

2010

Sistematización de la intervención del trabajo social en el campo de la salud-discapacidad, realizada durante la práctica institucional supervisada

Allogia Ciancio, María Julia

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/419>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

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

TITULO DEL TRABAJO: Sistematización de la intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud-Discapacidad, realizada durante la práctica institucional supervisada

TEMA DEL TRABAJO: Discapacidad y Trabajo Social

DIRECTOR DEL TRABAJO DE TESIS: Palomino Virginia

CO-DIRECTORA: Batista, Celina

ALUMNAS: *Alloggia Ciancio, María Julia.*

Cepeda, Melisa

AÑO: 2010.

“Implementación de la metodología de caso social individual-familiar en el campo de la Salud durante la práctica institucional supervisada: Sistematización de una experiencia con personas con discapacidad motora que concurren al Instituto Nacional De Rehabilitación Psicofísico Del Sur (INAREPS) de la ciudad de Mar Del Plata”.

INDICE

Fundamentación	3
Objetivos Generales y Específicos	5
Primera Parte: Marco Teórico Referencial	7
Modelo de Abordaje del Servicio Social	12
Caso Social Individual Familiar	14
Perpectivas de Redes	30
La Institución	36
Concepto de Salud, aproximaciones epistemológicas	41
Concepto de Calidad de Vida	45
Salud-Discapacidad	49
Trabajo Interdisciplinario y Transdisciplinario	53
La Supervisión en Servicio Social	57
Segunda Parte: Trabajo de Campo	63
Reseña Histórica de I. NA. RE. P. S.	64
Reseña Histórica del Servicio Social	72
Tercera Parte: Metodología de Intervención	79
Proceso Metodológico	81
Sistematización de Casos	87
Primer Caso	87
Segundo Caso	93
Tercer Caso	97
Análisis Teórico de los Casos	100
Discapacidad	100
Rehabilitación	104
Práctica Basada en la Evidencia	105
Resiliencia	107
Tratamiento Familiar	111

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Inventario 4297	Signatura Top 105
Vol.:	Ejemplar: 107
Universidad Nacional de Mar del Plata	

08 MAR 2013

Trabajo Social con Adultos Mayores	116
Redes Sociales: Primarias y Secundarias	119
Intervención Metodológica	124
Inserción	128
Diagnóstico	129
Planificación	130
Ficha e Informe Social	132
Cuarta Parte: Supervisión como proceso de aprendizaje	137
Quinta Parte: Análisis de Datos	143
Análisis Institucional	143
Análisis de la Supervisión	145
Conclusiones	147
Bibliografía	155

Queremos agradecerles en primer lugar a Virginia Palomino, que no solo nos dio la posibilidad de realizar la concurrencia en I. NA. RE. P. S., sino que nos ofreció su ayuda y tiempo para realizar la tesis.

Agradecemos a todos los docentes que nos han formado a lo largo de toda la carrera, por su trabajo y paciencia ante las circunstancias que a veces les ha tocado para dictar clases.

Eternamente agradecidas con todos nuestros familiares y amigos que nos apoyaron para seguir y poder terminar, porque en muchas oportunidades hemos tenido ganas de bajar los brazos y sin su sostén no hubiese sido posible llegar a este momento.

Por último y no por eso menos importante agradecer a los miembros del jurado por prestarnos su tiempo y hacer posible que este sueño, que traemos hace mucho tiempo, se haga finalmente realidad.

Mil gracias a todos, todos los que se han cruzado en nuestro camino y nos han tendido su mano, esperamos en algún momento podamos hacerlo por ustedes también.

Juli Y Meli.

Introducción:

El siguiente trabajo tiene como finalidad la sistematización del proceso de supervisión, realizado durante la concurrencia Pre-profesional, de las estudiantes Alloggia Ciancio, María Julia y Cepeda, Melisa. La institución sede de esta práctica fue el Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísico del Sur (I. NA. RE. P.S.) ubicado en la ciudad de Mar del Plata.

La estructura utilizada para la redacción de la tesis, es la sugerida por la cátedra de Supervisión en Servicio Social, la cual facilita la comprensión del contenido bibliográfico, partiendo de los conceptos más generales del campo de la salud y el servicio social hasta la experiencia particular vivenciada por las estudiantes en la institución sede.

Fundamentación:

"El presente trabajo esta orientado a dar cuenta de la experiencia llevada a cabo por las alumnas de Servicio Social dentro del campo de la salud, en el último año de la carrera Lic. en Servicio Social, perteneciente a la Universidad Nacional de Mar Del Plata. Se ubica en la asignatura Supervisión, la cual propone un aprendizaje vivencial y participativo a través de una práctica institucional supervisada, implementando la metodología de Caso-Social-individual-Familiar. Rescatamos "el caso social" desde una perspectiva crítica y dialéctica como la posibilidad de aproximarse al individuo respetando su subjetividad.

Entendemos que la sistematización relaciona los procesos inmediatos con su contexto, confronta el que hacer práctico con los supuestos teóricos que lo inspiran. Se sustenta en una fundamentación teórica y filosófica sobre el conocimiento y sobre la realidad histórica social. Crea nuevos conocimientos, en la medida que el objeto de conocimiento son los procesos y su dinámica, permite aportar a la teoría algo que le es propio. No trata solo de entender situaciones y procesos que pueden incidir en el cambio de ciertas estructuras, La sistematización¹ se sitúa en un camino intermedio entre la descripción y la teoría. No hay "una" manera de sistematizar, ni una secuencia de pasos que una vez desarrollados den por resultado una sistematización.

En la sistematización se ha puesto énfasis principalmente en 4 aspectos: en la reconstrucción ordenada de la práctica, en la producción de conocimientos, en la conceptualización de la práctica y en la participación.

La sistematización es una interpretación crítica de la practica que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido, los factores que han intervenido en dicho proceso, cómo se han relacionado entre sí y por qué lo han hecho de ese modo.

¹ Sandoval Avila, Antonio. "Propuesta metodológica para sistematizar la práctica profesional del Trabajo Social". Ed. Espacio. Buenos Aires. Año 2005.

El trabajo reconoce como fuente de obtención de datos los aportes Teóricos-Prácticos y la experiencia Pre-Profesional llevada a cabo en el campo de la salud, enriquecida por la búsqueda y lectura de bibliografía especificada en la temática.

Desarrollamos la práctica pre-profesional en el Instituto de Rehabilitación Psicofísico De Sur (INAREPS) de la ciudad de Mar Del Plata durante el ciclo 22/05/06 al 22/04/07.

Intentamos mediante este trabajo describir la problemática "Discapacidad"² relacionándola a la institución anteriormente nombrada, su organización, organigrama, canales de comunicación, cadena de mandos cultura organizacional, características y problemáticas de la institución que concurren a la misma e intervención desde el Servicio Social. En un segundo momento profundizamos el estudio de las problemáticas, investigando los aspectos que la configuran, donde cada alumna presenta el desarrollo descriptivo de dos casos en que han intervenido durante periodo de concurrencia Pre-profesional.

Luego presentamos la sistematización de casos que nos permitió incorporar la metodología de caso social individual de orientación psicosocial Continuamos el trabajo de campo con el análisis de los datos de proceso de aprendizaje y la supervisión en la institución sede y el ámbito académico y otros temas como el ejercicio profesional del Trabajo Social, el proceso salud-discapacidad, y los factores intervinientes en el problema social presente en la institución sede.

² O. M. S. "Discapacidad, Dependencia, unificación de criterios y clasificación". Ed. Desconocida. Año 2003.

- **Objetivos General:** *“Describir la intervención Profesional en los procesos de rehabilitación en pacientes con distintos niveles de discapacidad”.*

- **Definición de la unidad de análisis:** caso-social-individual-familiar.

- **Tipo de diseño:** descriptivo-explicativo.

- **Objetivos Específicos:**
 - “Identificar la intervención del Servicio Social en el proceso de rehabilitación”.*
 - “Analizar el impacto de los factores que inciden”.*
 - “Describir el proceso de supervisión de las pre-profesionales en el contexto de la salud-discapacidad durante su periodo de intervención”.*

- **Métodos:** *análisis cualitativo.*

- **Técnicas de recolección de datos:**
 - Observación no participante, Entrevista No Participativa, Entrevista Participativa Formales e Informales con el paciente.
 - Análisis de entrevistas y documentos (historias clínicas).
 - Análisis de material visual y auditivo (ateneos).

- **Característica específica del trabajo:** sistematización de una experiencia de campo.

- **Aspectos a considerar en el marco teórico con mención bibliográfica:**
 - En la nueva Clasificación internacional del Funcionamiento de la Discapacidad (CIF) ya no se enuncian niveles de consecuencia de la enfermedad, sino que habla de funcionamiento (como termino genérico

para designar todas las funciones y estructuras corporales, la capacidad de desarrollar actividades y la posibilidad de participación social del ser humano, discapacidad de igual manera, como termino genérico que recoge las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la capacidad de llevar a cabo actividades y las restricciones en la participación social del ser humano y salud (como el elemento clave que relaciona a los dos anteriores).

El objetivo principal de la CIF es proporcionar un lenguaje unificado y estandarizado que sirva como punto de referencia para la descripción de la salud y los estados relacionados con la salud. La ciencia, la burocracia y la religión han jugado un importante papel en la construcción de la discapacidad. Además las creencias culturales influyen en la atribución de etiologías a la enfermedad o a la discapacidad y determinan las expectativas respecto al tratamiento y los profesionales de la salud.

Desde el Instituto Nacional De Rehabilitación Psicofísico Del Sur, adhieran a esta visión de la OMS, proponiéndose como objetivo lograr la rehabilitación integral del paciente discapacitado brindando el apoyo científico que la familia requiere y tratando de efectuar la educación comunitaria básica tendiente a que la sociedad tome conciencia de su responsabilidad ante la población con algún tipo de discapacidad. La modalidad de trabajo de la misma es, la de un equipo interdisciplinario³ que se orienta de acuerdo a los valores remanentes que posee el paciente y con la participación de la familia.

El Servicio Social del INAREPS actúa como nexo entre dicha institución, el paciente, su familia y la comunidad, desarrollando una función normativa, educativa, orientadora y promotora del desarrollo social de la persona, contribuyendo al logro de los objetivos institucionales, participando con el equipo interdisciplinario en el proceso de rehabilitación, a través del desarrollo de las potencialidades del paciente, su familia y la comunidad.

PRIMERA PARTE:

MARCO TEÓRICO REFERENCIAL.

*I. **El Servicio Social:** origen, evolución, diferentes perspectivas, configuración del perfil profesional.*

El trabajo social comprometido con un proceso de realización humana, supone no solo una acción hacia los sectores desposeídos en una percepción económica- social. En una perspectiva más amplia supone un compromiso con la acción afirmativa de derechos de todos los sectores discriminados o vulnerados en sus condiciones esenciales de dignidad humana.

El trabajo social fue y es atravesado por instancias políticas, sociales y económicas hasta lograr su formulación e identidad propia como profesión.

Es en el ejercicio de la caridad y la filantropía realizado por hombres que se unieron y actuaron en pos de los más desprotegidos que, surgen los antecedentes más remotos del trabajo social.

El contexto físico donde desarrollaron sus actividades fue esencialmente europeo, y en el mismo se generaron acontecimientos, hechos indiscutibles por su significación e influencia a toda la humanidad como la revolución francesa (1789), la revolución industrial (Inglaterra) y la 1ra. (1914- 1917) y 2da. (1914- 1918) guerra mundial, hechos que marcaron, sellaron y establecieron cambios en la vida de los hombres impactando en la organización social, política y económica.

El antecedente histórico directo al que se le dio el nombre profesional denominado Trabajo Social fue llamado Servicio Social. Este último, por su parte, reconoce como su antecesora a la Asistencia Social que como forma de acción social surgió de la tecnificación de las formas de ayuda paliativa (beneficencia, caridad, filantropía, etc.).

³ Ander Egg, Ezequiel y Follari, Roberto. "Trabajo Social e interdisciplinariedad". Ed. Lumen Humanitas.

Las orientaciones de la Asistencia Social como actividad subprofesional- subalterna- auxiliar fueron en líneas generales, tres:

1-Paramédica: Como ayudante de los médicos, manejando algunos conceptos básicos de medicina menor, orientar sobre higiene y vigilar el seguimiento del tratamiento presentando informes "familiares" y "ambientales" (encuestas). Su título era "Visitadoras Sociales y de Higiene".

2-Parajurídica: Colaborando con jueces, abogados y fiscales en la elaboración de informes, realizando intentos de intermediación, seguimiento de "casos" como menores internados, en situación de libertad vigilada, etc.

3- Benéfico: Asistencial: Su función aquí consistía en el reparto de cosas y en la administración y control de tal, se realizaba en y desde instituciones de asistencia pública, caridad, beneficencia y planes alimentarios y también en situaciones de catástrofe, campañas de salubridad, etc.

Con el correr del tiempo se va dejando cada vez más de lado la tendencia puramente asistencialista y el accionar se va nutriendo de métodos y procedimientos técnicos como la investigación social, administración de agencias de bienestar social, etc.

A lo expuesto se suma una corriente de elementos teóricos provenientes de distintas ciencias como psicología, sociología, antropología y filosofía que realizan aportes importantes en la concepción del hombre como ser social.

Surgen concepciones teóricas en Europa y EEUU de entre los cuales se destacan en el primer continente Darwin (1809- 1882), Marx (1818- 1883), Spencer(18-20-1903), Freud (1856-1939) y Durkheim (1858- 1917); mientras que de EEUU surgen Conté (1798- 1857), Mill (1806-1873), Summer (1840-1910), Dewey (1859-1952), Ross (1866- 1951) y Mead (1863- 1931).

Hitos en el proceso histórico del Servicio Social:

La C.O.S.: Fundada en Londres en 1869. Sus siglas devienen de Charity Organization Society (Sociedad de la organización de la caridad). El ideal fue la ayuda a "los más necesitados" y sus ideas se esparcieron por otros países aunque se trabajaron de distinta manera, en EEUU se creó en Buffalo en 1870. La C.O.S. propició el trabajo con individuos para asistirlos en sus necesidades inmediatas, con grupos especialmente de niños, para prevenir problemas de comportamiento, y con la comunidad para organizarla con la finalidad de que ésta atienda sus propios problemas.⁴

Mary Richmond: (1861- 1928) Integrante y cofundadora de la C.O.S. norteamericana realizó grandes aportes a la profesión al cuestionarse un mejor abordaje de la persona y su problema mediante la investigación (diagnóstico) y así lograr cambios en el comportamiento (tratamiento).

Sus obras sirvieron como base para reformular el Trabajo Social de Casos, escribiendo en 1917 "Diagnosis Social" y en 1922 publicando "¿Qué es el Trabajo Social de Casos?".

Mary Richmond se interroga acerca de porque razones existe el Trabajo Social, si tiene un lugar en el orden del mundo, si tiene un papel que desempeñar permanente en la lucha por el mejoramiento de las condiciones de existencia del género humano. Partiendo de la teoría del "yo generalizado" de George Mead, llegó a señalar según éste, la necesidad de abordar al individuo por medio de sus relaciones sociales.

Primera Escuela de formación teórico práctica sistemática en Trabajo Social: fue fundada en Ámsterdam en 1899 y sus cursos eran primeramente de dos años.

Anteriormente la C.O.S. se cuestionaba la existencia de una institución que capacitara a su personal surgiendo primeramente por la propuesta de Mary Richmond la Escuela de Filantropía de Nueva York

⁴ Kisnerman, Natalio. "Introducción al Trabajo Social". Ed. Humanitas. Año 1981. Pág. 24.

en 1898; sus cursos duraban seis semanas hasta que en 1903 eran semestrales. Con el correr del tiempo se fueron incrementando. En 1918 se convirtió en la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Nueva York.

Reconceptualización: Las características del Trabajador Social basadas en el pensamiento conservador y antimoderno, estarán presentes hasta la década del 60. En este momento la base teórico-metodológica de la profesión entra en crisis iniciándose un movimiento denominado Reconceptualización.

En cuanto movimiento latinoamericano, se inició a mediados de la década de 1960 y tuvo una extensión diferencial en cada uno de los países del continente, tanto temporal como cualitativa, de acuerdo a las particulares estructuras y coyunturas sociales, políticas y económicas. Para el caso argentino se ubica entre 1965 y 1976.

Este movimiento implicó una renovación profesional, buscando nuevos insumos teóricos y prácticos que dieran respuesta a las realidades particulares del continente latinoamericano.

Durante este movimiento se produce una intensa producción teórica sobre distintos aspectos del Trabajo Social; la construcción de diversos modelos metodológicos, los fundamentos filosóficos de la profesión, el análisis de experiencias concretas, el papel de la investigación, el papel de la ideología, el rol del Trabajador Social, las técnicas de intervención, el carácter científico de la profesión, etc. Todo lo cual contribuyó al saber profesional, la reflexión conjunta y el aporte de profesionales argentinos.

Y, aunque al interior de la Reconceptualización existieron una heterogeneidad de posiciones teórico ideológicas, en muchos casos antagónicas, y con gran predominio del eclecticismo, en todos los casos expresó una ruptura con el modelo norteamericano o formas colonizadoras del Trabajo Social, constituyéndose en un proceso crucial

en el desarrollo de la profesión en América Latina y en la búsqueda de su identidad profesional.

El golpe militar de 1976 y la instauración de una dictadura salvaje bloquearon el movimiento y toda su potencialidad. Los procesos desencadenados a partir de ese año significaron la culminación de la Reconceptualización en Argentina.⁵

América Latina, por su parte destaca hechos históricos dentro del camino de nuestra profesión, tales: El 1er. Congreso Panamericano de Servicio Social: Realizado en Puerto Rico, 1957. Basaba la profesión en el reconocimiento de la dignidad y capacidad de superación del hombre que, mediante insumos técnicos propios colabora con éste, los grupos y las comunidades a valerse por sí mismos y lograr su desarrollo integral.

