación, en presencia de la supervisora). Tomando como referencia a lo que Perlman expresa..." aprendemos las cosas haciéndolas".

Ello posibilitó no solo lograr un conocimiento de los procedimientos cotidianos de la institución y los conocimientos respecto de la intervención social, sino también atravesar la etapa de "nadar o ahogarse" con mayor solidez, al momento de pensar la intervención. Además, la actitud adoptada por la supervisora llevó a la alumna a analizar e interpretar críticamente su accionar y animarse a los nuevos desafíos que llevan a una intervención intencional y sistematizada.

Diariamente se realizaba, junto a la Lic. Castellanos, el espacio de supervisión individual, de manera formal (programada, luego del final del día) e informal (durante la auditoría de historia clínica, etc).

Además, se realizaban semanalmente, la supervisión grupal, con las otras residentes, la cual se llevaba a cabo en un consultorio de Servicio Social.

Consolidación: Gradualmente, la alumna comenzó a realizar su intervención de forma autónoma. Bajo la supervisión permanente de la Lic. Castellanos.

El nivel de autonomía se evidenció durante el procedimiento de la rutina diaria en el servicio de Salud Mental, en el cual se realiza una participación activa en los ateneos, pase de sala, etc. es decir al intervenir en los casos que les eran asignados. Además, del pedido de alguno de sus integrantes en participar en una reunión del comité de bioética, en relación a una paciente atendida por el servicio. De esta manera se observa una clara concepción de la residente respecto a las implicancias del trabajador social en el equipo interdisciplinario.

En lo que respecta al equipo, comenzaron a derivar casos de manera gradual. El nivel mas alto de autonomía se alcanzo en el mes de noviembre de 2002, debido a que , por razones personales, la Lic. Castellanos entro en periodo de licencia.

Esto llevo a que la alumna analice críticamente su accionar, en relación con la especificidad profesional, el nivel de compromiso tanto con el paciente y su red, así como también con el Servicio de Salud Mental y el Servicio Social.

A partir de allí, tomo a su cargo los pacientes del servicio que requerían intervención social, interconsultas de otros servicios según el sector establecido de la Lic. Castellanos (sector B) y derivaciones de otros servicios (ej: pediatría).

La atención de pacientes, se desarrollaba tanto en el sector de internación, como consultorio externo programado (miércoles de 8 a 12 y viernes de 12 a 14hs).

Debido a la demanda de pacientes, la carga horaria de la alumna se extendió, a criterio de la misma.

Durante todo el periodo, recibió orientación y asesoramiento tanto de la jefa del servicio social, como del resto de sus integrantes. Contando además, con el apoyo del servicio de salud mental.

Cierre del proceso: Esta etapa nos orienta a realizar una autoevaluación de manera critica respecto del proceso de practica.

Respecto a elaborar el miedo a la perdida-continuar el ejercicio profesional sin guía permanente de la supervisora, es importante señalar que la alumna vivencio este momento en el mes de noviembre, al tener que evaluar tanto sus habilidades

y dificultades respecto del alcance en la intervención. A fin de intervenir desde una actitud profesional, no solamente desde la concepción de alumna.

Esto contribuyo gradualmente a su autonomía antes del tiempo que normalmente se alcanza (fin de la residencia).

Ahora bien, respecto a la etapa de “aprender a enseñar lo que se ha dominado”:

- la residente realizo una síntesis y elaboración de sus miedos con la integrantes del Servicio Social, al igual que con las otras residentes, así como también, algunos integrantes del Servicio de Salud Mental.
- repercutió en que no tuvo la experiencia de observar la actuación preprofesional de otra residente al momento de explicar y enseñar su modalidad de trabajo no lo pudo realizar porque no ingreso una nueva residente al servicio.
- el ingreso de las residentes al Servicio de Unidad Renal (junio de 2003), no coincidió con el egreso de las residentes del 2002.

Proceso de aprendizaje en el Servicio de Unidad Renal:

Inserción: El día 13 de Mayo, la residente comienza a asistir al servicio asignado. El horario acordado con la Lic. Ma. Cristina Álvarez, es de lunes a viernes de 9 a 13 hs. En un primer momento, la supervisora realiza la presentación al equipo de salud y miembros del servicio: médicos, enfermeros, psicólogo; secretarias, mucamas y personal de mantenimiento. Se realiza la observación de entrevistas en sala, consultorio externo, domicilio e internación.

Gradualmente se van conociendo las expectativas de la función del Servicio Social en Unidad Renal, los procedimientos de rutina, la dinámica del servicio, entre otros. Se comienza con intervenciones en sala y en domicilio (Por ej. la realización de informes de ingreso a hemodiálisis, en presencia de la supervisora), que refuerzan los sentimientos de seguridad, y paulatinamente se va logrando mayor autonomía en la intervención, etapa denominada por Reynolds como “nadar o ahogarse”. Los sentimientos normales de temor, angustia, dudas, etc fueron trabajados, junto con las intervenciones realizadas, en las sesiones de supervisión. Facilitado por la buena relación establecida con la supervisora. A su vez, se realizan semanalmente la supervisión grupal, junto a las otras residentes y la Lic. Beatriz Castellanos

Consolidación: La etapa de inserción permite conocer el ámbito de intervención: estructura, dinámica, procedimientos, etc. ; y a su vez comprender la expectativa con respecto a la residente. Esta etapa facilita la intervención eficaz, al comenzar a intervenir con casos sociales, siempre teniendo la referencia de la supervisora. Gradualmente, la residente fue obteniendo autonomía en la intervención. Si bien se contó con el contacto permanente con la supervisora, esta autonomía fue prematura, debido a la carga horaria que la supervisora tiene asignada al Hospital. Asistiendo a la mañana sólo los martes, por lo que éste era el día que coincidía con la concurrencia de la residente. Por este motivo, es que también se extendían algunas jornadas de residencia durante la tarde, para realizar la supervisión de la intervención. En todo el proceso de aprendizaje, se contó con el apoyo, contención y orientación de las demás integrantes del Servicio Social.