El Documento de Araxá: La reunión 'fue realizada en 1967 en la ciudad brasileña de Araxá. Su objeto fue la consideración de la profesión ante la realidad latinoamericana y tuvo una fuerte repercusión en el continente. Se considera uno de los documentos clave para el llamado proceso de Reconceptualización.

El grupo ECRO: De investigación y docencia en Trabajo Social fue un centro de irradiación intelectual muy importante para nuestra profesión a nivel latinoamericano.

La publicación de la revista "Hoy en Servicio Social" constituyó un aporte singular para el desarrollo del proceso de Reconceptualización del T.S.

El grupo aportó también la incorporación al Trabajo Social del paradigma del desarrollo, en una perspectiva nacional y popular. En su última etapa de actuación se incorporó a las corrientes de pensamiento que sustentaban la construcción de un socialismo nacional, en el marco de un proceso de liberación cultural.

Sus figuras más importantes: Juan Barreix, Luis Fernández, Ethel Cassineri y Norberto Alayón, entre otros.

⁵ Parra, Gustavo. "Nuevos escenarios y práctica profesional. Una mirada crítica del Trabajo Social". Ed. Espacio. Año 2002. Pág. 41

CELATS: En el marco de las dictaduras militares de Brasil, Uruguay, Chile y Argentina, el Centro Latinoamericano de Trabajo Social (CELATS) desarrolló una tarea fundamental para el desarrollo científico y político de la profesión.⁶

MODELOS DE ABORDAJE DEL SERVICIO SOCIAL:

CASO: Fue el primero en ser definido históricamente y así también fue por ese marco de referencia para los esfuerzos de conceptualización y sistematización del método profesional.

Originado en la larga tradición europea, particularmente inglesa, de la asistencia a los pobres (Ej.: C.O.S.). Éste método fue sistematizado por primera vez por Mary Richmond quien definió a éste a partir de la identificación de cuatro instancias operacionales: estudio, diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

El enfoque funcionalista de la profesión fue desarrollado desde la década del '30 por Robinson, Perlman, sobre quienes ejercieron influencia, el pragmatismo de Dewey, psicoanálisis de Rank, discípulo de Freud.

Otro enfoque, denominado primeramente "escuela diagnóstico", adhirió rotundamente al psicoanálisis de Freud.

Procurando atenuar la perspectiva predominantemente psicoanalítico asumida por el método de caso en sus primeros momentos, Gordon Hamilton elaboró el concepto de "*Caso psicosocial*" como un hecho humano en el cual siempre existen factores internos y externos o ambientales abarcando personas y situaciones, realidad objetiva y la significación de esa realidad para quien la experimenta.⁷

⁶ Eroles Carlos. "Los derechos humanos, compromiso ético del Trabajo Social". Ed. Espacio. Año desconocido.

Pág. 24

⁷ Autores varios. "Metodología del Servicio Social, Teresópolis". Ed. Humanitas. Año 1981. Pág. 95

En los años 50 el interés se fue centrando en la multiproblemática familiar. En los años 60, la corriente se volcó abiertamente a las terapias breves, familiar y grupo.

Grupo: se desarrollaron en Inglaterra y EEUU, con aportes de Dewey y James, Follet y Lindeman, así como también Freud y Watson.

En 1884 en Londres comienza a funcionar un centro vecinal (settlement) en el que se realizaban actividades concretas de ayuda, entre trabajadores, estudiantes y profesionales sensibilizados.

En 1912 Slavson elaboró la primera teoría del Trabajo Social de Grupos mediante su experiencia en la labor con colectivos de niños de las barriadas pobres.

A los comienzos de los años veinte, Mary Richmond y Edward Liedman vislumbran las tendencias hacia el trabajo con grupos: la primera habla de un "tratamiento social" que podría llamarse psicología del grupo pequeño; y Liedman habla de algunas modalidades en el trabajo con el grupo.⁸

Grace Coyle escribió el primer libro de Trabajo Social de Grupos y fue la primera en enseñarlo como método, éste fue aceptado como tal a partir de 1946.

Comunidad: Habiendo asumido inicialmente la forma de movimiento social, luego los profesionales del Servicio Social se volcaron hacia las actividades de organización de la comunidad y se preocuparon en conceptualizarlas como una forma de la práctica del Servicio Social.⁹

El Servicio Social de Comunidad integró teorías sociológicas funcionalistas con los intereses desarrollistas, especialmente a partir de la Alianza para el progreso (1961), nutrido por las teorías de W.Rostow de 1959¹⁰ convirtiéndose en una estrategia de recuperación y manipulación de los nuevos sectores empobrecidos por distintos

⁸ Ander Egg, Ezequiel. "Qué es el Trabajo Social". Ed. Humanitas. Año 1984. Pág. 59

⁹ Autores varios. "Metodología del Servicio Social, Teresópolis". Ed. Humanitas. Año 1981. Pág. 96.

¹⁰ Kisnerman, Natalio. "Servicio Social Pueblo". Ed. Humanitas. Año 1982. Pág. 22.

hechos históricos, esencialmente la 2da. Guerra Mundial y el surgimiento de EEUU como potencia mundial.

CASO SOCIAL INDIVIDUAL FAMILIAR DESDE LA ORIENTACIÓN

PSICOSOCIAL:

El Trabajo Social se basa en determinadas premisas que no pueden ser probadas, pero sin las cuales sus métodos y fines carecerían de significado. La ética que se deriva de éstas premisas, conduce a dos ideas fundamentales que colocan al Trabajo Social entre las profesiones humanísticas. la primera es que el acontecimiento humano está constituido por una persona y una situación, o sea, una realidad subjetiva y una realidad objetiva, que tienen entre sí una interacción constante. La segunda, que el método característico de Trabajo Social a fin de alcanzar sus metas, incorpora en sus procesos tanto el conocimiento científico como los valores sociales.

El Caso Social es un "acontecimiento vivo" que siempre incluye factores económicos, físicos, mentales, emocionales y sociales. Se compone de factores internos y externos, relativos al medio ambiente, Se estudia a los individuos en todo lo que se relaciona con sus experiencias sociales, así como sus sentimientos sobre estas experiencias.

De esta manera, cuando se piensa en un caso social debe siempre considerarse en términos de factores interactuantes tanto internos como externos; incluyendo una persona y una situación, una realidad objetiva y el significado que ésta realidad tiene para quien la experimenta

Es difícil apreciar una situación social externa sin asumir la responsabilidad adicional de entender algo de la vida interna del solicitante. Cualquier relación verdaderamente útil debe ser individualizada.

Los T. S. de Casos describen los casos que se dan para identificarse con el cliente en esta forma: aceptándolo como persona humana íntegramente considerada, analizando y definiendo la situación

y tratando de deducir o averiguar que clase de ayuda podría ser más útil para sacar el mejor partido de sí mismo y de sus propios recursos. Se sirven para ello de los términos de estudio" o "investigación", "diagnóstico y valoración", "servicio o tratamiento".

En la realidad los distintos aspectos se van entrelazando y un proceso va paralelo al otro. Los pasos se distinguen bien, el proceso de Trabajo de Casos se va desarrollando en un solo movimiento de conjunto.

Los procesos deben articularse en etapas o períodos ordenados de procedimientos, de otra manera el caso puede prolongarse indefinidamente.¹¹

ESPECIFICIDAD PROFESIONAL

Todo campo profesional se estructura en relación con ciertos imperativos sociales que plantean como necesario un tipo de práctica social. El concepto de imperativo social alude a la demanda en que se objetiva la relación de fuerzas que articula la red de relaciones sociales, políticas, ideológicas y sociales que conforman una sociedad determinada.

Cada sociedad gesta las diferentes formas de resolver dichos problemas y promueve así el desarrollo de la ciencia, de la tecnología, involucradas en el desenvolvimiento de la sociedad.

De ahí que entonces que la profesionalización supone la sistematización de un conjunto de representaciones y su elaboración como un SABER ESPECIALIZADO así como la institucionalización de la transmisión de ese saber, a través de una instancia social reconocida y legitimada, para que constituya el saber especializado en un SABER CERTIFICADO. Por lo tanto la profesionalización de una práctica implica elementos a partir de los cuales se estructura como tal.

¹¹ Hamilton, Gordon. "Teoría y práctica del Trabajo Social en caso". Ed. La prensa médica mexicana. S. A. Año 1960.

Entonces la especificidad profesional es una construcción histórica social y se estructura en un proceso a través del cual se delimita el ámbito de las relaciones sociales, donde se hace necesario determinado tipo de intervención. Ese ámbito de relaciones esta constituido por sujetos sociales que tienen un lugar que define su participación en el problema social que origina la demanda de una practica profesional. Por lo tanto, es una relación social la que identifica y delimita a los sujetos.

La especificidad profesional es una construcción histórica - social y se estructura en un proceso a través del cual se delimita el ámbito de las relaciones sociales, donde se hace necesario determinado tipo de intervención. Ese ámbito de relaciones esta constituido por sujetos sociales que tienen un lugar que define su participación en el problema social que origina la demanda de una practica profesional. Por lo tanto es una relación social la que identifica y delimita a los sujetos involucrados en la intervención profesional y le otorga a cada uno un lugar y una función. De este modo, el problema social, a través del cual se establece la relación entre los sujetos sociales, se constituye en Objeto de intervención de la práctica profesional.

El proceso de la construcción de la especificidad profesional opera también, a través de la relimitación del conjunto de prácticas y representaciones que den cuenta del problema social y del tipo de interacción existente entre los sujetos sociales y el problema social. De tal modo la especificidad se constituye en el mismo proceso de estructuración de un marco de referencia, que otorga un significado particular a todos los elementos constitutivos de la especificidad profesional. **Elementos:**

Los sujetos sociales

El objeto de intervención

El marco de referencia

Los objetivos específicos

La función social

Los procedimientos metodológicos

La especificidad de la profesión se expresa en diferentes dimensiones, que son una red particular de relaciones que se desarrollan simultáneamente y en procesos relativamente autónomos.

Las dimensiones son:

El saber especializado como construcción intelectual que reelabora y sintetiza la experiencia profesional y su referencia.

El ejercicio profesional como conjunto de práctica y representaciones desarrolladas en diferentes áreas de intervención.

El mercado de trabajo que es el espacio heterogéneo y complejo donde la especificidad aparece como oferta y demanda de determinadas capacidades habilidades y conocimientos.

La identidad profesional como conjunto de rasgos distintivos que caracterizan a quienes ejercen una profesión determinada.

El status profesional como reconocimiento social fundamentalmente externo al campo y colabora a delinear los aspectos de identidad profesional, atribuidos por la sociedad e incorporados por el gremio en su interacción social.

PROCESO HISTORICO SOCIAL DE CONSTITUCIÓN DE LA ESPECIFICIDAD PROFESIONAL

El ámbito de relaciones sociales donde surge la especificidad profesional es aquel donde las clases sociales se definen como sujetos portadores de recursos y satisfactores, que interactúan a través de un sujeto social que interviene como intermediario en el tratamiento del problema social que los interrelaciona.

En este sentido para entender la especificidad de la profesión es necesario reconstruir, en sentido epistemológico, el proceso de conformación de elementos constitutivos del campo profesional.

La referencia histórica de la especificidad del Trabajo Social a las llamadas formas de ayuda y asistencia social, no como meros

antecedentes sino como las practicas previas de donde se desprende Trabajo Social como profesión. Las formas de ayuda y asistencia no etapas cronológicas, de una supuesta evolución, sino que son practicas previas y autónomas. Cada una de ellas surgió y se desarrollo en diferentes circunstancias sociales y en diferentes procesos (ver en historia del T.S.).

PERSPECTIVAS:

El desarrollo histórico de la profesión ha estado acompañado de la configuración de una rica y amplia gama de modelos de actuación, que se han ido afinando y depurando a lo largo del ejercicio profesional, en correspondencia con una variedad de circunstancias contextuales y funcionales.

El análisis critico de cada uno de los momentos que históricamente se configuran en el trabajo social, permiten visualizar los hitos y ejes estructurales que perfilan las diferentes perspectivas que a adoptado la profesión.

El primer momento, esta referido al surgimiento de la profesión y los modelos tradicionales, los cuales hacen referencia al conjunto de propuestas de acción corte psicologista, psicodinámica y conductista, que coloca el énfasis de la acción social en la modificación de la conducta individuales generadores de disfunciones personales o familiares.

Son modelos adaptativos y descriptivos y como tales circunscriben la actuación profesional a la resolución de conflictos relacionados ocasionalmente por patología o perturbaciones intra-psíquicas, considerando a la conducta humana como, resultado de interacciones mentales donde están presente los impulsos y la personalidad.

A pesar de que en ningún caso la aplicación de un modelo es "pura" y que todos tienden a acomodarse y trasformarse de acuerdo a las exigencias y necesidades que el desarrollo de las ciencias y de la sociedad le impone a la profesión, es importante interpelar la estructura

y la especificidad de los modelos tradicionales, desde la perspectiva de su pertinencia social el momento actual, podemos decir por consiguiente que:

Son modelos puntuales, de corto alcance, rígidos y restringidos con una visión fragmentada del individuo:

Homogenizan y cosifican la situación y conductas individuales

Se establece una relación terapéutica desde el contrato entre el profesional y la persona.

Relación de desigualdad y subordinación.

La segunda perspectiva esta ligada a los modelos críticos, los cuales proponen el cambio social y propugnan por la participación comunitaria y colectiva, colocando como central de la actuación profesional la transformación social y la lucha por la opresión, soportado en los enfoques marxistas y estructuralistas de la acción social. Plantean la potenciación, la defensa y la concientización como ejes articuladores o propósito a alcanzar en la actuación profesional.

Surgen en el seno de la reconceptualización como movimientos de la crítica al Trabajo Social tradicional y al conjunto de teorías funcionalistas y psicologista, mediante las cuales la profesión explica y actúa en lo social.

Esta perspectiva aboga por la descentralización y el fortalecimiento del trabajo en equipo. Aunque los modelos radicales permiten establecer una ruptura importante con las tradiciones positivistas presentes en la profesión y aportan elementos de valor para la consolidación de la misma bajo el amparo de las Ciencias Sociales, las demandas y necesidades que el conocimiento y la situación social le impone al Trabajo Social contemporáneo obliga a cuestionar el alcance y pertinencia de tales modelos en el momento actual.

Existen en ellos una perspectiva materialista y economicista que restringe la concepción humanista e integral de la Acción Social colocando un exagerado acento en la determinación de las necesidades

carenciales del tipo material como constitutivas del bienestar y por consiguiente de la política Social.

Ofrecen perspectivas globales que permiten explicar causas estructurales de los problemas sociales, pero se quedan cortas al tratar de elaborar enunciados coherentes que orienten o regulen la acción de manera crítica y reflexiva. Conciben la realidad como ahistórica, producto de la evolución natural, no de las fuerzas constructoras de los sujetos sociales y desconocen lo cotidiano y la multiculturalidad como constituyente de la misma.

La reconfiguración metodológica, en este nuevo siglo -instalan en el concierto de la profesión, parte de su preocupación por la interacción de las personas con su entorno social, desde una perspectiva integral, holística y global.

Los modelos contemporáneos están inspirados en la Teoría General de los Sistemas y en un conjunto de teorías sociológicas y filosóficas que como el interaccionismo simbólico, la fenomenología, la Teoría de la Acción Comunitaria, el Construccionismo, la Hermenéutica y la Cibernética de Segundo Orden se abren paso actualmente y permiten direccionar la actuación profesional colocando especial atención en la centralidad de la subjetividad como constitutiva de lo social.

Son modelos dinámicos, abiertos, flexibles y como tales están en proceso permanente de construcción y deconstrucción.

"La perspectiva sistémica capacita al Trabajador Social efectuar una gestión que genere acciones de cambio y en la cual las conexiones y relaciones que se establecen son vitales para superar el estancamiento y lograr ensanchar la unidad de análisis, llámese individuos, grupos, organizaciones o comunidades, mostrando alternativas nuevas y distintas" (Quinteros Ángela María, 1999).

Uno de los desarrollos más importantes de la actuación profesional desde la perspectiva sistémica la constituye el trabajo en redes, como sistema de apoyo social.

Dentro de la perspectiva sistémica, se encuentra el modelo Ecológico inspirado en la teoría biológica, este modelo asigna vital importancia al medio ambiente y a la autogestión.

Las tendencias contemporáneas abogan consolidar estos modelos comunicacionales, fundamento de la acción social, donde cobra vital atención dentro de ellos las perspectivas interaccionistas, fenomenológicas y hermenéutica.

Los modelos comunicacionales ofrecen elementos importantes para desenmarañar y comprender la complejidad de la conducta humana expresada en la interacción, centrando la atención profesional en aspectos muchas veces desapercibidos, tales como el entorno la subjetividad las emociones, las vivencias y las experiencias.

Enfatiza el lenguaje como acción y situación, la interacción y la subjetividad en primer plano para el abordaje de lo social, concibiendo a los roles de una manera distinta a la naturalización que hacen de ellos los modelos tradicionales.

La reconfiguración de la profesión en el siglo XX, le exige al Trabajo Social nuevos modelos de convergencia, que aboquen por la diversidad y el respeto por la diferencia. La concientización, el dialogo y el trabajo en conjunto constituye los ejes estructurales de sus propuestas de acción y los supuestos que lo respaldan son: el conocimiento holístico e integrador de las disciplinas y procesos socio culturales, el colaboracionismos, el trabajo en red, el derecho a la información y el establecimiento de mecanismos universales para compartirla.

"El nuevo orden mundial plantea a los profesionales cambios en sus roles y el Trabajo Social no puede estar ajeno a ello. (...) Configurar nuevas propuestas, articular nuevos sujetos y problemáticas y considerar otras perspectivas de acción diferentes a las que tradicionalmente se ha desarrollado es algunas de las tareas que se le exigen al Trabajo Social Contemporáneo."(Vélez Restrepo Olga Lucía, 2.003:83)

EL ESCENARIO ACTUAL

Las intervenciones en Trabajo Social que se dan en escenarios extraños caracterizados por la fragmentación social y la irrupción de las nuevas formas de exclusión. El trabajo Social va cimentando desde sus prácticas nuevas formas de conocimiento mucho más integradas y complejas, en tanto su expresión en lo micro social, como así también un conocimiento profundo en lo macro social.