Durante esta etapa se fortaleció la relación con la Lic. Álvarez, ya que facilitó un espacio de supervisión basado en el diálogo, el respeto, el desarrollo de las potencialidades y la crítica constructiva, la cual es más fácil de aceptar en esta etapa, en la que se es capaz de comprender la situación y ha disminuido la tensión inicial.

Las supervisiones grupales fueron de gran utilidad, durante todo el proceso, ya que permite además de las funciones propias de la supervisión, compartir experiencias que enriquecen el aprendizaje, y además es un importante espacio de contención.

Durante esta etapa se observan modificaciones positivas con respecto a la intervención social en Unidad Renal. Las mismas son producto de la presencia constante de la residente en el servicio, y la eficacia de la intervención, lo cual provocó paulatinamente mayor seguridad en la intervención.

Cierre del Proceso: Si bien la supervisión es un proceso de evaluación permanente, esta etapa coincide con el final de la residencia. El cierre se realizó junto a la supervisora y una de las residentes. La supervisora creó un espacio que favoreció un feedback positivo, tanto de su parte como de las residentes. Permitió un análisis de la implementación de la residencia en el servicio; de las potencialidades y habilidades de la residente; y los aspectos a mejorar. La

residente a su vez, realizó una autoevaluación de su proceso de práctica. El término de la misma no coincidió con el ingreso de las nuevas residentes, por lo que el acompañamiento en su proceso de inserción no pudo ser efectuado.

TERCERA PARTE
ANÁLISIS DE LOS
DATOS

TERCERA PARTE: ANALISIS DE LOS DATOS

1. Encuadre institucional de la residencia

En este apartado se analizan las dimensiones que dan encuadre a la residencia de pregrado: sistema de practica preprofesional, Hospital Privado de Comunidad, y los servicios de Salud Mental, Unidad Renal y Servicio Social.

El sistema de práctica preprofesional

La residencia -segunda instancia de acercamiento al problema objeto de intervención profesional- es vivenciado como “el verdadero escenario de práctica” ya que su ubicación en la currícula: quinto año y último nivel de práctica, por un lado brinda elementos desde la coherencia lógica entre la metodología implementada (4°) y la práctica institucional (5°) y por otro, progresión a la confrontación con la vulnerabilidad y sufrimiento social percibida en los sujetos colectivos en la comunidad y los sujetos individuales en la institución. Se considera que este hecho facilita la síntesis teórica practica de los contenidos curriculares necesarios, la flexibilidad metodológica, la profundización del autoconocimiento y un mayor nivel de autonomía. Así mismo favorece el proceso de madurez emocional necesario para sostener la intervención contribuyendo a la construcción del perfil profesional y permitiendo reconocer la especificidad del Trabajador Social en el abordaje de los casos en el ámbito institucional. Respecto a las intervenciones colectivas se registra progresión adecuada tanto en las experiencias que posibilitan la confrontación gradual con la vulnerabilidad y sufrimiento social así como en la asignación de roles funciones (observador-coordinador-planificador).

No obstante dicha progresión no guarda coherencia en la organización de la currícula ya que las asignaturas teórica-metodologica por su ubicación no alcanzan a brindar los contenidos mínimos suficientes y necesarios para abordarla. Por ejemplo se ingresa a los proyectos comunitarios en 2° año y se cursa Metodología de Comunidad en tercer año no facilitando una adecuada integración teórico practica de acuerdo al nivel de intervención preprofesional.

Si bien el proceso de supervisión es vivenciado en todos los niveles de práctica preprofesional, es en quinto año donde el alumno aprende las implicancias conceptuales del mismo, a través de la cátedra de Supervisión. Proporcionando mayor claridad respecto de la expectativa recíproca docente-alumno en relación con el cumplimiento de los objetivos.

La supervisión académica supeditada a dos instancias áulicas grupales numerosas (60 estudiantes): una clase teórica magistral y un taller de intercambio de experiencias semanales, queda acotada a la dimensión administrativa. La dimensión educativa de los aspectos teórico, metodológicos y actitudinales de la intervención profesional es un espacio vacante que priva al estudiante del soporte necesario para la gestión del caso, mejores niveles de inserción institucional, adecuada sistematización de la experiencia. Este hecho no posibilita la oportunidad de captar la especificidad y la convergencia disciplinar y tiene consecuencias directas en la identidad del futuro profesional, la representación social de la profesión y la superación del rol subsidiario asignado.

La evaluación académica integra el examen final (oral) y un informe anual solicitado al supervisor de campo donde no están suficientemente clarificados los criterios ni para el supervisor de la institución sede ni para el estudiante que vive esta instancia con mayor incertidumbre, ansiedad, temor constituyéndose en un estresor externo que incrementa el registro de impotencia y aumenta su confusión en relación al ejercicio del rol profesional.