La intervención del trabajador social toma la dirección a una conocimiento a disminuir, atenuar el padecimiento de quien consulta, en función de la recuperación de sus lazos sociales.

Desde esta perspectiva el trabajo social se funda como una disciplina caracterizada por su intervención en lo social y en segundo lugar a la construcción de conocimiento a través de la investigación.

En definitiva, lo que el Trabajo Social ha desarrollado con gran profundidad en los últimos años se ubica en tres esferas: la palabra, la mirada y la escucha, de ahí se construye una nueva forma de intervención relacionada con la nueva cuestión social.

Nuestra intervención implica, por un lado generar estrategias de recuperación de aquello que la crisis fragmentó o dejó en el olvido. Pero también es un espacio de interlocución entre Estado y Sociedad.

La intervención aparece como el lugar de formulación de nuevas preguntas, básicamente como espacio de creación de la agenda pública, como lugar que "hace ver", que genera instancias de interpelación. (Dr. Alfredo Carballeda, El trabajo Social, desde una mirada histórica centrada en la intervención)

CASO SOCIAL INDIVIDUAL- FAMILIAR DESDE UN ENFOQUE PSICOSOCIAL:

La definición de caso- social- individual desde el enfoque psicosocial, se refiere a 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, las pautas culturales y valoraciones (propias y de su contexto)

El proceso psicosocial hace referencia a la interacción de factores internos, por ejemplo: los sentimientos sobre el problema o la situación, y factores externos, equivalentes a las experiencias sociales. El objetivo psicosocial se alcanza por:

- Cambiar o mejorar la situación de la persona.
- Ayudar a cambiar sus actitudes o comportamientos dentro de la situación social.

Cambiando estas dos formas de asistencia.

El proceso metodológico se distingue por acceder al conocimiento de la realidad. Operativamente el proceso de conocimiento es de intervención- transformación. Los dos autores que sistematizaron la teoría y práctica del Servicio Social de Casos Individual- familiar fueron Perlman y Hamilton, quienes toman como base el método único científico, que propone la existencia de diferentes etapas básicas del proceso:

Fase Inicial:

Comprende la solicitud donde se pone en juego el proceso de admisión que permite un intento de diagnóstico preliminar de la capacidad del cliente y de la agencia para tratar su caso. Dewey explica que el hombre en este momento no puede deliberar y reflexionar debido a que las funciones del ego se encuentran debilitadas, lo cual genera incapacidad para afrontarla y aumento de tensión. Llega a la agencia en busca de ayuda en la resolución de su problema, para restablecer, conformar de nuevo y reforzar su ajuste y funcionamiento como ente social. Siente la incapacidad para conseguir una situación de bienestar.

El objetivo principal de esta fase es la formulación del problema, en donde se realiza el acopio de los datos para verificar y aclarar los

hechos, la clarificación como el fin de elaborar el problema, investigar las soluciones intentadas para revelar las tentativas erróneas para resolver la dificultad.

Desde el primer contacto se hace hincapié en la importancia de la relación profesional, que debe ser horizontal en tanto relación humana, y asimétrica en tanto relación profesional. Al respecto, la teoría de la comunicación racional establece la base para relacionarse y comprender al semejante y sus circunstancias. La práctica transformadora es realizada razonando con el sujeto involucrado, no es compulsivo desde lo externo.

A su vez, Dewey plantea que a pesar de que la persona en esta fase se ve obstaculizado pone en marcha un proceso de reflexión y deliberación, a través del cual se construye una "nueva lógica" (una lógica común), fundante de la respuesta, un posicionamiento diferente de la persona que demanda y una organización de sostén diferente para afrontar el motivo de la demanda.

El fin de esta fase según Perlman es comprometer al cliente voluntariamente en una relación de trabajo con la agencia.

En este momento se ponen en juego los procesos de Elegibilidad-Tratabilidad, Valoración para alcanzar la 21 fase.

La técnica principal para abordar esta etapa es la entrevista.

Fase de Diagnóstico:

Perlman parte de un esquema -triangular: Persona, Problema, Institución. Plantea el diagnóstico de aplicación del cliente y diagnóstico psicosocial dentro del cual establece la diferencia entre diagnóstico dinámico, clínico y etiológico. Diferencia el diagnóstico como proceso y producto.

Hamilton define evaluación al diagnóstico de aplicación del cliente y plantea el diagnóstico como configuración o Gestalt, subrayando la importancia de la causalidad.

Según Di Carlo, el diagnóstico es una comprensión dinámica del presente, con recuperación del pasado, en los aspectos que configuran la circunstancia inicial y en función de un futuro deseado. Se trata de captar el sentido y el significado de los hechos. Esta comprensión contiene la motivación y la capacidad física, intelectual activada o potencial de la persona para afrontar y sostener procesos de cambio.

Según Schutz, se debe distinguir entre:

Motivos "para": que determinan el estado de las cosas. El objetivo que se pretende alcanzar con la acción se relaciona con el futuro del actor y tiene un sentido subjetivo ya que significa lo que tiene en vista y da sentido a la acción. Es necesario tenerlos en cuenta al momento de comprender y planificar con el otro los cambios que desea realizar, cuales son sus intereses, expectativas, analizando conjuntamente la finalidad de la acción inteligente a realizar, en la construcción del proyecto.

Motivos "por qué": aluden a experiencias pasadas que lo han llevado a actuar como lo hizo; puede volver a su acción pasada como observador de sí mismo e investigar en virtud de que circunstancias se ha visto llevado a actuar como lo hizo (es una categoría objetiva, accesible al observador, que debe reconstruir la actitud del actor) Se tendrán en cuenta el significado, los diferentes factores causales, la interpretación de los valores, intereses y hábitos del individuo que lo llevaron a actuar determinada manera recuperando los significados, la intención del sujeto.

El diagnóstico es imprescindible para planificar una acción transformadora, arribando de esta manera a un examen racional del problema. A través de la comunicación se realiza la construcción de proyectos dentro de un proceso de proyección (imaginación) y actitud crítica, con el objetivo de intentar modificar una situación que se presenta incierta y confusa en una situación relativamente clara y definida.

Dewey, plantea la deliberación sobre caminos a seguir, tiene que ver con la posibilidad de colocar la situación actual en un futuro hipotético por medio de consecuencias deseadas (fines) Su función es despejar confusiones en la actividad presente, reanudar la continuidad, recobrar la armonía y utilizar los impulsos sueltos para dar una nueva dirección al hábito. Es un ensayo mental de las diversas líneas de acción posible, haciendo utilización del pensamiento.

Respecto a esto Di Carlo, refiere que el SS toma la dimensión del hombre como ser pensante en debate con sus circunstancias. El trabajador social debe movilizar y desarrollar las capacidades inteligentes del sujeto como persona, teniendo presente los conceptos de *auto-determinación y auto-responsabilidad*.

A esto Wastlawick explica que la elección de un proyecto introducirá un "*Cambio*" (*cambio 2*), que trascienda el sistema. Se necesita de una transformación que proporcione un cambio a un nivel superior; no es algo familiar, sino que aparece como abrupto, ilógico e impredecible. Se aborda la situación en su "aquí" "y ahora" y se aplican a los efectos "qué" y no a sus supuestas causas "por qué". Se da así un proceso de reestructuración que implica un cambio en el propio marco conceptual, en el sentido atribuido a la situación y no a los hechos concretos; hay una confusión inicial que prepara el terreno para una reestructuración.

Es importante destacar en esta fase la importancia de la noción de poder según Foucault, ya que el SS tiene la oportunidad de influir, trastocar y modificar los dispositivos o mecanismos que hacen que un discurso sea el sancionado como verdadero para una situación existencial específica. Las masas tienen conocimiento, pero existe un sistema de dominación que obstaculiza e invalida ese discurso y ese conocimiento.

El S. S. tiene la posibilidad de colaborar para cambiar la base de la sociedad y hacer que cada sujeto asuma la capacidad de ejercer el

poder desde el lugar que ocupa en la sociedad, trabajando en el cambio de un poder a otro. Hay que lograr identificar los saberes locales, las construcciones cotidianas de sentido, lo particular. El profesional debe tener en cuenta dos procesos:

Poner en suspenso las "formas" establecidas en el discurso, que son tomadas como verdades e indiscutibles.

Poner entre paréntesis lo que se considera verdadero de por sí en el discurso científico.

Debe analizarse la obviedad del comportamiento y las acciones del sujeto.

Fase de Tratamiento:

Denominada también fase de Ajustamiento según Hamilton. Su objetivo es estabilizar y mejorar el funcionamiento del cliente con respecto a su adaptación o ajustamiento social, con el fin de que exista un equilibrio entre los factores internos y externos. El ajustamiento es ayudar al cliente a reconocer lo que es real en el mundo externo.

Diferentes métodos: La Administración de un servicio práctico: el recurso es propiamente tratamiento, pero el TS capacita a la persona para utilizarlo de un modo constructivo.

Tratamiento indirecto (o manipulación del medio): para mejorar la situación con el objeto de reducir la tensión y las modificaciones realizadas, con el fin de ofrecer oportunidades para el desarrollo o el cambio de la personalidad. Se concede importancia a la modificación situacional, Tratamiento directo:

Entrevistas con el fin de inducir actitudes favorables y de mantener el equilibrio emocional de pueden adoptar medidas para desarrollar constructivamente la personalidad, por ejemplo:

Consejo

Entrevista Terapéutica

Transferencia

Movilización de afecto

Clarificación

Perlman propone un proceso de resolución de problemas. Crítica a Mary Richmond, ya que ésta hacía referencia a un sistema centrado en el problema (El trabajador social resolvía todo sin haber participación de la persona) Destaca la importancia de cuatro elementos que integran el TS individualizado: Persona, Problema, Institución, Profesional.

Por su parte, Hamilton incorpora la importancia de los valores en el método científico. Valores que deben alcanzarse objetivamente, convirtiéndose en parte de la disciplina y del propio método.

LA PERSONA:

Reconocemos a la comunicación racional, como la principal forma de establecer el vínculo entre trabajador social y asistido, acorde con esta perspectiva adherimos a los aportes de Osvaldo San Giacomo¹² en lo referente a la modalidad de conocer y comprender el objeto de estudio de trabajo social: los sujetos de la situación específica. El autor nos plantea que los sujetos sobre los que dirigimos nuestra atención profesional deben reconocerse como necesarios para el conocimiento objetivo de la realidad. Son personas cuyas acciones fueron realizadas de acuerdo a su naturaleza y carácter de seres capaces de elaborar y ejercer su pensamiento. Personas que están en una situación peculiar en cuanto a una disminución o pérdida de objetividad en sus conceptualizaciones respecto de los actos que realiza, por lo que puede necesitar de la atención profesional de un TS a fin de recuperar, mediante un proceso reflexivo para la atención de sus necesidades, los niveles de objetividad en las acciones que realiza.

Para hacer mayor hincapié en la persona, y los diferentes aspectos que se deben tener en cuenta de la misma a la hora de resolver el problema en el trabajo social individualizado, fueron de gran

¹² San Giacomo, Osvaldo. "Construcción del objeto y comunicación racional". Ed. Humanitas. Año 1996.

utilidad los aportes teóricos cae Perlman¹³ sobre los elementos del trabajo social individualizado. La persona es alguien que solicita auxilio en algunos aspectos de su vida socio-emocional, y en cuanto empieza a recibir tal asistencia se convierte en cliente.

La persona es un todo, que opera como una entidad física, psíquica y social. Es un producto en proceso de su modo de ser, de su ambiente físico y social, de sus experiencias pasadas, de sus percepciones y reacciones presentes y de sus aspiraciones futuras.

El TS no necesita conocer todas las dimensiones y aspectos dinámicos de la persona, sino que la naturaleza del problema y otros factores determinaran cuales son necesarios.

El ser humano con su comportamiento, manera de pensar, sentir y actuar se esfuerza por conseguir esa sensación íntima de satisfacción. La persona que nos solicita ayuda, solo puede llegar a ser conocida y comprendida mediante una atenta investigación del sentido que encierran los pequeños movimientos de su comportamiento.

La personalidad del cliente es una peculiar organización de los impulsos y su peculiar expresión a través de su conducta, sentimientos, manera de pensar, hablar y de actuar hacia el fin que considera adecuado y equilibrado.

Se considera que una persona desempeña su papel adecuada o inadecuadamente en la medida que se ajusta o se desvía de lo que se espera de ella. La persona acude al TS en un momento de inadaptación y desajuste en uno de sus papeles sociales de importancia vital. Por lo general su problema consiste en ser incapaz de realizar una o más de las tareas que le impone su vida de una manera gratificante y equilibrada.

Nuestro objetivo debe consistir en ayudarlo para que pueda aunar sus esfuerzos para afrontar sus problemas.

¹³ Perlman, Helen. "El Trabajo Social individualizado". Ediciones Rialp. Madrid. Año 1965.

El TS debe tener presente que la persona aportará, al momento de la entrevista sus afiliaciones de grupo de referencia, sus afiliaciones de grupo primario y su historia bio psicosocial con sus fuentes actuales, características personales que según Kadushin¹⁴ corresponderían a los antecedentes propios del entrevistador. Implementar el programa social de la institución de manera democrática, requiere revisar y actualizar de manera continúa los motivos más importantes de nuestra profesión, enunciados por Mary Richmond¹⁵. Estos son: la valoración de lo diferente como diferente en relación al hombre (individualidad) y la jerarquización de lo común en él. Los mismos nos dan la posibilidad de igualar las posibilidades de todas las personas con una acción inteligente en conjunto, que trata los casos diferentes de manera diferente.

EI AMBIENTE Y LA PERSPECTIVA DE REDES:

Existen elementos que delimitan y definen el campo, los cuales guían un cuadro hipotético de las intervenciones de Red:

- Redes Sociales, dentro de estas Primarias y Secundarias tomando como punto de partida la idea de lo comunitario en donde el hombre construye sus redes sociales y se relaciona con el tejido social. Las Redes Sociales tienen por finalidad satisfacer las necesidades de sus miembros y transmitir cultura y valores propios. Dentro de estas Redes Sociales, se distinguen: Red Social Primaria y Red Social Secundaria.

La *Red Social Primaria*, sería el conjunto de personas que están unidas por vínculos de familia, amistad, vecindad, trabajo, estudio y ocio. Su unión tiene que ver con un lazo afectivo. Todos los miembros de la red primaria se conocen, son permanentes en el tiempo y crean una historia. Configuran una totalidad en la que sus miembros están unidos por relaciones de naturaleza afectiva (positiva o negativa) más

¹⁴ Kadushin, Alfred. "La entrevista en el Trabajo Social". Ed. Extemporáneos. México. Año 1983.

¹⁵ Richmond, Mary. "Caso social individual". Ed. Humanitas. Buenos Aires. Año 1962.

que por su carácter funcional. Las redes primarias son portadoras de una cultura, que es producto de intercambios entre redes diversas y del contexto macrosocial. Cada persona nace en el interior de una red dada, que constituye su punto de partida, pero en el curso de su vida, hace elecciones que pueden llevarlo muy lejos de esto que constituye su condicionamiento inicial. Los atributos estructurales, funcionales y vincularas, que las distinguen.

Estas redes a diferencia de la familia, cumplen funciones que integran a éstas pero otras que exceden a la misma. Cada persona nace en el interior de una red dada, la cual constituye su punto de partida, pero a medida que transcurre su vida toma elecciones que hacen que pueda llevarlo muy lejos de esto que fue su condición inicial.

Las *Redes Sociales Secundarias*, serian los conjuntos sociales instituidos y estructurados en forma precisa para desarrollar funciones específicas, como la Escuela, la Empresa, el Hospital, etc. Estas redes cumplen roles predeterminados y tienen como función satisfacer necesidades básicas. Ante la ausencia de un Estado presente surgen las Redes Secundarias Informales (tercer sector), el cual se ocupa de las necesidades de carácter funcional como el ser cuidado, el recibir un servicio o una asistencia específica.

Las redes secundarias informales se estructuran en base al sentido solidario de quienes los integran y aseguran siempre, junto a la satisfacción material o de servicios, la satisfacción de necesidades psicosociales, tales como la seguridad, el afecto, la aceptación, la participación, etc.

- Redes Naturales, seria el espacio concreto (vida cotidiana) en donde interaccionan las personas para satisfacer sus necesidades. Serian os modos históricos, socioeconómicos y culturales puestos en marcha por las personas para llevar a cabo su proyecto de vida. Las redes naturales son zonas dinámicas en donde aparecen diversos sectores (amigos, parientes, compañeros, etc.) los cuales brindan

diferentes tipos de satisfacción a las necesidades de orden afectivo, material e informativo; permiten el acceso a bienes instrumentales, como materiales, servicios y bienes.

En tanto entidades complejas y cambiantes, podemos reconocer a las redes naturales una morfología que las distingue, la cual se hace visible a través de los atributos estructurales, funcionales y vincularas.

El primero de los atributos estructurales, esta referido al numero de miembros que integran, una red y nos permiten identificarlas según su tamaño, en pequeñas (hasta diez miembros), medianas (hasta treinta miembros) y amplias (mas de treinta miembros) la densidad, segundo atributo estructural, establece la cantidad de vínculos que establecen entre si los miembros de la red, dentro de cada sector y entre sectores. Otro de los aspectos observables es la composición, que refiere al número de sectores diferenciados que integran una red (familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, etc.). Con relación a estos sectores podemos analizar a su vez la distribución de los miembros en cada uno de ellos y la dispersión, referida a la ubicación geográfica de los miembros correspondientes a cada sector. Por ultimo el análisis de los integrantes sectoriales nos permite establecer la homogeneidad o heterogeneidad de la red, en la medida que sus miembros pertenezcan o no al mismo sexo, edad, cultura, nivel socioeconómico, etc.

Los atributos funcionales, están referidos al tipo de intercambios que los miembros realizan entre si, a los bienes que circulan entre ellos y que pueden ser de tres ordenes, efectivos, materiales e informativos.

Los atributos vincularas constituyen el conjunto de relaciones interpersonales que caracterizan a una red. Los vínculos que se establecen entre sus integrantes no son simétricos y equivalentes. Están caracterizados por la reciprocidad que puede ser mediata o inmediata.

Las redes emergen frente a los trabajadores sociales como un recurso con múltiples posibilidades, la tarea del profesional consiste en

descubrir en ellas las relaciones que mas convienen a la persona y procurárselas. A la hora de comprender su significado resultan de indiscutido utilidad, los aportes teóricos de la Licenciada Beatriz Castellano.¹⁶ La perspectiva de redes en la intervención profesional debe ser incorporada a nuestra 'caja de herramientas", como un elemento de vital importancia que evita 'el aislamiento de la persona, considerada esta como un ser social.

Entendemos a las redes sociales como entidades relacionases complejas de carácter colectivo, en las que podemos distinguir propiedades interactivas, estructurales y funcionales que les son propias. Tienen por finalidad la satisfacción de las necesidades de sus miembros (efectivas, informativas y materiales) y la transmisión de la cultura y valores que les son propias. Se pueden distinguir dentro de las redes sociales dos grupos: las redes sociales primarias y las redes sociales secundarias.

La dinámica de la red esta constituida por la serie de movimientos relacionases observables en el interior de las mismas como por los vínculos que esta establece con otras redes. Como resultado de esta dinámica propia, la red produce dos efectos fundamentales:

El discurso colectivo, es un conjunto complejo de normas, reglas y límites, valores, creencias y actitudes y modos peculiares de comunicación, que configuran la cultura que le es propia a cada red. En lo referido al Servicio Social, el respetar en los miembros de la red, el pleno poder sobre su propio proyecto de vida, sin caer en relativismos a ultranza, constituye una guía básica e insustituible en toda intervención.

El sostén social, es decir las redes naturales constituyen un espacio constructor de calidad de vida, brindando la oportunidad de acceder a bienes instrumentales o intangibles para su realización. A su vez la persona, modifica las valoraciones y pautas culturales de su contexto inmediato y del marco socio-político en el que se desarrolla.

¹⁶ Grupo EIEM. "Redes sociales naturales, un modelo de trabajo para el Servicio Social". Ed. Humanitas. Mar del Plata. Año 1997.

Producto de la interacción de la persona, sus relaciones inmediatas y su contexto, provee a través de tres tipos diferentes de aportes (el afectivo, el material y el informativo) las condiciones e insumos necesarios para el desarrollo integral de la persona como ser social.

Para la realización de una intervención de red, partimos de la premisa que las redes son portadoras de potencialidades. La implementación de un modelo de intervención implica la autodeterminación de las personas, sumado a las responsabilidades por parte del orden profesional; en cuanto a demanda/ respuesta por parte de la red.

LA DIMENSIÓN FAMILIAR

En 1960 Malinowski definía a la familia como una institución en su referencia a un grupo social concreto, que existe como tal en la representación de sus miembros, organizado en función de la reproducción (biológica y social) por la manipulación de los principios formales de alianza, descendencia y de consanguinidad y de las prácticas sustantivas de la división sexual del trabajo. A partir del sustrato biológico ligado a la sexualidad y a la procreación, se concebía a la familia como institución social que regula, canaliza y confiere significado social y cultural a estas dos necesidades. Incluía también la convivencia cotidiana, expresada en la idea del hogar y del techo: una economía compartida, una domesticidad colectiva, el sustento cotidiano. Podemos decir que esta idea de familia está en crisis porque los tres ejes centrales: sexualidad-procreación- convivencia, han ido variando significativamente como producto de las condiciones concretas y de la significación que para los sujetos adquieren las relaciones familiares en las actuales condiciones.

Actualmente podemos hablar de familia como organización social básica en la reproducción de la vida en sus aspectos biológicos, psicológicos y sociales, y en el mundo de la vida cotidiana, es un

espacio complejo y contradictorio en tanto emerge como producto de múltiples condiciones de lo real en un determinado contexto socio-político, económico y cultural, atravesada por una historia de modelos o formas hegemónicas de conformación esperadas socialmente y una historia singular de la propia organización, donde confluyen lo esperado socialmente, lo deseado por la familia y lo posible en el interjuego texto - contexto. Hoy la familia adquiere diferentes formas como por ejemplo: madres solas con hijos a cargo, matrifocalidad (donde la mujer regula el ingreso del sexo masculino según el aporte que el hombre haga a la economía doméstica), familias ensambladas o reconstituidas (formadas por hombres y mujeres que vienen de una experiencia de constitución familiar anterior donde en general conviven los hijos de un miembro de la pareja con los hijos del otro miembro a lo que se agrega los hijos que puedan tener los nuevos cónyuges), familias donde un miembro de la pareja no convive pero continúa formando parte y teniendo relaciones permanentes con el grupo familiar, hombres solos con hijos a cargo, parejas de homosexuales, mujeres con hijos voluntaria o involuntariamente concebidos, mujeres solteras con hijos naturales y adoptivos, mujeres con hijos de diferentes uniones. Existen diferentes situaciones que influyen como: disminución en general del número de miembros, postergación de la edad para casarse, desocupación significativa y creciente de hombres, mayor incorporación de la mujer al mundo social y del trabajo.

La familia es la unión de personas que comparten un proceso vital de existencia en común, que se quiere duradero, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia ha dicho grupo, existe un compromiso formal entre los miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia. Cada familia es también vehiculizadora de normas, valores y sistemas sociales de representación, desde donde construye su mundo, sus modos de interacción, que le dan sentido y un modo de entender las funciones y roles vinculados a: la sexualidad, la reproducción, la socialización, el

cuidado de sus miembros en relación a necesidades socio- culturales - materiales de: trabajo, alimentación, salud, educación, vestido, vivienda, seguridad y necesidades intangibles como afecto, participación, creación, aprendizaje, etc.

El ciclo de vida familiar trata de incorporar una mirada dinámica apuntando a determinar las principales etapas que atraviesa la familia, ya que cada una se traduce en diferentes configuraciones familiares: tamaño el hogar, composición, hechos y conflictos intrafamiliares niveles de ingresos, composición del consumo familiar, distribución de roles intrafamiliares, demanda de servicios sociales básicos, etc.

Por ultimo debemos mencionar las estrategias familiares de vida, son aquellos comportamientos de los agentes sociales que se relacionan con la constitución y mantenimiento de unidades familiares en el seno de las cuales pueden asegurar su reproducción biológica, preservar la vida y desarrollar todas aquellas prácticas económicas y no económicas, indispensables para la optimización de las condiciones materiales y no materiales de existencia de la unidad y de cada uno de sus miembros. Podemos hablar de comportamientos referidos a: constitución de la unidad familiar, procreación, preservación de la vida, socialización y aprendizaje, ciclo de vida familiar, obtención y asignación de los recursos de subsistencia, migraciones laborales, localización residencial, allegamiento co habitacional, cooperación extrafamiliar.

II. LA INSTITUCIÓN

La institución es el lugar donde acude una persona en busca de ayuda para resolver sus problemas. Las instituciones pueden ser públicas, privadas o mixtas y estar dedicadas a diferentes ámbitos: educación, salud, justicia, etc.

El trabajador social desarrolla su quehacer profesional en una institución, es por esto que se hace necesario conocer la dinámica y los procedimientos que en ella se llevan a cabo.

El concepto de institución se utiliza por una parte para designar un conjunto de normas, roles y pautas de comportamiento socialmente sancionadas. Aceptadas por una determinada sociedad o parte de ella, las instituciones tienen por finalidad regular las actividades de los individuos para asegurar la satisfacción de alguna necesidad básica de carácter colectivo. Fundamentalmente en todo lo concerniente a las costumbres o formas de proceder en las relaciones sociales. Cada individuo está presionado a cumplir con las pautas institucionalizadas.¹⁷

Otra acepción define a la institución como "objeto cultural que expresa cierta cuota de poder social"... "refiere a normas- valor de alta significación para la vida de un determinado grupo social, fuertemente definidas y sancionadas- formalizadas en el caso de las leyes- con amplio alcance y penetración en la vida de los individuos"¹⁸

En sus orígenes, la definición de institución, la encontramos muy ligada a la sociología, aparece con Comte y Spencer en el siglo XIX y es sistematizado por la escuela de Durkheim en el siglo XX, hasta que luego es excluida poco a poco del vocabulario de ésta ciencia.

Recorriendo las diferentes disciplinas científicas tales como la biología, Psicología, filosofía, se ha intentado abolir la visión demasiado objetivista de la institución en el sentido que le daban los primeros sociólogos.

Desde ésta nueva perspectiva surge el intento de describir la interiorización de las instituciones, yendo a veces hasta el inconsciente de las normas y las formas institucionales.

La teoría marxista permite contemplar a la institución desde una óptica diferente, planteándonos que las instituciones, al igual que la ideología, forman parte de la superestructura, la cual actúa sobre la base material, como la base material actúa sobre la superestructura. Ésta dialéctica es la que caracteriza al materialismo.

¹⁷ Ander Egg, E. "Diccionario del Trabajo Social". Ed. Lumer. Año 1995.

¹⁸ Fernández, L. "Instituciones educativas". Ed. Paidós. Año 1996.

Las instituciones en general, cuyo aval jurídico y material es el Estado, cuentan siempre con una base material que las atraviesa tanto en lo económico, lo político, como en lo ideológico. Sin embargo las diferentes tendencias marxistas no hacen en realidad más que dar la vuelta, sin someterla a discusión a la tesis tradicional en materia de instituciones. Como máximo se propone contemplar una "autonomía relativa" de las formas institucionales y de los "aparatos ideológicos del estado". Asimilada a la sola instancia de lo instituido. Se olvidan la unidad negativa de las formas sociales en beneficio de un positivismo ciego, La negatividad que actúa en el interior de las instituciones y en el conjunto del sistema económico aparece estigmatizada por el sociólogo con el nombre de desviación y con el nombre de izquierdismo por el marxista dogmático.

El análisis institucional, o socio análisis, tiende a superar el sociologismo, en cuanto negación dentro de la institución: de lo político y lo económico. Analizar una institución desde el punto de vista institucional, consiste en desentrañar el objeto de la institución, es decir el conjunto de fuerzas sociales que operan en una situación regida en apariencia por normas universales con vistas a una función precisa.

La institución es el lugar donde se articulan, se hablan las formas que adoptan las determinaciones materiales y sociales. Se trata del lugar en que la ideología viene permanentemente activada por la negatividad que introduce la infraestructura (base material, base social simultáneamente). Pero a su vez ésta primera negación resulta negada por la institucionalización de las formas sociales de perspectiva racional, funcional que expresan, ocultándolas las determinaciones materiales y sociales.

Con estos tres momentos de la institución, a saber: lo instituido, lo instituyente y la institucionalización, el concepto de institución se manifiesta como instrumento de análisis de las contradicciones sociales.

En lo que se refiere a la administración de una institución, adhiero a la teoría de los sistemas, ya que al posicionarnos en ella, ampliamos nuestra mirada al analizar una organización, teniendo en cuenta la totalidad de los fenómenos asociados a la misma, de una manera holística. Ésta teoría, considera a un sistema como un todo unitario y organizado compuesto por dos o más partes recíprocamente relacionadas y articuladas en una totalidad, con ciertas propiedades, posiciones, 2x4 interrelaciones. Al mismo tiempo estas partes configuran un conjunto alienado por límites identificables, ya sea de su ambiente o del contexto que constituye el sistema más amplio que lo abarca (o suprasistema)

El funcionamiento de una organización comporta la actuación de personas que deben realizar actividades y tareas que implican operaciones conjuntas. Ahora bien es imposible realizar operaciones conjuntas, sin una adecuada coordinación operativa, la necesidad de coordinación dentro de una institución u organización está impuesta por la división de trabajo que a su vez es una exigencia de una buena organización.¹⁹

Toda organización puede ser identificada como una estructura, y se materializa a través de una estructura. Estructura se define por los recursos de que dispone, y el uso que de ellos hace, por las relaciones entre sus integrantes y con el entorno, por los modos que dichas relaciones adoptan, por los propósitos que orientan las acciones y los programas existentes para una implementación y control.

Para las instituciones, en especial las que realizan programas de servicio social, es de fundamental importancia el estar alerta a los cambios sociales que ocurren en el medio circundante o suprasistema ambiental, para poder ajustar su estilo de trabajo de manera apropiada a las nuevas situaciones y necesidades sociales.

¹⁹ Ander Egg, E. y Aguilar, MJ. "Administración de programas de acción social". Ed. Servicio Central de publicación del Gobierno Vasco. Año 1990. Pág. 39.

Un aspecto importante del suprasistema, lo constituye la cultura, la cual influye notablemente en la naturaleza y funcionamiento de las organizaciones y su administración. Cuando hablamos de cultura nos remitimos al modo de ser, de hacer y de pensar del grupo humano en el que queremos hacer funcionar determinada institución. Si la institución ha sido desbordada en lo que refiere a su capacidad de respuesta a las demandas específicas de su "clientela", tiene que replantearse su perfil estructural o funcional, de lo contrario ha perdido su razón de ser.

Una organización tiene pautas culturales que se encuentran instituidas en todo su sistema organizacional, pero a su vez existen culturas locales o sectoriales que poseen caracteres propios como "la tecnología, los hábitos y modos de conducta aprendidos en la vida organizacional, la valoración social de los puestos de trabajo y funciones, su estratificación, los roles que se instalan dentro del grupo de trabajo, los actos simbólicos tales como ritos o ceremonias que no están escritos pero funcionan como rutinas. La comunicación sea horizontal o vertical, los tipos de relación que se generan entre los participantes, ya sean por razones efectivas o técnicas y al sistema de valores, mitos o creencias que se desarrollan en los grupos de trabajo."²⁰

La cultura se forma y se modifica en la cotidianidad de las relaciones internas y externas de la organización, por otro lado, la cultura nunca es totalmente aceptada ni totalmente rechazada, nunca terminan las fuerzas dominantes de instituirse y tampoco elementos contestatarios generan un cambio radical de rasgos que definen a la cultura.²¹

La organización en tanto modo de relación instituido o establecido condiciona la estructura de las diferentes áreas que posee, pero las condiciona en una medida variable ya que ésta variación tiene que ver con la capacidad de plasticidad que posee dichas áreas o servicios.

²⁰ Etkin, J. Schvarstein, L. "Identidad de las organizaciones". Ed. Paidós. BS. AS. Año 1994.

²¹ Etkin, J. Schvarstein, L. "Identidad de las organizaciones". Ed. Paidós. BS. AS. Año 1994. Pág. 34.

Ésta plasticidad que se observa en diferentes espacios permite que surjan innovaciones y diferentes modalidades de trabajo que se alejan de lo instituido por la organización.

IIICAMPO DE LA SALUD: CONCEPTO DE SALUD, APROXIMACIONES HISTORICO-EPISTEMOLOGICAS

En el pasado las Ciencias Sociales se conectaron con las Ciencias de la Salud desde un "Para". La incorporación de conocimientos sociales en la práctica sanitaria puede registrarse desde el momento en que se buscaron tanto explicaciones como soluciones, con relación a las dolencias. Concretamente la vinculación de las ciencias de la salud con las ciencias sociales es más reciente: el desarrollo de estas últimas se dio a inicios del siglo XX.

Actualmente se plantea la relación entre las ciencias sociales y de la salud desde dos aspectos: lo histórico-epistemológico y lo político-económico. En relación a los hechos históricos-políticos determinantes en la construcción del campo de la salud, podemos incluir a la Revolución Industrial como uno de los hechos de mayor importancia histórica. Esta surge en Inglaterra, Francia y Alemania entre 1830 y 1880; lo cual permitió la comprensión de la crisis sanitaria como proceso político-social que en su conjunto recibió el nombre de Medicina Social. Paralelamente se desarrolla en Estados Unidos el movimiento denominado Sanitarismo, centrado en la aplicación de tecnologías y la racionalización de recursos destinados a sectores marginales.

A partir del siglo XX en Estados Unidos, se retorna al concepto tecnicista de la salud construido desde las bases positivistas (paradigma positivista) el cual se centra en la realidad objetiva, utiliza métodos y presupuestos derivadas de las ciencias naturales, basado en lo cuantitativo. Su finalidad es conocer para describir, explicar y predecir.

Así se sustituye la idea de higiene por prevención. Es decir, que la noción de prevención es redefinida, incorporándose a ésta la totalidad de la práctica médica (primaria-secundaria-terciaria). Paradigma simbólico- interpretativo, se centra en una realidad subjetiva, contextualizada de acuerdo con el objeto, utiliza como método el razonamiento de lo general a lo particular (al contrario del positivista que va de lo particular a lo general), se basa en lo cualitativo. Su finalidad es conocer para comprender e interpretar el objeto de estudio en su contexto.

Esto quiere decir, que los conceptos de salud y enfermedad estuvieron atravesados por distintos estadios del capitalismo. Lo que significa, que dentro del área de la salud se han redefinido los conceptos de acuerdo a los movimientos históricos de recomposición de las prácticas sanitarias derivadas de las distintas articulaciones entre sociedad y Estado; las cuales definieron (y definen) las respuestas sociales a los problemas de la salud por tal motivo, el concepto de salud ha evolucionado con el paso del tiempo hasta alcanzar una definición científica. No únicamente como ausencia de enfermedad, sino como "un estado completo de bienestar físico, mental y social. Tornado esto como un derecho fundamental de todo ser humano, cualquiera sea su raza, religión, ideología política y condición económico-social". Paradigma materialista- simbólico, se centra en una realidad como momento histórico tiene una visión global y dialéctica, utiliza como método la reflexión, acción y participación. Su finalidad es conocer para transformar y cambiar.