Desde la experiencia vivenciada, el Programa de Residencia del Hospital Privado de Comunidad permite a las alumnas visualizar la totalidad del proceso de atención en todos los aspectos (niveles de intervención, objetivos y ámbitos).

Es a través de:

- la presencia cotidiana en la Institución,
- la referencia de un modelo de intervención adecuado a la función social de la misma y la problemática de dicho campo,
- la focalización de un objetivo accesible, que las residentes tienen la oportunidad de conectarse con la complejidad.

Las pone en contacto con un *número de casos significativos*, con todos los

profesionales, técnicos y personal involucrado en la contención, con las *características generales de la problemática*, con la *particularidad expresada en cada situación*, con un *modelo de intervención adecuado* a la función de la institución y con la *visualización del proceso metodológico* en todas sus etapas, en definitiva le da encuadre.

La residencia vivenciada por las alumnas, es una práctica sistemática e intencional que da encuadre a la intervención preprofesional. Desarrollada a través de un modelo implementado por la supervisora de campo (Lic.Castellanos).

La supervisión profesional se desarrolla bajo la modalidad individual y grupal. Este espacio integra los tres tipos de supervisión los cuales se aplican complementariamente (administrativa, de apoyo y educativa) favoreciendo de esta manera, el proceso educativo y operativo de la alumnas. Otro aspecto a considerar es el papel que ocupa la relación supervisora - supervisada en este proceso, la cual impacta en el nivel de autonomía que se pretende alcanzar.

La modalidad de Supervisión académica y profesional tiende a favorecer el proceso de aprendizaje del alumno en la medida que exista una coherencia lógica en sus contenidos.

Otro aspecto a considerar, es que, en la práctica no existe un acercamiento real entre el supervisor académico y el de campo, que permita conocer el alcance de la intervención profesional (respecto del paciente, la problemática y la institución), así como también, el cumplimiento de los objetivos establecidos por la cátedra.

La importancia de conocer la matriz institucional del Centro de práctica radica en visualizar las posibilidades reales de los alcances profesionales para la atención individual-familiar.

La misión, función y objetivos de Hospital Privado de Comunidad refieren a un concepto de atención médica integral en la promoción, protección y recuperación de la salud con mención de "profesiones complementarias". Se explicita un modelo que hace eje en la atención a través de servicios médicos integrales y la articulación de los mismos en red; en la promoción de la investigación y la formación técnico-científica; en la ejecución de programas de

docencia –particularmente residencias en diversas especialidades y en el funcionamiento de comités profesionales

El concepto de complementariedad en la atención integral no trasciende la formulación ideal ya que no se visualiza una real co-presencia de las “disciplinas complementarias”, quedando subordinadas a la hegemonía médica. En la realidad actual ya nadie discute que la variable social es altamente condicionante de la aparición, prevalencia y cronificación de la enfermedad.

En el caso que nos ocupa la atención simultánea del eje médico y social no está contemplada, basta con visualizar la planta profesional permanente que aparece en la página web, para identificar la relación entre profesionales médicos y profesionales de otras disciplinas y asistentes sociales. La relación negativa se agudiza entre profesionales médicos y asistentes sociales.

Si se toma en cuenta por ejemplo que terapia ocupacional y psicología - por nombrar dos disciplinas convergentes del servicio social- están integradas a los servicios de Rehabilitación y Salud Mental respectivamente; la relación con la demanda refiere a la demanda atendida por dicho servicio. No sucede así con el Servicio Social ya que su modalidad de inserción hace que la relación esté directamente vinculada a la demanda total que se genera en todo el Hospital.

Respecto a la ejecución de programas de docencia en particular residencias de diversas especialidades se constata la misma situación, ya que la única profesión que tiene residencia es Psicología.

En los comités se constata una ausencia significativa de Servicio Social. Tomamos por ejemplo algunos multidisciplinarios que funcionan regularmente con presencia de TO y psicólogos. Tal es el caso del comité de aprendizaje.

Como anteriormente mencionamos, la atención simultánea del eje médico y social no está contemplada en la institución. La opción personal de nuestras supervisoras de trabajar por especialidad en lugar de sector de internación favoreció nuestra asignación a los servicios, una mejor integración con el equipo de salud y la visualización de las diferentes modalidades de trabajo – intradisciplinario (Servicio Social) multidisciplinario (Unidad Renal) e interdisciplinario (Salud Mental).

Esto posibilita conocer las características de los Servicios de Salud Mental y Unidad Renal: estructura, enfoque terapéutico, trabajo en equipo y concepción del rol profesional. Como también, comprender las características del Servicio Social hospitalario respecto de la elegibilidad, función, eficacia y eficiencia. Para ello es preciso efectuar un análisis del mismo teniendo en cuenta las siguientes dimensiones: finalidad y objetivos; modalidad operativa; dinámica del servicio, ámbitos de intervención; sistema institucional; residencias de pregrado.

Con respecto al Servicio de Salud Mental: en cuanto a *su estructura*, se observa que la forma de organización del servicio posibilita una adecuada intervención biopsicosocial del paciente. En cuanto a los esquemas terapéuticos una su visión integral de la salud mental. Resulta evidente la preocupación por la capacitación profesional, y la prioridad en el aprendizaje de los residentes de manera gradual y acompañado por profesionales de staff. Los residentes cuentan con un espacio de estudio bibliográfico, reflexión y análisis como parte de su formación y capacitación también ofrecido y tomado por la pasante de Servicio Social

La cantidad de miembros del equipo no es suficiente para cubrir la demanda total de pacientes internados. Esto muestra un aspecto significativo de la representación social del servicio en la institución, evidenciado en el programa de residencias, el cual establece el ingreso de residentes de psicología y de psiquiatría cada dos años.