¿A QUE NOS REFERIMOS CUANDO HABLAMOS DE SALUD?

Definir el concepto de salud no es tarea fácil por los múltiples elementos que lo determinan.

A lo largo de la historia encontramos multitud de definiciones, que generalmente obedecen a las características propias de cada momento

histórico. Es a partir de 1958, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS. 1956) define salud como: "El estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad".

Esta definición de salud incorpora el factor social como elemento que también conforma el bienestar de las personas, además de los factores, físico y mental, tradicionalmente considerados. El factor social es además un elemento determinante de la calidad de vida y el bienestar de las personas que pasa a depender, no sólo del mundo de la sanidad, sino también del mundo social.

En esta época, la prevención de las enfermedades, la curación y la rehabilitación se convierten en las actividades más idóneas para proporcionar salud a los ciudadanos.

Mental

Física

Social

Posteriormente, a partir de factores de cambio, como el paso de las enfermedades agudas a las crónicas, el aumento de la esperanza de vida y el cambio en las causas de mortalidad, junto con otros factores, han dado pie a nuevas definiciones de salud. Mencionamos la definición elaborada en el Congreso de médicos y biólogos catalanes (Perpinya, 1976) donde se entiende el concepto de salud como "una forma de vivir autónoma, solidaria y alegre". En referencia a estos tres conceptos queremos destacar que:

"Una manera de vivir es sana cuando es autónoma, es decir, cuando con o sin enfermedad la persona tiene el mínimo de limitaciones".

"El valor autonomía y el valor solidaridad juntos tienen en valor determinante entendiendo la salud como un bien individual y social".

"Una forma de vivir alegre responde a la relación positiva que se puede tener frente a una realidad adversa igual que frente a una realidad amiga".

A partir de ésta nueva concepción de salud, se añade a las ya mencionadas actividades de prevención, curación y rehabilitación, las actividades de la promoción de la salud y educación para la salud en la atención a la salud personas.

DETERMINANTES DE LA SALUD

**SALUD ESTILO DE VIDA BIOLOGÍA HUMANA SISTEMA DE
ASISTENCIA
SANITARIA
MEDIO
AMBIENTE**

Desde esta perspectiva, la salud es un recurso para la vida diaria y no el objetivo de la vida misma. Se entiende como un proceso dinámico, responsable, participativo y equilibrado que tiene la finalidad de aproximarse a un estado ideal al que siempre nos podemos acercar un poco más.

El aporte de Miguel Sánchez González al concepto de salud está referido a que ninguna definición puede expresar todo lo que el ser humano ansía. Y ningún concepto puede encerrar todo lo que el hombre es capaz de ser y de realizar.

El ser humano está siempre insatisfecho con lo que ya es en un ser nostálgico del paraíso, que continuamente está rediseñando su propia vida. En este sentido el concepto de salud siempre tendrá una dimensión creativa, ideal o utópica y al mismo tiempo cambiante.

Resulta difícil encontrar una definición única y universal del término "salud". Ello se debe a que esta palabra: 1) es usada en

contextos múltiples y distintos; 2) se asienta en diferentes presupuestos básicos; 3) encarna aspiraciones ideales sobre el estado de vida deseable.

EL CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA Y LA EVOLUCIÓN DE LOS PARADIGMAS DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD.

Los estudios sobre *calidad de vida* permiten abordar la causalidad de la salud y la enfermedad, al estudiar las condiciones de vida en las que transcurre la vida cotidiana de las personas.

Los estudios de calidad de vida permiten buscar información con metodología y técnicas adecuadas, acerca de cómo se están estructurando las condiciones de vida en la sociedad, en las instituciones, en la familia y en el individuo, y las consecuencias que pueden producir en la salud / bienestar de las personas. Por tanto, permiten estimar la calidad de vida que se está gestando y orientar dichas condiciones para propiciar los objetivos de nuestras concepciones filosóficas y humanistas, así como los proyectos de intervención social.

SALUD-ENFERMEDAD:

De acuerdo con la transmisión social de la enfermedad basada en la prevención, se retorna a medidas profilácticos en la antigüedad, luego en el siglo XIX se desarrolla el método científico²², cuyas disciplinas son la medicina preventiva y social, sanidad y salud pública, utilizando métodos de trabajo como encuesta sanitaria a la población y su ambiente, realizando programas de salud basados en la epidemiología, otorgando educación sanitaria a través del fortalecimiento de la prevención individual (cuidado del cuerpo, hacer deporte, buena alimentación e higiene personal).

²² Página Web. "Educación de la salud. A qué nos referimos cuando hablamos de salud". Año y editorial desconocido.

SALUD:

Es un proceso histórico social, ligado a la Calidad de Vida, la salud no es un estado, tampoco lo es la enfermedad, ambas son parte de un proceso multidimensional y fluctuante. En el transcurso de la vida nos acercamos a uno u otro extremo salud- enfermedad según se rompa o se refuerce el equilibrio dinámico de diferentes factores: físicos, biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales. Desde este aspecto se considera al ambiente en su sentido más amplio, involucrando los aspectos políticos y económicos en sus niveles micro y macro sociales.

La salud es interpretada como la capacidad de cada persona de expresarse en cualquier circunstancia, desarrollando en cada medio su potencialidad. La salud individual además, está condicionada por la economía del país y políticas micro y macro sociales que se definen en cada contexto histórico determinado.

ATENCIÓN DE LA SALUD:

Desde la dimensión de su construcción social los procesos de salud- enfermedad-atención, constituyen una trama de representaciones y prácticas en los que se articulan procesos económicos, sociales, políticos e ideológicos (Kornabiet).

La atención de la salud esta conformada por todas las acciones ejercidas sobre las personas, directa o indirectamente por los profesionales, técnicos y personal auxiliar, que componen los equipos de salud interdisciplinarios a través de la: promoción, prevención, diagnóstico temprano y tratamiento oportuno, rehabilitación, educación, investigación y administración.

-La promoción: tiene como fin favorecer y estimular al máximo las actividades de relación del hombre con su ambiente, favoreciendo su bienestar. Su principal instrumento es la educación para la salud.

-*La prevención:* evita la aparición de la enfermedad por medio del conocimiento y de recursos tecnológicos específicos vacunaciones, inmunizaciones.

-*El diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno* son acciones que limitan la incapacidad, daño o lesión, que intervenculan la recuperación en la rehabilitación.

-*La rehabilitación* se refiere a acciones para integrar a la población enferma al máximo de sus capacidades potenciales haciéndolos útiles a la sociedad y asimismo, en sus aspectos biológicos, psicológicos y socio-económicos.

-*El proceso educativo* en sus aspectos de formación, capacitación y entrenamiento ocupan importantes espacios en la atención de la salud.

El carácter interdisciplinario de los equipos de salud, como sus variadas problemáticas, el enfoque sistemático de la atención, las características de la demanda enfrenta con las necesidades reales, definidas a través de la participación comunitaria activa, son aspectos que exigen la aplicación de la investigación.

El desarrollo de adecuados mecanismos de gestión administrativa garantiza la eficiencia y eficacia de los servicios de salud.

MODELOS DE ATENCIÓN:

-Modelo Tradicional: se basa en el conocimiento, opiniones y prácticas determinadas por la cultura y la religión. Dependen de la organización social y factores culturales.

-Modelo Médico: se basa en las opiniones y prácticas científicas, típicamente en la base del conocimiento médico y de la salud.

El sesgo del modelo médico es la percepción biológica y médica de normalidad y la estrecha banda de conocimientos legítimos, sólo se relacionan con lo médico y la salud.

-Modelo Social: se basa en los conocimientos y provenientes de la experiencia, las opiniones y las prácticas de las personas con discapacidad.

En el modelo social, las reglas se van determinando como parte de un proceso de selección y dentro de la filosofía de la vida independiente, contando siempre con una fuerte organización en la comunidad de personas con discapacidad. Incorpora las investigaciones acerca de la calidad de vida, satisfacción del usuario, la participación y la accesibilidad de las personas con discapacidad a diversos ambientes.

-Modelo de integración: la base de conocimiento es muy amplia, incluye las ciencias médicas y las experiencias de las personas con discapacidad. Es un modelo que está en construcción.

PROBLEMÁTICAS RELEVANTES:

Las problemáticas en el campo de la salud en Argentina se evidencian en diferentes ámbitos de la sociedad:

Desde lo político: a través de políticas públicas se observa,

-falta de equidad en distribución de recursos debido al reducido presupuesto económico nacional en materia de salud

-falta de políticas de prevención y promoción de la salud

Desde lo administrativo y gestión: se manifiesta por,

-escasez de recursos humanos, materiales e institucionales

-ineficiente administración de los mismos (incompetencia y corrupción)

-mercantilización de la salud producto de las negociaciones entre laboratorios privados,

-inexistencia de equipos de alta tecnología

-desfasaje entre la oferta de salud y la demanda creciente de los servicios públicos sanitarios.

Desde el entorno o ámbito comunitario: se visualizan,

-políticas desvinculadas de la realidad local,

-espacios escasos de participación comunitaria

Desde el ámbito individual-familiar: se presenta,

-falta de contención familiar del paciente

-representación social de la patología (prejuicios, discriminación, impotencia, etc.).

Desde el ámbito ecológico: a través del medio ambiente se evidencia

-el impacto que la contaminación ambiental junto a la situación

Socio-ocupacional tiene en la salud y en la atención de la población

(ocupacional-habitacional-económico-ecológico, etc.)

SALUD-DISCAPACIDAD

La problemática de Discapacidad nace en el mundo con los heridos de la Segunda Guerra Mundial (1939- 1945), y en la Argentina²³ se convierte una necesidad con la gran epidemia de poliomielitis de 1956. Desde entonces se ha estudiado al hombre que ha sufrido una alteración neuro- músculo- esquelético, sensorial, psíquica o social. Definiendo a este como *Discapacitado*. La experiencia de la discapacidad es única para cada individuo, no sólo porque la manifestación concreta de la enfermedad, desorden o lesión es única, sino porque esta condición de salud estará influida por una compleja combinación de factores (desde las diferencias personales, experiencias, antecedentes y bases emocionales, contexto físico, social y cultural en que vive la persona).

²³ Conferencia sanitaria Panamericana. Año y editorial desconocido.

La discapacidad y su construcción varían de una sociedad a otra y de una época a otra; y van evolucionando con el tiempo.

La clasificación de organización Mundial de la Salud se basa en que la discapacidad es un rango de aplicación universal de los seres humanos y tampoco un indicador único de un grupo social.

A partir de 1980, la OMS planteó la Discapacidad desde la CIDDM, Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías.

Deficiencia, a toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

Discapacidad, como toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.

Minusvalía, situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o una discapacidad que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso.

En el año 2001 surge otra visión más amplia de discapacidad, CIF (Clasificación Internacional del Funcionamiento de la discapacidad y de la salud). Esto quiere decir que ya no se enuncian tres niveles de consecuencias de la enfermedad, sino que se habla de *Funcionamiento*, como término genérico para designar todas las funciones y estructuras corporales, la capacidad de desarrollar actividades y la posibilidad de participación social del ser humano. *Discapacidad*, recoge las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la capacidad de llevar a cabo actividades y las restricciones en la participación social del ser humano.

Salud, elemento clave que relaciona a los dos anteriores.

En la CIF se contempla el problema de la discapacidad, entendida globalmente, como una interacción multidireccional entre la persona y el contexto socio ambiental en el que se desenvuelve, es decir, entre las funciones y las estructuras alteradas del cuerpo, las actividades que

puede realizar, su participación real en las mismas y las interacciones con los factores externos medioambientales que pueden actuar como barreras y/ o ayudas.

A partir de este esquema básico se desarrolla todo un sistema de clasificaciones y subclasificaciones, donde la OMS propone un nuevo esquema; centrado en traspasar las barreras de la enfermedad, (entendida en su concepción básica) se trata de ir más allá del proceso mismo de la enfermedad y clasificar las consecuencias que ésta deja en el individuo tanto en su propio cuerpo, como en su persona y en su relación con la sociedad.

²⁴"Esquema viejo" ETIOLOGÍA - PATOLOGÍA – MANIFESTACION

**"Esquema nuevo" ENFERMEDAD - DEFICIENCIA
DISCAPACIDAD - MINUSVALÍA.**

Así la OMS, abandona el enfoque primitivo de "consecuencias de la enfermedad", para enfocar el objetivo hacia la salud y los estados relacionados con la salud. Ósea, el término de enfermedad ya no es empleado, apareciendo sobre este el término de estado de salud.

De acuerdo a esta nueva significación de lo es la salud, como un logro de bienestar social de la comunidad, hace necesario contar con un Servicio Social Hospitalario dinámico y operativo. Se toma al Servicio Social como la unidad responsable del estudio de los problemas sociales (emocionales, económicos y culturales) que influyen en los estados de salud de los individuos, grupos y comunidades, así como su prevención y solución mediante la aplicación de métodos y técnicas específicas. Además de su destacada participación en los aspectos de **Prevención**, (Atención Primaria de la Salud, prevención, promoción de la salud; se trata de atender en qué

²⁴ Semal 2002. "Introducción a la clasificación de un modelo más integrador". Año y editorial desconocido.

estado se encuentra la salud de las personas, de una zona determinada y de la comunidad en general. El alcance del área municipal son las unidades sanitarias. **Recuperación** (atención secundaria, se trata cuando la enfermedad ya está instalada, intervienen todas las especificidades. El alcance del área son los hospitales o clínicas privadas) y **rehabilitación** (Atención terciaria, incluye la rehabilitación, herramientas que se utilizan para rehabilitar a la persona de acuerdo con sus potenciales remanentes, esta también incluye a la atención primaria y al secundaria, porque supero la enfermedad y por otro lado educo a la persona y logro un cambio perdurable en el tiempo. **Organiza** acciones para contribuir al **objetivo de la Atención de la Salud.**

Gustavo Parra, ubica la intervención del Servicio Social en la salud de acuerdo, con tres sucesos:

El movimiento de los médicos higienistas, de acuerdo con el proceso de urbanización e industrialización; los problemas comienzan a enmarcarse en relación a las condiciones de vida, en cuanto a sus condiciones de trabajo, hábitos y costumbres. Se destacan las demandas de los higienistas hacia el Estado para que intervenga en los efectos de la cuestión social. En un principio los higienistas estuvieron vinculados al ideario liberal, se dedicaron a epidemias y enfermedades exóticas. Luego, fueron atravesados por el ideario socialista y el catolicismo social, siendo el centro enfermedades infectocontagiosas y los vicios: se divide en pobres buenos y pobres vergonzantes (modelo asistencial).

El catolicismo social, corriente que proclama los ideales sociales-cristianos sustentados por la Iglesia (pensamiento conservador reformista).

El movimiento obrero, conformado por numerosas mutualidades y sindicatos. Incluyó distintas corrientes. Sus preocupaciones centrales fueron las condiciones laborales, el salario, y la extensión de la jornada laboral. El Estado respondió a las movilizaciones a través de la represión.

TRABAJO EN EQUIPO INTRA-MULTI-INTER-TRANSDISCIPLINARIO

El enfoque multidisciplinario²⁵ es aquel caracterizado por una simple yuxtaposición de áreas del conocimiento, en el cual cada disciplina se dedica a su especialidad sin que haya una relación, ni se evidencien modificaciones o transformaciones en las disciplinas involucradas. Consiste en estudiar diferentes aspectos de un problema y desde su propia disciplina, ya sea dando respuestas en cuanto tales especialistas, ya sea constituyendo un equipo polivalente que se enriquece por el cruzamiento de diferentes enfoques teóricos, en el fondo se trata de una lectura de un problema, según el enfoque selectivo de cada disciplina

La aproximación interdisciplinaria surge ante la demanda social, ante las situaciones problemáticas complejas a resolver y por la evolución interna de las ciencias. Este tipo de trabajo favorece la integración y produce conocimientos. La orientación interdisciplinaria surge de una concepción constructivista de la realidad, siendo esta considerada una totalidad estructurado y estructurante, desde esta visión, la interdisciplina reconoce que la realidad no es algo obvio, unívoco y simple que se puede comprender fácilmente, sino que es contradictoria, cambiante.

En este sentido la interdisciplina se basa en la complejidad y unidad de la realidad y en la- división del trabajo científico necesario para la evolución de la ciencia. La interdisciplinariedad incluye intercambios disciplinarios que producen enriquecimiento mutuo y transformación, estos intercambios implican además, interacción, cooperación y circularidad entre las distintas disciplinas a través de la reciprocidad entre las áreas, intercambio de instrumentos, métodos, técnicas, etc.

²⁵ Elichiri, Nora. “La importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias”. Año y editorial desconocido.

Debemos mencionar que lo interdisciplinar, el logro de una conjunción teórica nueva mas allá de las disciplinas particulares puestas en curso, solo podría lograrse con equipos de representantes de las diferentes disciplinas aunados en un trabajo a largo plazo que posibilite una conceptualización y un lenguaje común.

La orientación transdisciplinaria es una aproximación metodológica que compatibiliza la unidad y diversidad de la ciencia, supone un sistema total que integra las distintas disciplinas a través de un marco conceptual común. La aproximación transdisciplinaria no se contentaría con lograr interacciones o reciprocidades entre investigaciones especializadas sino que situaría estas conexiones en el interior de un sistema total sin fronteras estables entre las disciplinas. Esto nos brinda un intento de explicación científica totalizadora de la realidad.

EL SERVICIO SOCIAL EN EL CAMPO DE LA SALUD:

La significativa contribución que realiza el sector salud para el logro del bienestar social de la comunidad, pone de relieve la necesidad de contar con un servicio social hospitalario dinámico y operativo, porque dichos programas sanitarios tienen por destinatarios al hombre que es el fundamento del proceso de desarrollo de la comunidad.

Teniendo en cuenta las características de nuestro país, sus problemas económicos y sociales no debe desestimarse el aporte de esta profesión puede realizar en los programas de salud.