Respecto al *enfoque terapéutico*: Mantiene una orientación psicodinámica. Complementa su abordaje, con el enfoque socioclínico de redes naturales aplicado por la Trabajadora Social. Permitiendo que se implementen diferentes modalidades operativas, relacionadas con la intervención en el ingreso del paciente al tratamiento.

Respecto al *trabajo en equipo*: se caracteriza por ser interdisciplinario. La coordinación e integración de los profesionales de las diversas disciplinas favorece un abordaje eficaz. El liderazgo, si bien está determinado (jefe del servicio), no ocasiona diferencias jerárquicas, favoreciendo la toma de decisiones conjuntas.

En lo relacional, la buena comunicación permite una adecuada socialización de las intervenciones generadas durante las fases del tratamiento.

Respecto a la *concepción del rol profesional*: se evidencia una representación social adecuada de la especificidad del rol.

La estructura del servicio de Unidad Renal se adecua a la demanda existente. Mantiene estamentos donde la figura clave es el médico, con una comunicación verticalista entre el equipo profesional (enfermeros - jefe de servicio - profesionales no médicos - secretarias - mucamas). El acceso al servicio es restringido, tiene clave de acceso para el ingreso al mismo, la que es de conocimiento por el personal que allí se desempeña. La capacitación profesional es sostenida y favorecida desde la jefatura del servicio como un elemento de importancia.

Respecto al Enfoque Terapéutico: Los principios fundantes de Unidad Renal se sustentan en un enfoque bio-ecologista, las dimensiones psíquicas y sociales aparecen como aspectos secundarios en el sostenimiento de la salud. El equilibrio dinámico abarca un campo limitado a los aspectos mencionados e insuficientes para dar cuenta de la complejidad y de los procesos sociales involucrados.

Respecto al Equipo de Trabajo: En función del enfoque utilizado, el abordaje implementado es multidisciplinar. No se realizan reuniones de equipo periódicas, de efectuarse sólo la integran los enfermeros y médicos y generalmente surgen por alguna eventualidad en la atención al paciente y que perjudique el funcionamiento del servicio. Dadas las características del servicio, existe informalidad en las relaciones entre profesionales y entre algunos de éstos y los pacientes, estableciéndose entre el médico y el paciente una relación paternalista, debido a la periodicidad y duración con la que asisten los pacientes al servicio. Esta misma intensidad en las relaciones se visualiza con personal de enfermería.

Concepción del rol profesional: Las derivaciones al Servicio Social se realizan fundamentalmente en forma verbal, y por motivos puntuales, generalmente relacionados con la gestión de recursos. La decisión de ingreso a

hemodiálisis la toma el médico, sin evaluación social ni psicológica salvo excepciones. Este trabajo a demanda se debe principalmente al breve tiempo que la Trabajadora Social tiene asignado al servicio (5 hs semanales), y a las dificultades en los canales de comunicación entre los diferentes profesionales, produciéndose un desconocimiento del alcance de la intervención social, es de destacar que por la modalidad operativa que desde la supervisión del servicio social se instaló desde el inicio de nuestra residencia se observan situaciones de cambio en este punto,

El Servicio Social del Hospital Privado de Comunidad, ha desarrollado suficientemente finalidad, objetivos y criterios de intervención. Si bien la finalidad de promover organizaciones continentales hace referencia a la generación de sostén social, no adscribe un enfoque teórico ni metodologías comunes explícitas.

En la finalidad y objetivos convergen algunas actividades pautadas normativamente y otras por criterio profesional, por lo que podemos inferir una perspectiva ecléctica tanto para definir la realidad como para intervenir en ella.

No tiene programas propios, se integra a programas elaborados por otros servicios tales como Pades, Atención Domiciliaria, Promoción de la salud, y por la oficina de personal Ayuda Alimentaria.

Consideramos que la pérdida de los espacios creados (Comité de ética, Programa de Adolescentes con enfermedades crónicas) manifiesta la diferencia de criterios valorativos de la práctica profesional, entre quienes ocupaban esos cargos y la Jefa del Servicio. Evidenciado en no efectuar un pedido formal para el mantenimiento de los mismos. No obstante a ello, los integrantes de dichos espacios, tampoco efectuaron ningún pedido formal para cubrir los cargos vacantes.

El liderazgo (jefa del servicio) se desarrolla con un estilo de coordinación por objetivos fundamentalmente de tipo administrativa. Si bien existe momento y lugar formalizado para la reunión de equipo (días jueves de 14 a 16 hs. Consultorio 7 Servicio Social), las asistentes sociales refieren que el espacio está destinado a la discusión y consulta de casos y socialización de información. No se

ha podido evaluar directamente (los residentes no participan) la motivación, interés y disponibilidad y obstáculos; la sistematización de recursos e intervención, ni la necesidad de un espacio de supervisión educativa formal.

Respecto a la relación vincular entre sus miembros, se visualiza un adecuado funcionamiento en los canales de comunicación, favoreciendo así, el ambiente laboral.

La organización en ámbitos de intervención (consultorio externo, internación y urgencias) posibilita una atención eficaz respecto de la demanda total.

Respecto al fichero de recursos (hogares geriátricos- acompañantes domiciliarios) no se ha logrado sistematizar una base de datos actualizada que facilite su adecuación efectiva y eficiente en la gestión del caso.

La residencia de pregrado esta a cargo de una integrante del equipo. Se observa diferencia de criterio respecto de la valoración e implementación de la misma. Además, falta de interés de elaborar un programa de residencia de postgrado.

2. Metodología de la Intervención

En este apartado se analizan las siguientes dimensiones: Modalidad Operativa Referencial, y Modalidad Implementada durante la residencia en los servicios de Salud Mental y Unidad Renal.

Consideramos que la importancia de dimensionar el problema a la hora de realizar la investigación, radica en que permite distinguir los datos significativos de una amplia gama de información, descubrir la singularidad de "esa situación" y orientar las hipótesis operativas adecuadas a la realidad concreta de las personas involucradas

Respecto a la Modalidad Operativa, el Servicio Social está dividido por sectores de intervención. Implementa un abordaje multidisciplinario. Esto puede generar diferencias respecto a la interpretación de la situación, y por consiguiente en la implementación de estrategias.

Dentro de este tipo de abordaje, el acceder a los casos a través de la interconsulta medica y/o informantes calificados (no protocolizada) no facilita la

comunicación con el servicio médico interviniente. Este hecho genera que las derivaciones al Servicio Social sean generalmente realizadas, en pacientes internados, una vez que éste, se encuentra en condiciones de alta médica, y en pacientes en tratamiento ambulatorio, cuando la urgencia de la situación así lo requiera.

Se reconoce que la atención profesional respecto de la demanda es eficaz ya que cumple con los objetivos propuestos por el servicio, considerando la demanda total, en relación con el personal que cuenta.

A pesar de ello, desde la práctica preprofesional, se visualiza falta de interés para la creación de nuevos espacios, que posibilite la integración profesional en equipos interdisciplinarios. Esto favorecería una mirada totalizadora de la situación problema, y repercutiría en la representación social del Servicio en la Institución.

El único sector que realiza un trabajo interdisciplinario (hasta mayo de 2003) es el de Salud Mental, provocando un impacto positivo. Esto se evidencia en las derivaciones de pacientes tanto desde el interior del equipo como de otros servicios.

Respecto a la función del Servicio Social, existe un mismo criterio debido a la formulación de objetivos comunes. Tanto el modelo de intervención implementado por este servicio, como el criterio respecto del procedimiento metodológico, son heterogéneos.

No hay un espacio de supervisión profesional, que permita una adecuada sistematización y evaluación de los aspectos de conocimiento, que fundamenten la intervención, promoviendo la eficiencia profesional (vinculo profesional-paciente, orientación, asesoramiento, etc).

Con relación al "Programa de Residencia de pregrado", el modelo operativo del Servicio Social del HPC, posibilita la inserción a la vida cotidiana del servicio, a pesar de ello no logra la incorporación de las alumnas a las reuniones de equipo. Consideramos que, participar activamente en dichas reuniones permitiría, enriquecer el proceso de aprendizaje, a través de la observación del

funcionamiento real en la gestión del caso, desde las diferentes miradas teórico-metodológica de sus integrantes.

Como mencionamos a lo largo del trabajo, las residentes tienen una perspectiva teórica común, su trabajo no está organizado por sector de internación sino por inserción en los servicios. Esta manera de insertarse, posibilita conocer las características de la problemática que motivan la intervención del Trabajador Social. Dicho conocimiento es un aspecto constitutivo de la configuración del perfil profesional. Consideramos que tiene valor metodológico, en el marco de una intervención intencionada y direccionada, llegar a la definición del problema tal cual afecta a la persona, (considerando su singularidad) sin tener en claro desde dónde y qué mirar y mucho más aún orientar una acción determinada como parte de una estrategia viable (qué vamos a hacer y cómo).

La Modalidad Operativa llevada a cabo por las residentes se realiza teniendo en cuenta la estructura, dinámica y funcionamiento de los servicios.

La intervención social, en el Servicio de Salud Mental, se realiza en el sector de internación y en consultorio externo.

La intervención con pacientes agudos, representa un periodo de corta duración en el que el tratamiento (médico) está centrado en compensar el estado crítico, orientando el tratamiento ulterior y así efectivizar el alta médico-social en las mejores condiciones posibles.

La intervención con pacientes por consultorio externo, se realiza según el contexto de intervención (información, orientación, tratamiento). Provocando un impacto en el paciente respecto a:

- La atención integrada e integral del paciente y su red sociofamiliar.
- El reconocimiento de un objetivo en común vinculado a la mejor calidad de vida y la consideración de los aspectos bio-psicosociales y culturales que la condicionan.

El equipo de Salud Mental desde lo operativo posibilita:

- La atención integral del eje médico-social- psicológico.
- El Intercambio recíproco respecto de la particularidad del paciente en:

1. Situación médica y social del paciente: diagnóstico, pronóstico y tratamiento, fecha probable de alta médico-social, organización social pos-alta.
2. Planeamiento conjunto del esquema de tratamiento del egreso hospitalario del paciente.
3. Acceso a la Red familiar-social, tanto en internación como por consultorio externo. Posibilitando efectuar el estudio social, el cual es socializado posteriormente al resto del equipo.
 - Intercambio recíproco de conocimiento respecto de las implicancias médico-sociales del paciente con padecimientos psíquicos.