El servicio social es la unidad responsable del estudio de los problemas sociales (emocionales, económicos y culturales) que influyen en los estados de salud de los individuos, grupos y comunidades, así como su prevención y solución mediante la aplicación de métodos y técnicas específicas.

La finalidad fundamental del servicio social es la de crear una actitud crítica respecto a las causas de los problemas sociales,

contribuyendo a que las personas, grupos y comunidades, participativa y solidariamente, organicen las acciones y recursos que apunten a prevenirlas y lo solucionarlas. Cabe pues al servicio social una participación destacada en los aspectos de prevención, recuperación, protección y promoción de la salud, rehabilitación, organizando sus acciones para contribuir al objetivo de La Atención de la Salud.

A partir de la consulta realizada en páginas Web y textos de servicio social que estudian la problemática de la discapacidad y la rehabilitación se observa que no existen diferencias sustanciales en los objetivos y metas a alcanzar para transformar la realidad de las personas con capacidades diferentes.

A continuación se realiza una síntesis de los objetivos, metas, políticas a implementar y actividades a realizar del S.S. respecto esta problemática a nivel general:

- Garantizar la dignidad e integridad social de las personas con discapacidad, favorecer la unidad y la fuerza de la familia, e impulsar el desarrollo armónico de la comunidad y la sociedad en su conjunto para brindarles oportunidades de desarrollo individual y social
- Participar en la reformulación del marco legal del Sistema de asistencia social en lo referente a la atención de personas con discapacidad.
- Ampliar la accesibilidad de las personas con discapacidad y la cobertura de atención de los servicios de prevención, rehabilitación e integración social.
- Fortalecer la participación y cooperación social así como promover una cultura corresponsabilidad, equidad y solidaridad, respondiendo a las necesidades de los grupos de atención integrados por las personas con discapacidad.
- Promover acciones de fortalecimiento de las capacidades de la población con discapacidad o en riesgo a fin de incorporarlos al desarrollo humano pleno.
- Difundir e intercambiar programas de asistencia social al ámbito internacional.

-Mejorar la calidad de los servicios de prevención, rehabilitación e integración social.

Políticas a Implementar:

-Ampliar la cobertura y mejorar la calidad de los servicios de atención a personas con discapacidad.

-Formar recursos humanos profesionales, técnicos y auxiliares especializados en la atención de las personas con discapacidad.

-Prevenir la discapacidad y fomentar la rehabilitación e integración social de personas con discapacidad con la participación activa de las familias y la comunidad.

-Concertar en los tres órdenes de gobierno la promoción, ejecución y seguimiento de las acciones de atención a personas con discapacidad.

Actividades a Desarrollar:

-Ampliar la cobertura nacional de los servicios de rehabilitación mediante la creación de unidades básicas y unidades móviles de rehabilitación.

-Modernizar el equipo terapéutico de los centros de rehabilitación que operan en sus diversas modalidades administrativas.

-Instrumentar los centros de tecnología adaptada en los centros de rehabilitación e implementar el sistema de teleconsultas en rehabilitación en dichos centros.

-Difundir y asesorar a las instituciones públicas y organizaciones sociales sobre los modelos exitosos de intervención en materia de discapacidad e integración social.

-Continuar con la formación de recursos humanos especializados profesionales, técnicos y auxiliares.

-Fortalecer las acciones intra y extra institucionales de capacitación y asesoría en materia de discapacidad e integración social.

IV LA SUPERVISIÓN EN SERVICIO SOCIAL: CONCEPTO, FUNCIONES, TECNICAS, CONDICIONES DEL SUPERVISOR, PROCESO.

CONCEPTO:

Del latín, supervisar²⁶ significa "mirar desde arriba", mirar desde lo alto" hace referencia al acto de observar o estudiar algo con una visión global y una cierta distancia.

Es una práctica sistemática de capacitación sistematizado de las condiciones, interferencias y consecuencias del ejercicio profesional, previsibles e imprevisibles, subjetiva y objetivamente que a través de la reflexión crítica, con la relación dialógica y las valoraciones de todos los sujetos promueve procesos participativos de aprendizaje, orientados a la identificación profesional, con la intervención científicamente fundada. La construcción y apropiación del rol específico, con compromiso ético político".

Su Objeto: estudiantes en la práctica institucional.

La Relación con el Objeto: es dialógica participativa.

Su Método: la comunicación racional.

El Fin: es guiar, aprender, conocer.

FUNCIONES DE LA SUPERVISIÓN

ADMINISTRATIVA: se refiere a la organización del servicio y la atención del usuario (proceso administrativo) poder o autoridad entre supervisor y supervisado sus roles son de evaluación, control y seguimiento.

Los Objetivos son:

-Delegación (enfoque clásico) que hace la organización en el supervisado, con el fin de que éste tenga la visión organizada se

²⁶ Ficha de cátedra de Supervisión. Año 2005. Facultad de Cs. De la Salud y Servicio Social.

relaciona con la selección de las personas, su distribución planifica y decide quien esta en cada lugar evalúa y hace seguimiento existe un espacio de autoridad, un modelo de conducción autoritario.

-Participativa, desde la Escuela de las Relaciones Humanas, la supervisión descentra la mirada de qué se hace y coloca la mirada en la persona.

-Incluye la participación, la pseudo-participación y la pseudo- democracia el supervisor ya tiene la idea e induce y trata de convalidar lo que ya tiene decidido.

-Mediación, procura dentro de la supervisión administrativa bajar la información a los supervisados y rescata las propuestas que pueden elevarse a la dirección, con el fin de mejorar la atención del usuario y la demanda el servicio, presentando informes de calidad y atención eficaz del usuario.

EDUCATIVA :

Esta relacionada con el S. S y el usuario (persona), a través de una relación asistencial, no solamente por la cuestión vincular sino por el proceso de transformación de la persona esta centrada en técnicas de S. S. y métodos.

Según Aguilar Ibañez, la función educativa tiene como roles el apoyo, asesoramiento, educación y orientación.

APOYO:

Se refiere a las tensiones, emociones o dificultades emocionales con el ejercicio del rol; la estructura de la personalidad que permite aprender en relación con la tarea. la función de apoyo afecta lo emocional su objetivo es lograr equilibrio emocional (madurez).

Las tensiones están referidas a la relación con el usuario y con la institución, y es la respuesta a como sostener la presión del trabajo y como tolerar la incertidumbre.

TÉCNICAS O MODELOS DE SUPERVISIÓN:

Según Aguilar Ibáñez²⁷, los modelos de supervisión son:

-Individual o modelo tutorial: se desarrolla mediante entrevistas individuales realizadas de forma sistemática y periódica del supervisor con cada uno de los supervisados.

Contenidos: la supervisión individual debe adaptarse siempre a las necesidades del supervisado y del servicio, razón por la cual los contenidos del proceso deberán ser flexibles los contenidos de esta supervisión son:

Apoyo y soporte del supervisado, aprendizaje y administrativos y de control de gestión del desempeño del trabajador. Cabe destacar el componente de análisis relacional entre supervisado-usuarios y el resto de la institución.

*Supervisión Grupal: dos formas, en ambos casos se trata de una persona que supervisa a otros de forma colectiva (a todos en una misma sección).

*Supervisión en Grupo; los supervisados no necesariamente trabajan juntos o realizan conjuntamente sus actividades puede ser fundamental abordar todo lo relativo a procedimientos específicas o tratamiento de problemas similares,

*Supervisión de Equipos: todos forman parte de un mismo equipo de trabajo pudiendo realizar tareas diferentes entre sí, y ejerciendo inclusive diferentes profesiones este grupo de trabajo lleva a cabo un programa o proyecto, por lo que se diferencia de la supervisión grupal. Esta centrada en la revisión de la implementación del proyecto, o la distribución de tareas y responsabilidades. Una técnica útil es la dinámica de grupo, procedimiento que puede resultar poco significativo en la supervisión grupal.

Los contenidos de ambos tipos no difieren de la supervisión individual pero los asuntos a tratar deben ser de interés general.

²⁷ Aguilar Ibáñez, M. "Introducción a la supervisión". Ed. Iumen. Bs. As. Año 1994.

**Supervisión 'Peer-Group, en esta no existe la figura del supervisor como tal. Se desarrollan las funciones de este, pero sin contar con la presencia de una persona ajena al grupo o con una jerarquía administrativa del supervisor. Es el propio grupo el que lleva a cabo el proceso de supervisión. Puede ser útil cuando se trata de profesionales muy experimentados o cuando los profesionales se sienten capaces de asumir la supervisión.*

Barrera hace referencia a técnicas de supervisión clasificándolas al igual que Ibañez en individual o grupal. A su vez, agrega una tercera clasificación de Lorenzo Sánchez Pardo, la supervisión mixta propia del SS, la cual es una técnica o estrategia donde se tiene en cuenta la experiencia vital del supervisado. Predomina la realización de secciones grupales, pero es admisible también la realización de secciones individuales cuando el supervisado lo necesita.

CONDICIONES DEL SUPERVISOR:

El supervisor es aquella persona que en base a su capacitación está en condiciones de guiar un proceso de reflexión sobre la práctica. Esta es su función formativa. Debe tener capacidad intelectual y emocional los cuales son elementos en los que se fundamenta su autoridad en el ejercicio del rol.

Desde el modelo constructorista, es agente de un proceso que pretende deconstruir, construir y reconstruir situaciones, modalidades y actitudes de aprendizaje.

Es un rol diferenciado en un plano horizontal de relaciones. Es un co-pensar, al reflexionar junto a los supervisados sobre la información que este proporciona; cooperador al intervenir para clarificar, hacer síntesis, señalar e interpretar, etc.

Es quien orienta a la búsqueda, creación y movilización de los recursos.

Desde la teoría relacional el supervisor es la persona que da ayuda significativa al supervisado para que pueda superar la realidad situacional. Su condición básica es la experiencia en la problemática de

la institución. Debe tener cualidades didácticas para captar interferencias así como también debe poder realizar una lectura teórica de la práctica.

Reynolds indica que el problema del supervisor es que pretende motivar lo que sabe del tema sin tener en cuenta que el centro de atención debe estar en la persona que debe aprender y en el cómo aprenderá.

Por último el supervisor debe crear un entorno de actividad gratificante.

PROCESO DE SUPERVISION

Según Berta Reynolds, el proceso cuenta con diferentes momentos:

-Etapa de conciencia agudizada de uno mismo: cuyo ejemplo clásico es el temor a lo desconocido por parte del supervisado. Situación que sucede en el comienzo de la relación de supervisión, que deberá estar basado en el respeto a la persona y establecer un buen insight psicológico. Síntomas: prolongado silencios, exagerada locuacidad, inmovilidad, etc.; que ponen de manifiesto esa angustia o miedo inicial. El rol del supervisor es dar apoyo y seguridad.

-Etapa de nadar o ahogarse: el supervisado está confuso y tiene la necesidad de aferrarse a algo. Busca en cada situación algo a lo que pueda responder. En esta etapa se comienza desde la necesidad y se parte de la posición del supervisado. La ineficacia se supera cuando más llegue de sentirse seguro y capaz de analizar con la ayuda del supervisor su propia actividad. Es importante un sincero reconocimiento de lo que el Trabajador Social trae y esta empezando a ser. Para que haya un aprendizaje "el hacer" tiene que brindar alguna satisfacción. Es necesario utilizar la supervisión como un instrumento de interrelación entre teoría y práctica.

-Etapa de comprender la situación sin ser totalmente capaz de manejarse en ella: el supervisado comprende que se trata y que se espera de él, comprende lo que debe hacer sin que el supervisor se lo diga. Pero su capacidad es muy despereja todavía, porque lo aprendido no está suficientemente internalizado y elaborado para utilizarlo, ni integrarlo con experiencias anteriores. Los errores más frecuentes son exigir demasiado al supervisado o seguir sin plantear críticas sustantivas a su actuación.

-Etapa de dominio relativo: en la cual uno puede tanto comprender como manejar la propia actividad en el arte por aprenderse. Lo que antes era nuevo ahora es parte de la persona. El supervisado puede criticar su enfoque y cambiarlo si la situación así lo exige. El espíritu autocrítico del SS se pone en juego de manera positiva, creativa y transformadora. Su desempeño es independiente con confianza y sin temor.

-Etapa de aprender a enseñar lo que se ha dominado: se concibe al supervisor con la suficiente libertad como para comprender como cada supervisado opera mejor que motivaciones estimulará su aprendizaje y cuales lo obstaculizaran, en que puntos necesita ayuda y donde la ayuda ofrecida en realidad podría ser un impedimento. La tarea del supervisor se centra en la evaluación del rendimiento de la persona a su cargo, tratando de asegurar la propiedad y pertinencia de los objetivos del programa y que los supervisados sean capaces de enfrentar las dificultades que se presentan intentando solucionarlas. Para ello debe contribuir a desarrollar la motivación del personal.

SEGUNDA PARTE: TRABAJO DE CAMPO

ENCUADRE INSTITUCIONAL

CONCURRENCIA INSTITUCIONAL

ORIGEN:

La concurrencia institucional es una experiencia formativa, laboral, pre-profesional de carácter optativo, voluntario y ad honores, en un campo de interés del estudiante con supervisión docente in situ a cargo de un profesional en servicio brindando un soporte directo y personalizado a cargo de un jefe de trabajos prácticos en el ámbito académico.

La misma esta integrada por la inserción institucional, el abordaje de la dimensión individual familiar, el aprendizaje vivencial de los contenidos de la supervisión y la sistematización de la experiencia para la presentación del trabajo de tesis.

La supervisión orienta sus objetivos a promover un profesional sólido y responsable en los planos científico, profesional y ético social.

Estructura Y Organización de la Concurrencia: (bases para la concurrencia y PTD en anexo)

Plan de trabajo del concurrente: PTD. Cronograma de actividades (en anexo)

Datos de Base:

Nombre de la Institución: Instituto Nacional de Rehabilitación

Psicofísica del Sur. I. NA. Re. P. S.

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

Dirección: ruta Provincial 88, Km. 4,5.

Cobertura: se constituye como centro de alta complejidad en rehabilitación para toda la zona sur de la pvcia de Buenos Aires y la Patagonia Argentina.

Población Beneficiaria: niños, jóvenes y adultos con discapacidad física.

Reseña Histórica de la Institución:

Año 1952: se constituye CERENIL, como entidad civil sin fines de lucro, ubicándose en predios donados por Doña Eufemia Errecaborde, con el objetivo de atender pacientes afectados por la epidemia de Poliomiélitis.

Año 1956: se indica Sanatorio Escuela como Centro de Rehabilitación para Niños Lisiados (CERENIL), bajo la dirección del DR. Juan Tessone. Este centro se mantenía producto del cobro de una rifa de automotores.

Año 1976: el 1ro de julio de 1976, como resultante de la erradicación de la poliomiélitis, el municipio no autoriza las rifas, transfiriéndose el Sanatorio Escuela a la Nación, debido a la crisis socioeconómico-política de la época; denominándose Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur, dependiente del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Hasta 1979 este Instituto quedara desactivado.

Año 1980: se reactiva el instituto, bajo la dirección del DR. Orozco²⁸. La institución se encontraba con gran parte de sus servicios inmovilizados o cerrados, sin pacientes internados, sin profesionales, sin estructura y con deficiencias edilicias.

En el contexto mundial de la época se iniciaba la década de la rehabilitación.

²⁸ Dr. José Orozco y colaboradores. "Dirección hospitalaria en Rehabilitación INAREPS". Mar del Plata. Año 2003

Así como en los inicios de la institución, la Poliomielitis dejó gran cantidad de niños con secuelas psicofísicas que debieron resolver con los instrumentos de la época hasta el advenimiento de la vacuna, en la actualidad se enfrenta una multifacética patología: las enfermedades neurológicas y la accidentología.

Año 1992: intentos de traspaso a jurisdicción Provincial, la cual queda sin efecto, por no arbitrarse los medios legales para efectivizar la transferencia y gracias a la organización institucional y comunal que inicio una lucha activa para evitar la misma.

Esto configura una zona gris donde la inestabilidad es el común denominador, por la falta de recursos presupuestario anual, cambios en la figura legal, inseguridad laboral del personal y precariedad en la estructura funcional, poniendo en riesgo la preservación del perfil asistencial del INAREPS, considerando que la rehabilitación desde el punto de vista económico no es un servicio rentable.

Año 2004: fallecimiento del DR. Orozco. La dirección de la institución queda a cargo de la directora interina Dra. Nora Tognetti, iniciando una serie de modificaciones en la organización del recurso humano institucional.

Objetivo Institucional:

“Lograr la rehabilitación integral del Paciente discapacitado brindando el apoyo científico que la familia requiere y tratando de efectuar la educación comunitaria básica tendiente a que la sociedad tome conciencia de su responsabilidad ante la población con algún tipo de discapacidad”.

Formas de Ingreso:

El paciente quede ingresar:

-Para tratamiento como internado: utilizando como vía de entrada al Comité de Admisión y Egresos, que en forma multidisciplinaria estudia y selecciona cada caso.

-Para tratamiento ambulatorio: a través del Consultorio Externo después de un estudio efectuado por diversas especialidades según el tipo de patología discapacitante.

Modalidad de trabajo:

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

Las disciplinas de este equipo son: Enfermeras o Auxiliares de Enfermería, Terapeuta Ocupacional, Terapeuta Físico, Kinesiólogo o Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Psicólogo, Lic. en Servicio Social, Ortesista- Protésista, Recreación y Deportes, Maestro y Médico.

En estos últimos se atienden especialidades tales como: Fisiatría (Medicina Física y Rehabilitación), Ortopedia, Neurología, Clínica Médica, Pediatría, Urología, Ginecología, Neumonología, Reumatología, Oftalmología, Cirugía Plástica, Psiquiatría, Odontología, Bioquímica, Farmacia, Cirugía, Radiología.