Desde lo relacional: posibilita

- El periodo de inserción al servicio de manera adecuada.
- La integración favorable respecto de la dinámica y funcionamiento.
- Comunicación horizontal con todos los integrantes del equipo, sin distinción de nivel jerárquico (relación médico-residente de servicio social).

En cuanto al rol de la residente: se observa una adecuada concepción de la especificidad profesional. Conociendo que la operatividad de la residente forma parte de la práctica preprofesional, se visualiza confiabilidad del quehacer profesional, representado a través de la derivación de casos.

El trabajo de la residente en internación, posibilita el contacto con otros médicos (jefes y residentes: pediatría, obstetricia, etc). Generando la derivación de casos (algunos no psiquiátricos) de manera protocolizada y/o señalamiento verbal.

La intervención social en el servicio de Unidad Renal se realiza con *pacientes crónicos* en tratamiento ambulatorio. El abordaje multidisciplinario que se efectúa no favorece la integración de todos los actores sociales comprometidos en la intervención compleja que esta patología impone, la ausencia de reuniones de equipo que permitan establecer objetivos comunes, impiden el abordaje integral del sujeto social. Si bien desde el servicio social se sostiene una mirada integral del hombre al observar al hombre y el mismo es limitado para lograr la efectividad de la intervención en su totalidad. Podemos dar cuenta que los objetivos

propuestos por la intervención en el servicio son alcanzados pero estos no son suficientes si lo que buscamos es el bienestar total del hombre.

En cuanto a la concepción del rol de la residente, la incorporación al servicio de Unidad Renal, permite iniciar un proceso de modificación de los componentes instituidos a partir de la inserción en la cotidianidad del funcionamiento de dicho servicio. Esto permite que la intervención social de la residente sea reconocida por el resto de los miembros del equipo, evidenciado en el tipo y cantidad de demanda requerida. (Por ej. Solicitar intervención social antes de iniciar tratamiento de HD) Es de destacar que la presencia permanente favorece el elemento contenedor especialmente de los enfermeros

Con respecto al equipo, desde lo operativo, se logra una socialización constante entre la residente y los miembros del equipo, acerca de los aspectos médicos, sociales y psicológicos del paciente.

Se valora la evaluación de la residente respecto de la red familiar y soporte social.

Desde lo relacional, posibilita:

- La integración al equipo de salud.
- Comunicación horizontal y fluida con todos los integrantes del equipo

3. Proceso de Aprendizaje

Como ya señalamos en el análisis de la práctica institucional, el sistema de residencias de pregrado contempla una supervisión académica y una supervisión de campo, que orienta el proceso de aprendizaje.

La supervisión académica se efectúa durante el ciclo lectivo que comprende los meses de Marzo a Diciembre, produciéndose un desfasaje con el tiempo en que se desarrolla la supervisión de campo (Mayo del 2002- Mayo del 2003).

Considerando las etapas del proceso, las alumnas vivencian diversas situaciones (temor, ansiedad, inseguridad, etc) que requieren del apoyo y orientación del supervisor académico y de campo, lo cual lleva a fortalecer la madurez emocional. De acuerdo a la experiencia de las alumnas, no existió un adecuado acompañamiento desde la cátedra durante el mencionado ciclo lectivo,

ya que el mismo quedó sujeto a una supervisión administrativa, sin considerar las necesidades propias del aprendizaje. A su vez, no se estableció ningún criterio de supervisión académica durante los meses comprendidos entre Diciembre del 2002 y Mayo del 2003. Por lo tanto, la supervisión quedo reducida a la efectuada en el Centro de Práctica.

En relación con lo vivenciado durante la residencia, consideramos que uno de los factores mas importantes que posibilitaron el logro de un alto nivel de autonomía en la intervención fue la presencia cotidiana en la institución. La carga horaria exigida por el Programa de Residencias del HPC corresponde a 20 hs semanales, que en la practica se debió incrementar a 30 hs (aproximadamente) de acuerdo a las demandas de cada servicio. Esto evidencia claramente que superan las exigidas por la cátedra (12hs).

Otro factor que favoreció la autonomía, es la operatividad implementada por las residentes en el procedimiento de rutina de cada servicio. Se considera que al no contar con la presencia permanente de las supervisoras (ya sea por encontrarse con licencia o bien acudir en diferente horario al de la residente), la misma favoreció la adecuada consolidación en la intervención. Este factor provoco, a su vez, falencias en cuanto a la supervisión individual (cotidiana) que facilitara una auto evaluación de la practica sistematizada e intencional, desde la condición de alumno.

Es importante destacar el apoyo emocional y orientación administrativa brindada por los miembros del equipo del Servicio Social y de los respectivos servicios (Unidad Renal y Salud Mental).

Se considera también, que la residencia posibilita visualizar la integración de los diferentes aspectos que hacen a la resolución del problema: la complejidad de la naturaleza del problema, el impacto en el paciente y su red social, la metodología operativa del Trabajador Social, y el encuadre institucional.

CUARTA PARTE
CONCLUSIONES
Y PROPUESTAS

CUARTA PARTE: CONCLUSIONES

A partir del análisis de los datos, se arriba a conclusiones respecto a los alcances y limitaciones de la intervención profesional en la atención de la demanda individual-familiar.

Teniendo en cuenta los modelos ideológicos mencionados en el marco teórico, consideramos que el modelo que sustenta el HPC es bio- ecológico, caracterizado por: su hegemonía médica, verticalidad en sus decisiones, entre otros. Hay una comprensión del bienestar que incluye el ámbito psico-social, multicausalidad orgánica y ambiental-epidemiológica. No obstante, las dimensiones biológicas , psíquicas y sociales aparecen como una sumatoria de aspectos.

Considerando la cultura organizacional, cada servicio tiene sus maneras de pensar, de hacer, de relacionarse, hábitos y costumbres que van a influir en el esquema terapéutico del equipo de salud, como así también, en la modalidad de intervención del trabajador social.

Durante la residencia de pregrado, se abordaron casos de pacientes en la fase aguda y/o crónica de su patología. Una situación que, sin dudas es altamente desestructurante tanto al paciente como a su red socio familiar. En cuanto al primero, dado que afecta los diferentes aspectos de su vida y compromete su capacidad física, emocional y social, el encuadre de la intervención corresponde, en general, al contexto de Tratamiento. En cuanto al segundo, dado que la enfermedad de un familiar desestructura la estabilidad psicosocial y económica, obliga a transformarse para afrontar esa situación. De los casos abordados, se pudo observar que las intervenciones familiares, corresponden, en general, al contexto de Orientación. Por lo anteriormente mencionado, se valora el modelo de abordaje Socioclinico de Redes Naturales, ya que contempla aspectos de conocimientos que orientan adecuadamente la intervención profesional.

Como mencionamos durante el trabajo, la modalidad operativa implementada por las residentes corresponde al mismo modelo. El alcance de la intervención se diferencia en las características de cada servicio y la naturaleza del problema en la cual intervienen. Cumpliendo, ambos servicios (Salud Mental y Unidad Renal), una función asistencial, fundamentalmente de prevención terciaria.

A partir de la inserción de las alumnas en el ámbito institucional, se visualiza que, la importancia que adquieren los aspectos psicosociales en el tratamiento, esta subordinada a la evaluación médica.

Considerando que el abordaje médico-social debe estar orientado a alcanzar el bienestar físico mental y social del paciente, desde la observación de las alumnas, el factor social responde a criterios médicos hospitalarios que contemplan parcialmente las necesidades sociales de las personas. Por ejemplo, organización pos-alta: gestión para III nivel.

Independientemente de las ventajas y limitaciones de cada modalidad operativa (multi e interdisciplina) la eficiencia de la intervención social esta condicionada por la actitud y aptitud de cada Trabajador Social, al momento de responder a la demanda medica. Repercutiendo en la representación social en cuanto a la especificidad del Servicio Social Hospitalario.

El abordaje del Servicio Social Hospitalario se corresponde con una modalidad multidisciplinaria, que permite lograr los objetivos de manera eficaz. Sin embargo, consideramos que la modalidad interdisciplinaria facilita la toma de decisiones conjunta a partir del establecimiento de objetivos comunes, respecto al tratamiento integral del paciente.

En relación con el proceso de aprendizaje, consideramos que el sistema de residencias de pregrado, tiene un valor ineludible en la construcción del perfil profesional. Permite articular teoría-practica, facilita el abordaje contextualizado de la problemática, desarrollar las habilidades profesionales a partir del autoconocimiento (actitud y aptitud), lograr la autonomía en la intervención, reconocer la especificidad del Trabajo Social. Estos aspectos fueron abordados durante la supervisión de campo: un espacio que contempló

los elementos constituyentes del quehacer profesional desde una orientación teórico- metodológica que dio solidez a la intervención.

En cuanto a la supervisión de cátedra, si bien proporcionó los elementos teóricos acerca del proceso de supervisión, desde nuestra experiencia, priva al estudiante del soporte necesario para la gestión del caso, mejores niveles de inserción institucional y una adecuada sistematización de la experiencia.

Por lo antes mencionado, se valora el rol de las supervisoras de campo ya que permitió a las alumnas experimentar una práctica preprofesional intencionada y direccionada, orientada a reforzar la identidad profesional, la cual conlleva a una intervención comprometida y eficiente con todos los involucrados (paciente y su red, sistema institucional, trabajador social).

CUARTA PARTE: PROPUESTA

El desarrollo del presente trabajo está orientado fundamentalmente en dos aspectos: *La intervención social en la demanda individual-familiar*, y *la sistematización de la práctica preprofesional*, en el marco de un proceso de supervisión.

Este hecho tiene consecuencias directas en el perfil del futuro profesional, respecto de la eficacia y eficiencia en la intervención. Por consiguiente proponemos:

- La supervisión académica debería garantizar el sostén teórico-metodológico a fin de llevar a cabo una practica intencional, direccionada y sistematizada.

Respecto de los docentes:

- Garantizar una supervisión individual cuatrimestral, y una supervisión grupal semanal según el ámbito de intervención; en tanto que, una supervisión general que permita la socialización de información y la elaboración de un fichero de recursos institucionales.
- Implementar en el sistema de supervisión un modelo que considere los aspectos educativos, administrativos y de apoyo.
- Efectuar un acercamiento periódico (verbal y escrito) con los supervisores de campo, a fin de deliberar las dimensiones que deben ser contemplados al momento de evaluar el proceso de aprendizaje.