Tipos de Atención:

Prevención:

Se desarrollan consultorios externos de **APS** (Atención Primaria de la Salud) en los cuales se realizan consultas de: Pediatría, Medicina Clínica, odontología, Ginecología, con el apoyo de estadística y Servicio Social que fuere necesario para todo el radio de influencia de la Institución (barrio Bosque Grande, El Gaucho, San Antonio, Las Heras, Las Dos Marías y Belgrano) formando parte del programa en forma conjunta Nación-Provincia y Municipalidad.

Rehabilitación propiamente dicha: donde intervienen todas las gamas terapéuticas dentro del campo de la Medicina Física y Rehabilitación, desde el tratamiento físico y fisioterapéutico hasta la cirugía de rehabilitación.

Educación:

En el Servicio de Orientación y Rehabilitación Profesional se efectúa previa evaluación de la Terapeuta Ocupacional, una orientación básica en disciplinas tales como: Carpintería, Ebanistería, Electricidad, Computación, Bijouterie, Música, Televisión, Dactilografía. Por convenio acordado con la Dirección de Educación Especial de la Pcia de Bs. As, funciona dentro de la institución, la Escuela Especial N°501, que recibe pacientes-alumnos con trastornos del aparato locomotor, cubriendo toda la EGB.

Docencia:

En el I.NA.RE.P.S se cumple el plan de residencias médicas en Medicina Física y Rehabilitación (Fisiatría) de acuerdo a los planes del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, efectuando rotaciones con su similar de la Capital Federal (MUREPS).

- Curso de Auxiliar de Enfermería
- Residencia en Kinesiología, terapia Física y Fisioterapia.
- Practicas de estudiantes de Terapia Ocupacional de la UNMDP.
- Rotaciones de Fisioterapeutas por convenio con la Facultad de Ciencias Medicas de la Universidad Nacional de Córdoba.
- Psicología: Residencias de la UNMDP.

Con frecuencia el Servicio Social, Psicología y Terapia Ocupacional reciben concurrencias o pasantías para capacitación.

Investigación:

Periódicamente se renuevan los convenios de Marco de Reciprocidad en Investigación y Cooperación con el Instituto Nacional de Epidemiología (I.N.E), con la UNMDP y con la Secretaria de

Desarrollo Social dependiente de la Municipalidad de General Pueyrredón.

Extensión Comunitaria:

Al plan de APS se agrega apoyo recreativo y deportivo a la niñez, utilizando dos canchas de fútbol que posee la institución dentro del predio.

Reinserción Laboral: si bien la Ley 22.431 manifiesta que todas las empresas tienen la obligación de tener un porcentaje de discapacitados entre sus agentes, en la práctica esto solo es posible apelando a voluntades que se aúnen para captar a personas con discapacidad entre sus empleados. Solo se puede destacar la incorporación de agentes en I.NA.RE.P.S., con casi un 10% de empleados con discapacidad, la Municipalidad de Gral. Pueyrredón, Correos y Telecomunicaciones, U.CI.P., Hospital Privado de Comunidad.

Se efectúa toda la cobertura de tramitación para el otorgamiento de automotores para discapacitados, de acuerdo con la ley 19.279, tramite que luego finaliza en la Dirección Nacional de Rehabilitación.

Rampas Peatonales: la Dirección del I.NA.RE.P.S gestiona y consiguió que se aprobara la Ordenanza Municipal 5.107, por la cual se autoriza a construir rampas peatonales en la ciudad de Mar del Plata. Constituyéndose pionera en la divulgación de este ítem tan importante de las barreras arquitectónicas. Pues la rampa no solo constituye una facilidad para, el desplazamiento del discapacitado, sino que su presencia esta indicando a la sociedad de la consistencia de un seis a diez por ciento de personas con discapacidad dentro de la comunidad transmitiendo el mensaje, de que estas personas tienen la obligación de integrar a las mismas.

Recreación y deportes: Participación de pacientes en competencias deportivas tales como maratón, natación, etc.; regionales, nacionales e internacionales.

Organigrama y estructura del INAREPS

Actualmente tras el fallecimiento del Director José Orozco, la Dirección del Instituto se encuentra a cargo de Directora Interina, la Dra. Nora Tognetti, hasta nuevo concurso.

Asimismo esta tiene la responsabilidad de la Dirección Asistencial de la Institución, actúa adema una Delegación de SIGEN (sindicatura General de la Nación) como Unidad de Auditoria Interna o U.A.I, constituido por un contador, un abogado y un médico.

El I.NA.RE.P.S posee también 13 comités asesores, tres departamentos médicos y un coordinador de departamentos técnicos (medico) que coordina los departamentos de Enfermería, Estadística, Alimentación y Servicio Social; cuatro departamentos de Administración y uno de Mantenimiento y Servicios Generales.

Cabe aclarar que la estructura y organigrama de la institución se encuentra en plena tarea de reestructuración, teniendo como, fin clarificar los roles de las distintas jefaturas, evitar la superposición de cargos, replantar los cargos innecesarios o insuficientemente idóneos, teniendo como objetivo único lograr la máxima eficacia y eficiencia y alcanzar los objetivos institucionales.

Este movimiento genera por supuesto evidentes resistencias y miedos ante los posibles cambios que generaría una transformación en la vida institucional.

Programas para disminuir el impacto de la patología:

- Patologías funcionales. Amputado
- Rehabilitación cardio-vascular (RECAV)
- Rehabilitación respiratoria (PRORRES) para la población de MDP únicamente.

- Niños de alto riesgo (derivados del centro de estimulación temprana de la ciudad).
- Centro de derivación de alta complejidad en ARJ (Artritis reumatoidea juvenil) y ARA (Artritis reumatoidea en adultos).

Características de los beneficiarios:

La población que atiende esta institución, sufre discapacidades físicas que en la mayoría de los casos complican su movilidad e independencia. Entre las patologías a atender se encuentran: lesionados medulares severos, secuelas de traumatismo encefálico geográficas, sociales y/o económicas presenten dificultades para su rehabilitación craneanos (TEC), amputados, reumáticos, secuelas de accidente de tránsito, secuelas post-quirúrgicas, hemiplejías, mielomeningocele, secuelas de poliomielitis, esclerosis múltiple, etc.

El Servicio Social del I.NA.RE.P.S.

El departamento de S.S. se encuentra bajo la dirección de la Lic. Virginia Palomino e integrado por cinco trabajadoras Sociales y una auxiliar que realiza tareas administrativa.

La función del departamento es normativa, educativa, orientadora y promotora del desarrollo integral de la persona. Actuando, además, como nexo entre la institución, el paciente, su familia y la comunidad.

El objetivo que guía la intervención profesional es "contribuir al logro de los objetivos institucionales participando con el equipo interdisciplinario en el proceso de rehabilitación, a través del desarrollo de las potencialidades del paciente, su familia y la comunidad; utilizando la adecuación como principal herramienta de trabajo y seleccionando adecuadamente las técnicas de intervención sobre la base de procedimientos propios de la investigación social, la planificación y la administración en S.S.

Los objetivos específicos a desarrollar son:

A nivel individual:

- “Evaluar las necesidades del paciente, los recursos existentes y las potencialidades que dispone”.
- “Conocer la red primaria del paciente y su grupo familiar durante la rehabilitación y después de ella promoviendo el desarrollo integral de la persona”.
- “Motivar al grupo familiar para lograr su participación activa en el plan de rehabilitación y en la incorporación de hábitos que fomenten la calidad de vida”.
- “Atender la problemática social que surja durante la rehabilitación del paciente, especialmente con aquellos provenientes de zonas alejadas, a fin de evitar la desvinculación de su grupo familiar y social”.

A nivel grupal:

- “Integrar al paciente al medio, a través de actividades mediatizadoras; sean educativas, recreativas, culturales”.

A nivel comunitario:

- “Establecer conexión con otras instituciones promoviendo la acción organizada para lograr una relación favorable entre el discapacitado y su comunidad”.
- “Investigar en las actividades de información y educación de la comunidad en lo que a discapacidad y rehabilitación se refiere”.
- “Establecer canales fluidos de comunicación con los diferentes niveles de atención a fin de coordinar, las necesidades que garanticen la atención de aquellas personas que por razones.

Para lograr estos objetivos el S. S. realiza múltiples intervenciones:

- *Directas:* aquellas intervenciones que se realizan por medio de la interacción cara a cara con el paciente y su grupo de referencia por medio de la entrevista.
- *Indirectas:* consisten en la participación de las diferentes instancias donde se trabaja en equipo (clínica familiar, pase de sala, evaluación, revisión de historias, clínicas, admisión y egreso, evaluación PRE-quirúrgica, coordinación de horarios para tratamiento) como también la interconsulta con otros profesionales del equipo.

Con respecto a las intervenciones Inter-institucionales se encarga de realizar:

- * Conexiones con los Centros de derivación (solicitud de evaluaciones médico- sociales, altas de tratamiento, gestión de elementos varios, etc.).
- * Derivación de pacientes a otras instituciones, (hospitales, geriátricos, psiquiátricos).
- * Gestión con diferentes instituciones tales como PAMI, ANSSES, diferentes obras sociales, aseguradoras de trabajo, tribunales, automotores, etc.

Reseña Histórica del Servicio Social de I.NA.RE.P.S

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

Desde los inicios de la institución, el rol del asistente social fue evolucionando desde un rol netamente asistencias y pro-medico centrado en el eje de la respuesta al tratamiento, hacia un rol mas

activo y de cambio, que considera al paciente y su familia. Esto último se corresponde con el surgimiento de nuevas conceptualizaciones y corrientes de pensamiento en la disciplina y con los cambios políticos, sociales y económicos en el ámbito nacional.

En el año 1992, dado el contexto económico político en el que se plantea la transferencia de las instituciones nacionales hacia organismos provinciales, comienza al interior del SS del Instituto un cambio de perfil, no solo centrado en la familia y el paciente, sino también iniciando un movimiento de lucha política-institucional, con el propósito de cumplir tanto con la defensa de la institución y su perfil en el ámbito de, la Nación como con la protección de los derechos de las personas con discapacidades.

A partir de ese momento, se reflota la Asociación de Profesionales que actúa como gremio en el marco que te otorga el decreto Ley 277191, que estructura la carrera profesional asistencial de la nación. La finalidad de esta asociación es la lucha permanente en pro del objetivo que le dio origen y de los que emergen constantemente de la realidad actual. Como por ejemplo: la modificación de la ley de concursos y nombramientos de profesionales.

Cabe destacar el papel protagónico del SS de la institución, en lo que respecta a la concientización y participación en nuevos desafíos.

Programas de cobertura del SS:

Los programas que se realizan a continuación, surgen de los objetivos institucionales, la situación económica actual y las características del beneficiario.

Se hace entonces indispensable organizar en términos de programa los recursos sociales disponibles, para satisfacer mejor la

demanda, permitiendo una óptima producción con relación a los resultados.

- **Medicación:** se autoriza la entrega gratuita de medicamentos por parte de la farmacia interna de la institución a pacientes ambulatorios que no poseen obra social, y no pueden solventar los costos de los mismos con sus recursos, luego de una evaluación socio-económica.
- **Alimentación:** se entrega a los pacientes cuya rutina de rehabilitación les implica permanecer en el instituto durante la mañana y la tarde, la autorización para el almuerzo o una colación, según la evaluación de cada caso. Se incluyen aquí a los pacientes que se encuentran desnutridos o con serias carencias.
- **Elementos prótesis u ortesis:** el instituto cuenta con un taller de prótesis y ortesis donde se diseñan y fabrican los elementos para llevar adelante la rehabilitación. Esta dirigido a los pacientes que requieren estos elementos y no cuentan con recursos y cobertura social. Aquellos elementos que no se fabrican en el taller se gestionan mediante el Ministerio de Salud u otros organismos.
- **Sillas de Ruedas:** este programa se realiza junto con la ONGs CILSA, que se encarga de la provisión de sillas de ruedas y elementos varios (muletas, bastones canadienses, etc.) a los pacientes que lo requieran y no estén en condiciones de solventar los gastos por sus propios medios. La función del S.S. es agilizar los trámites y prestar toda la documentación requerida.

Relación del Servicio Social con los diferentes sectores o áreas de la organización:

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

Dirección Asistencial:

Departamento Medico Asistencial:

- Servicio de Fisiatría: encuadre social del tratamiento de rehabilitación del paciente. Valoración de recursos individuales de paciente y del contexto.
- Servicio de Ortopedia: solicitud de elementos a distintas entidades.
- Servicio de Neurología: consultas, solicitud de medicación especial que la institución no puede proveer.
- Programa Neumonología: programa PRORRES, suministro de medicación.
- Servicio Clínica Médica: servicio de consultorios externos e interacción.
- Sección Oftalmológica: gestiones y solicitudes de anteojos para pacientes del instituto, que luego son enviados a la municipalidad según su domicilio particular.
- Sección Cardiología: Programa RECAV, evaluación y orientación de pacientes cardíacos, suministro de medicación.
- Servicio Cirugía de Rehabilitación: orientación del paciente, evaluación prequirúrgica, gestión para el acceso de prótesis y ortesis por subsidios.

Departamento de Diagnóstico y Tratamiento:

Servicio de Consultas Externa:

- Sección Atención Primaria de la Salud: derivaciones por complejidad, apertura de historias clínicas, autorización de medicación.

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

-Departamento de Rehabilitación:

Reuniones interdisciplinarias: evaluaciones, plan de tratamiento, ejecución, seguimiento y control de la patología.

- Sección Ortesis y Prótesis: solicitud y préstamos de recursos institucionales, cobertura de elementos.

-Departamento de Enfermería:

Informe de traslados de pacientes del I.NA.RE.P.S. al Hospital para realizar estudios o análisis, y comunicación de otro tipo de datos relevantes para el manejo interdisciplinario de los departamentos.

-Departamento de Estadística:

Administración de la atención programada del departamento de S.S. Atención Primaria de la Salud.

-Departamento de Alimentación:

Programa de alimentación por demanda de pacientes ambulatorios. Entrega de alimentación especial, (por ejemplo para pacientes que se alimentan por sonda nasogástrica).

Dirección Administrativa:

-Departamento de Personal y Despacho:

Entrega de informes sobre pacientes y documentación especial enviados de otras instituciones.

-Departamento de Administración:

Pedido de recursos, como por ejemplo artículo de librería y elementos varios de equipamiento, para el -Departamento de S.S.

-Departamento de Tesorería:

Solicitud de dinero para compra de recursos (por ejemplo: medicación que la farmacia del instituto no posee, estudios clínicos,

traslados) que la cooperadora no puede cubrir; destinado a pacientes sin acceso a los mismos.

-Departamento de Mantenimiento y Servicios Generales:

El S.S. solo mantiene intercambio directo con la sección transporte con el propósito de coordinar días y horarios de traslados de pacientes internados y ambulatorios, que no tienen acceso a transporte privado.

Comités interdisciplinarios:

Dentro del ámbito de la dirección existe un grupo importante de comités interdisciplinarios con distintas funciones cuyo objetivo fundamental es asesorar a la dirección, orientándola según su criterio, sobre cual debería ser la conducta a seguir.

El Departamento de S.S. participa con mayor frecuencia de los siguientes comités:

Comité de Evaluación de nuevos pacientes y Pases de Sala para pacientes internados:

Conformado por Clínica Médica (Fisiatría), Fonoaudiología, Terapia Ocupacional, Terapia Física, Enfermería, Psicología, SS y Estadística. Las especialidades de Cardiología y Neurología participan según el caso a evaluar.

Comité de Admisión y Egresos:

Participan el jefe de residentes de Fisiatría, Jefe de Estadística, Dirección Interina, Jefe de Enfermería, Jefe de Servicio Social y el responsable del área de rehabilitación. El objetivo es evaluar la posibilidad de contener al paciente como internado.

Comité de Historias Clínicas:

Miembros de Estadística, SS, Departamento Médico. Su función esencial es el control, análisis y modificación de las historias clínicas. Asimismo evalúa y da curso a las solicitudes por parte de otras instituciones de fotocopias de historias clínicas.

Comité de Coordinación de Horarios:

Estadística, S. S. y la totalidad de los servicios de rehabilitación. El objetivo es adaptar los horarios y días de tratamiento a las posibilidades de los pacientes y de la institución.

Comité Permanente de la Carrera Profesional:

(COPECAP) conformado por el director del hospital, dos jefes de departamento (los más antiguos), un representante de la Asociación de Profesionales y dos representantes votados por el conjunto de profesionales para asumir su representación. Su función es implementar los concursos y nombramientos de los profesionales ingresan a la carrera hospitalaria Y administrar las calificaciones de desempeño profesional que fundamentan la promoción y los grados de antigüedad.

Comité de Atención Primaria de la Salud:

Integrado por miembros de APS, SS y Estadística. Su tarea es determinar las políticas a ejecutar en ese sector.

Comité de Docencia e Investigación:

Participan representantes de todos los servicios, los cuales se responsabilizan por las residencias y pasantías, así como también de informar sobre las jornadas y congresos que se lleven a cabo.

Comité de Alimentación:

Constituido por el jefe de departamento de rehabilitación, jefe de departamento de alimentación y jefe del SS. Su propósito es definir el grupo de pacientes externos que serán integrados al Programa de Alimentación.

Comité Quirúrgico:

Participa el S.S., Cirugía, Ortopedia y Fisiatría.

TERCERA PARTE:

METODOLOGIA DE INTERVENCIÓN DE LA PRACTICA PROFESIONAL ESPECÍFICA, INTENCIONAL Y CIENTIFICA

-Metodología referencia:

Orientación Metodológica:

El Servicio Social de la institución sede utiliza un enfoque teórico-metodológico psicosocial para el abordaje del caso social individual - familiar, ubicando la intervención en un esquema triangular:

*Persona-Paciente.

*Problema-Discapacidad.

*Institución, cuyos objetivos son la rehabilitación integral.

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

El Paciente:

En un primer momento, éste llega al servicio cuando ha descubierto que posee una enfermedad discapacitante que le ocasiona limitaciones y dolencias.