Respecto de los alumnos:

- Requerir un informe trimestral respecto de su practica , que de cuenta de la intervención profesional, desde el abordaje teórico-metodológico.
- Requerir que la socialización de cada experiencia de practica, contemple el discurso técnico (paradigmas, modalidad operativa implementada, otros).
- Elaborar un proyecto viable conducente a mejorar y/o crear

espacios de intervención profesional.

- El sistema de residencias de pregrado debería implementarse con una frecuencia de cinco horas diarias, durante un período de ocho meses (ciclo lectivo).
- Respecto al Servicio Social Hospitalario:
 - Establecer un modelo operativo de referencia que unifique criterios para la intervención social.
 - Promover la intervención social por especialidad.
 - Fomentar mayor participación en los programas hospitalarios. (Comités).
 - Implementar un sistema de residencias de postgrado con una duración de tres años, que incluya la rotación por otros servicios.
 - Crear un espacio de charlas-debate a partir de la organización conjunta con otros profesionales de la salud (abordaje médico, social y psicológico) orientado a la comunidad.
 - Promover la inclusión del Trabajador Social en los ateneos médicos en forma periódica.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, M. J. "Introducción a la Supervisión". Argentina. Ed. Lumen. 1994.
- Alonso, Introducción a la Psiquiatría. España. S/f
- Ander-Egg, Ezequiel. Trabajo Social e Interdisciplinariedad. 2º Edición. Bs. As. Editorial Hvmánitas, s/f.
- Ander-Egg, Ezequiel. Diccionario de Trabajo Social. Bs. As. Editorial Lumen, 1994.
- Artículo CELATS: Hacia una Metodología de la Sistematización de la Práctica. Ficha de Cátedra de la Unidad de Práctica Integrada, UNMDP, 1997.
- Casinelli, M. J. Apuntes de Cátedra Supervisión en Servicio Social. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. UNMdP. Año 2002.
- Castellanos, B. "La perspectiva de Redes Naturales: Un modelo de trabajo para el Servicio Social". Grupo E.I.E.M. Editorial Hvmánitas. Argentina. 1998.
- De Jong Baddo y Paira. "La familia en los albores del nuevo milenio: Reflexiones interdisciplinarias. Un aporte al Trabajo Social". Argentina. Ed. Espacio, 2000. Pág. 45.
- De Robertis, Cristina y Pascal, Henry. Metodología de la Intervención en Trabajo Social. 2º Edición. Barcelona. Editorial El Ateneo, 1992.
- Di Carlo, E y Equipo. "La Comprensión como Fundamento de la Investigación Profesional". Bs. As. Editorial Hvmánitas, 1995.
- Di Carlo, E y Equipo. "Trabajo Social con Grupos y Redes: nuevas perspectivas desde el Paradigma Humanista Dialéctico". La Perspectiva del rol para el Servicio Social. Bs. As. Editorial Lumen-Hvmánitas, 1997.
- Di Carlo, E. y Equipo "Trabajo Social Profesional: El método de la Comunicación Racional". Ed. Hvmánitas, Argentina, 1996.
- Eroles, C. "Familia y Trabajo Social". Ed. Hvmánitas. Argentina, 2001
- Eroles, C. "Familia y trabajo Social. Un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional". Ed. Espacio. Argentina, 1998.
- Eroles, C y Equipo. "Familia: Conflictos y Desafíos. Manual de Prevención y Orientación Familiar". Argentina. Ed. Espacio. Año 2000
- Fernández Barrera, J. "La Supervisión en el Trabajo Social" Ed. Paidós 1997
- Hamilton, G. Teoría y Práctica del Trabajo Social de Casos. México, Ediciones Científicas, 1982.

- Jodelet, Dense. Apuntes de Cátedra: Psicología Social. Facultad de Ciencias de la Salud Y Servicio Social. UNMdP. Año 1999.
- Jofré, R; López Gómez, M y Rodríguez Benítez, P. "Calidad de Vida en Hemodiálisis" Capítulo 37.
- Kadushin, A. "La entrevista en Trabajo Social". México. Extemporáneos, 1983.
- Kisnerman, N. "Reunión de conjurados". Argentina. Ed. Lumen-Hvmanitas. Año 1999.
- Mac Dougall, Joyce. Artículo: Seminario "La Economía Psíquica y dinámica Clínica de la adicción".
- Magaz, Ángela; Lávari, Rosa; Mentxaca, Milagros. Problemas psicológicos y sociales de los pacientes en hemodiálisis. Capítulo 36.
- Magaz Lago, Ángela; García Pérez, E. Manuel. Aspectos psicosociales de los pacientes en diálisis peritoneal.
- Malvarez, Silvina. Algunas reflexiones en torno de los paradigmas de investigación en salud. Material bibliográfico presentado en el Curso de postgrado en Administración Estratégica en Salud Mental. Universidad Nacional de Mar del Plata. 1997.
- Minuchin, S. Y Fishman, C. "Técnicas y Terapia Familiar 3". Ed. Piados. Argentina, 1992.
- Perlman, H. "El Trabajo Social Individualizado". España, Ed, Rialp SA, 1965.
- Lía Ricón y S. Di Segri y colaboradores "Problemas del Campos de la Salud Mental".Argentina. Editorial Paidós 1991.
- Rozas, Margarita. La Intervención en Trabajo Social. Propuesta Metodológica. Editorial Espacio, 1998.
- Valsachi, B. Apuntes de Cátedra: Sociología de la Familia. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. UNMdP, 1998.

ANEXO