Derivado de otros centros asistenciales y con un diagnóstico a veces poco claro de su patología sufre una conmoción, entra en una realidad distinta que le provoca un fuerte impacto en su identidad.

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

En este momento, se tienen en cuenta los recursos y potencialidades individuales, de cada paciente (tipo de personalidad, estrategias de supervivencia, filosofía de vida, hábitos, etc.), para emprender un trabajo positivo y de superación.

Un aspecto de conocimiento a profundizar es saber quien era esta persona antes de su lesión y con que recursos cuenta para sobrellevar sus secuelas.

La familia:

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

Así mismo se destaca la incidencia de la situación económica y laboral de sus miembros, así como también su nivel sociocultural (instrucción, costumbres, valores, etc.)

La institución:

Esta coloca a disposición del paciente los recursos y políticas que implementa, a través de programas y servicios. El SS se encarga de clarificar los objetivos y metas de la institución, planeando las diferentes necesidades de un paciente postraumático, en su estadio agudo o subagudo y aquella situación de compensación requerida para comenzar su rehabilitación.

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

Sociedad:

Es aquí donde se definirán las posibilidades, relacionadas éstas con las políticas de salud, educación, economía, etc.

Desde el SS se brinda información, asesoramiento y derivación de leyes, decretos y convenios que amparan a las personas con discapacidad.

Es oportuno subrayar que, a pesar de que existe un marco legal que protege a las personas con discapacidad, actualmente su aplicación es deficitaria.

Metodología:

Las intervenciones que se realizan son, como expusimos anteriormente:

-Directas: entrevistas de evaluación y de estudio social, entrevistas domiciliarias, clínicas familiares, etc.

-Indirectas: comités de evaluación, coordinación de horarios, interconsultas, pases de sala, entrevistas con familiares, gestiones y consultas inter-institucionales.

El rol específico profesional no debe ser protagónico, debe desalentar toda forma de dependencia e incentivar en el paciente su disposición al cambio, a la liberación de sus miedos y tabúes, a la aceptación que es un ser único y especial, aun con sus limitaciones, a permitirse instancias superadoras.

Proceso metodológico:

Fase Inicial:

El paciente ingresa a la institución derivado de otro centro de salud, con sus antecedentes, estudios médicos y diagnóstico.

Puede ingresar como externo cuando su patología y su estado de salud le permitan trasladarse desde su domicilio al instituto. En este caso, ingresa con turno programado al comité de Orientación el cual establecerá los servicios en los cuales deberá ser evaluado.

En el caso de ingresar como internado, el SS realiza una entrevista de admisión, en el cual informa al paciente o familiar los requisitos para internación.

A partir del informe realizado por el SS, se efectúa el Comité de Admisión, en el cual se decide si el caso particular tiene objetivos de tratamiento y será admitido para internación.

Posteriormente, en cualquiera de las modalidades (como externo o internado), el paciente comienza a asistir a los turnos de evaluación en los diferentes servicios, entre los que se encuentra SS. En este se realiza una entrevista de estudio social con el objetivo de conocer la situación del paciente, localizándose en distintos aspectos:

*Datos de base

*Grupo Familiar Conviviente

*Procedencia del Grupo Familiar

*Aspecto Socio-cultural (grado de comprensión del diagnóstico)

*Historia Familiar

*Aspecto Habitacional considerando barreras arquitectónicas de su vivienda

*Aspecto Económico (nivel de ingresos, cobertura social)

*Aspecto Ocupacional

*Utilización del tiempo libre

*Participación en grupos

*Participación en las tareas del hogar

*Expectativas y planes respecto al futuro (personal-laboral)

Diagnóstico:

A partir de los datos recavados en esta primera entrevista, el SS arriba a un diagnóstico o evaluación preliminar, teniendo en cuenta las reacciones del paciente en situación, su predisposición a tratamiento y sus vínculos ya sean positivos o negativos (grado de contención afectiva).

En el caso de que no se encuentre en condiciones físicas para comunicarse debido a la gravedad de las secuelas de su cuadro

patológico, se mantendrá entrevista con familiares o personas que integren el grupo conviviente.

Posterior a la evaluación del caso por todos los servicios de rehabilitación, se realiza Comité de evaluación inter-disciplinario. En éste, cada disciplina expone desde su especialidad el caso particular, complementándose la información con la visión de las diferentes disciplinas y teniendo en cuenta el objetivo de la institución. A partir de este comité se confecciona el plan y los objetivos de tratamiento.

Tratamiento:

En esta fase el SS desempeña diferentes roles:

- *Educativos
- *De asesoramiento
- *Apoyo
- *Operador de procesos de cambio
- *Mediador

Fin de la intervención:

Si bien el paciente recibe un alta de tratamiento, por su estado de cronicidad, necesita controles periódicos y seguimiento a fin de prevenir posibles situaciones de riesgo.

Sin embargo, el alta institucional se otorga cuando el paciente ha logrado desarrollar sus capacidades en post de la mayor independencia en las actividades de la vida diaria; de no lograrse se brinda capacitación a los familiares, así como apoyo y contención.

El fin de la intervención también puede producirse por el fallecimiento de; paciente, en ese caso se acompaña al grupo familiar, en la elaboración del duelo y la reorganización familiar.

Modalidad operativa:

Forma de acceso a los casos sociales:

Como se mencionó anteriormente, la atención de la demanda se realiza por:

-Demanda espontánea:

- *Orientación para la obtención de pensiones
- *Orientación para la obtención de prótesis, sillas de ruedas u otros elementos ortopédicos.
- *Consultas para la obtención de medicamentos
- *Apertura de Historias clínicas de Atención Primaria de la Salud
- *Consultas para acceder al Programa de Alimentación
- *Otorgamiento de vales para desayuno, almuerzo o colación
- *Evaluación para Admisión de internaciones
- *Autorización de recetas médicas
- *Pedidos y reclamos de elementos a Obras Sociales

-Demanda Programada:

- *Evaluación o informe de nuevos pacientes
- *Informes sociales para pensiones
- *Informes sociales para el otorgamiento de pases de transporte local
- *Informes sociales para solicitud de prótesis
- *Informes sociales para solicitud de silla de ruedas a través de CILSA
- *Informes sociales para solicitud de automotores

Inter-consultas:

- *Con profesionales de la institución para clarificar estado de salud del paciente y requerimientos de acceso limitado, como por ejemplo resonancias, prótesis, valvas, entre otros.
- *Con profesionales de otras instituciones: para solicitar antecedentes, estudios, derivaciones, transporte, etc.

Técnicas y Procedimientos:

Las técnicas de intervención que se utilizan son:

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

*Entrevistas directas con el paciente y grupo conviviente con fines de diagnóstico o seguimiento del caso.

*Entrevistas domiciliarias para conocer el aspecto habitacional. Estas entrevistas son realizadas en numerosas ocasiones con el equipo interdisciplinario para conocer las barreras arquitectónicas de la vivienda a fin de realizar las adaptaciones necesarias para el libre desplazamiento del paciente en su hogar.

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

*Registro de intervención: las intervenciones realizadas se consignan en la historia clínica con fines estadísticos. Asimismo cada profesional del SS lleva un registro personal de su intervención.

Cabe mencionar que el informe social (ver anexo) el cual desemboca en la evaluación preliminar del paciente esta estructurado en ítems, de manera tal que el profesional de SS consigne todos los aspectos que constituyen la realidad del paciente.

Abordaje Institucional de la problemática:

Esquema de tratamiento:

Las disciplinas que intervienen en el tratamiento de rehabilitación son numerosas teniendo funciones y tareas bien definidas.

En el proceso de rehabilitación se destacan las especialidades de Fisiatría, Terapia Ocupacional, Terapia Física, Neurología, Enfermería, Estadística, Psiquiatría, Fonoaudiología, Psicología, Clínica Médica y Servicio Social.

Proceso de Rehabilitación:

Las disciplinas que participan teniendo en cuenta los diferentes momentos del proceso son:

-Admisión: Fisiatría, Servicio Social, Estadística, Enfermería y un miembro representante de la dirección.

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

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

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

Sistematización de casos:

Cabe destacar que las residentes de pre-grado durante su práctica institucional tuvieron intervención tanto en demandas de tipo espontánea como programadas y durante en los últimos meses de residencia, se nos otorgó cuatro casos por alumna, de pacientes que se encontraban internados en el Instituto de rehabilitación.

Concurrente responsable: Alloggia Ciancio María Julia

Recolección de datos y análisis de la situación:

El caso me es derivado por colega del Servicio Social. Con el objetivo de continuar seguimiento del paciente x, como así también continuar con el trámite de pensión por discapacidad.

Se inicia la intervención, realizando lectura de Historia clínica y entrevista con la esposa del paciente, consignado los siguientes datos:

Paciente de 57 años de edad, casado, Argentino, nacido en la provincia de Bs. As (Temperley). Hace aproximadamente 15 años que por su actividad laboral (representantes de actores) migra a la ciudad de Mar Del Plata junto a su esposa e hija, y posteriormente se incorpora suegra en la estructura familiar.

En el mes de octubre del 2004, a dos años de su llegada a la ciudad, el paciente se descompensa siendo internado en el HIGA con diagnóstico sin determinar.

Dada su alta clínica, es derivado al INAREPS con objetivos de rehabilitación, ingresando a tratamiento el 20/01/04 como internado, previo paso del caso por el Comité de Admisión. Se le diagnóstica:(Afección de MI, decúbito dorsal, escarado, hipotrofia e hipotonía vascular generalizada).

En este caso el final de la intervención se produce por el fallecimiento del paciente x, acompañando a su esposa en la elaboración del duelo y trámites a realizar.

***Grupo Conviviente:**

-Hija, 25 años, soltera, no trabaja, estudios secundarios completos. Patología psiquiátrica.

-Esposa, 53 años, se desempeña como empleada doméstica en casa de familia.

-Suegra, avanzada edad, jubilada; ciega.

***Aspecto Habitacional:**

El grupo familiar reside en departamento cedido por tercero, cuenta con cocina, baño, dos dormitorios y comedor reducido.

Dispone de servicios básicos. La vivienda no satisface necesidades del grupo familiar.

***Aspecto Económico:**

Crítico. Ingresos bajos e inestables. Cuentan con jubilación mínima de suegra del paciente e ingresos de esposa por medio de trabajo como empleada doméstica. Pensión por discapacidad en trámite desde el 2006.

Necesidades básicas del paciente x (remedios, alimentación, transporte, etc.) cubiertas desde la institución. Obra Social: No posee.

***Diagnóstico Preeliminar:**

-Ingresos económicos bajos e inestables.

- Red Social: no se posee conocimiento de red social y al instituto no se presenta otra persona que no sea esposa e hija.
- Familia de origen ausente, no continente como producto de conflictos familiares y desarraigo de su lugar de nacimiento.
- Contención afectiva brindada por su esposa e hija, actuando como soportes principales en el acompañamiento diario del paciente; en el sentido de asumir un rol pasivo en cuanto la atención de cuidados y necesidades básicas del mismo (alimentación, higiene, etc.).
- Paciente con dificultad para plantear necesidades, ausencia de reclamo.

Objetivos del Servicio Social:

- Conocer la situación actual del paciente con el fin de comprender la situación psicosocial del mismo.
- Potenciar relación Profesional-Paciente
- Orientar a esposa en gestión de diferentes recursos, logrando que la misma asuma un rol activo en el seguimiento y acceso a los mismos.
- Reforzar con el equipo de Profesionales el seguimiento del caso mediante clínicas, a fin de reevaluar objetivos de tratamiento y altas de fin de semana.

Desarrollo de la Intervención

-Intervenciones Directas:

- Se mantienen entrevistas formales (informativas y de estudio social) con la esposa del paciente con el objetivo de presentarme ante la misma, ya que como conté anteriormente el caso me es derivado. En el encuentro se profundizan datos de importancia para poder detectar red social que puedan brindar apoyo en el tratamiento del paciente y así reevaluar líneas de acción posibles. Es importante destacar que se

llevan a cabo sólo dos encuentros en el SS, dado que la Sra. Trabaja en horario de atención del servicio.

-Se desarrollan entrevistas informales con el paciente para fortalecer vínculo Profesional-Paciente.

-Se realiza clínica con equipo interdisciplinario con el fin de reevaluar objetivos de tratamiento y posibilidad de altas de fin de semana. Asimismo se cita a esposa para dar a conocer propuesta de los profesionales. Dada la negativa del paciente y familia ante lo comunicado, se refuerza la idea fundamentando que el internado esta en condiciones de trasladarse a su domicilio los fines de semana, previa evaluación médica. Se vuelve a explicar modalidad institucional del INAREPS.

-Se lleva a cabo encuentro con esposa del paciente para informarle y acompañarla en el deterioro clínico repentino del paciente.

-Se realizan orientaciones y asesoramiento a esposa y paciente para trámites de diferentes gestiones:

*Seguimiento de pensión por discapacidad.

*Requisitos de CILSA para otorgamiento de silla de ruedas.

*Tramitación en Calidad de Vida para gestión de sepelio gratuito.

-Intervenciones Indirectas:

-Se solicita consejo a Supervisora y A.S que deriva el caso, para estudiar estrategias y alternativas de intervención.

-Se establecen contactos telefónicos, entrevistas informales, orientaciones y derivaciones a familiar del paciente, con el fin de movilizar los recursos necesarios en organismos correspondientes: *Se mantiene conversación telefónica con A.S de la Municipalidad para hablar con la Lic. Magdalena Sola, con motivo de avanzar con la pensión por discapacidad.

*Se llama a familiares para coordinar altas de fin de semana del paciente para que se organicen en su domicilio.

*Se realizan inter-consultas con Fisiatría y Terapia Ocupacional para programar atención de urgencia, en caso que el paciente se descompensará en su domicilio.

*Comunicación con Calidad de Vida para asesoramiento de requisitos requeridos para cobertura de sepelio gratuito para el paciente.

*Se avisa a CILSA fallecimiento del paciente para devolución de silla de ruedas.

Evaluación:

Cuando se me deriva el caso, la A.S actuante me informa la historia socio-familiar del paciente, como así también los obstáculos surgidos durante su intervención, teniendo en cuenta dos indicadores:

- *Primer indicador:*

-Paciente y familia resistentes al cambio, no estando conforme en diversas ocasiones con lo que se propone desde el equipo interdisciplinario (ejemplo, no querer regresar a su domicilio los fines de semana). Es importante subrayar que se trata de un paciente crónico (3 años internado). Destaco como relevante, que en varios episodios el paciente refirió que el instituto era su lugar de residencia (en un sentido de pertenencia), no queriendo regresar a su domicilio porque se sentía desatendido y molestaba.

Se hace referencia que los pacientes que ingresan a rehabilitación como internado, tienen un periodo acotado de tratamiento, según patología y el logro de los objetivos planteados por los profesionales. Posteriormente continuara su tratamiento como paciente externo, realizando controles periódicos.

- *Segundo indicador:*

-Desde el equipo inter-disciplinario, dada la cronicidad del paciente y avance de patología de base, no se pudo poner de acuerdo en cuanto a los objetivos de tratamiento. Esto también tenía que ver que en este

caso se trabajo en el día a día ya que como nombre anteriormente el último tiempo su enfermedad se deterioraba cada vez más.

Por tal motivo se determinó darle la mejor calidad de vida posible y acompañarlo en el proceso hacia la muerte.

Por todo lo expuesto, se considera importante subrayar:

-La familia toma conciencia de la importancia de que el paciente regrese los fines de semana a su domicilio, para que él se sintiese parte del núcleo familiar y a su vez que la familia juegue un rol más activo en cuanto a responsabilidades y cuidado del Sr.

-Como negativo, se señala el Sistema burocrático implementado en políticas de salud, que hizo que hasta el momento del fallecimiento del paciente no saliera la pensión de discapacidad solicitado.

Se establece el fin de la intervención, tras el fallecimiento inesperado del paciente, acompañando a su esposa en la elaboración del duelo y trámites pertinentes a tal motivo.

Quisiera señalar que si bien durante la residencia de pre-grado tuve acceso a la intervención de otros casos, este me fue el más significativo y dificultoso debido a dos aspectos: la resistencia de la familia y paciente ante los objetivos propuestos por los profesionales y por otro lado por el final inesperado de la intervención tras el fallecimiento del señor. Si bien tenía conocimiento de que este desenlace podía suceder, me impactó de gran manera.

CASO 2

Concurrente responsable: Cepeda, Melisa

Análisis de la situación:

Se realiza la intervención en el caso realizando lectura de Historia clínica y considerando datos de base:

-Paciente de sexo masculino, 61 años de edad, residente de Villa Gesell. Es derivado por el Hospital público de dicha ciudad con diagnóstico de ACV, el día 10/09/06.

Ingresa al Instituto de rehabilitación el día 20/11/06, siendo evaluado por los diferentes servicios durante una semana. El 24/11/06 el caso pasa a Comité de Evaluación, donde el equipo decide que permanecerá en carácter de internado, realizando tratamiento en Terapia física, Terapia ocupacional, Fonoaudiología, y seguimiento desde el SS. Se plantea como objetivos, cuidados posturales, factores de riesgo, trabajo de la marcha e independencia en las actividades de la vida diaria.

El mismo 24/11/06, se realiza devolución al paciente y a su hermano, se le explica el estado actual y las condiciones que deberá asumir en su modalidad de internado. Refiere buena predisposición ante la devolución del equipo.

Diagnóstico preeliminar:

El señor T.A se encuentra legalmente separado; convive desde hace 2 años, con uno de sus hijos en Villa Gesell. Su otro hijo reside en Ostende (Pinamar) con la ex mujer del señor. Ambos hijos tienen formada su propia familia. El paciente toma como referente familiar su hijo, ya que es quien se traslada al instituto para acompañarlo en su

proceso de rehabilitación. Cuenta con un hermano, en la ciudad de Mar del Plata.

Los ingresos económicos provienen del empleo de su hijo conviviente y colaboración de su otro hijo. No cuenta con cobertura social. La vivienda es propia del paciente, fue otorgada por la Municipalidad de Villa Gesell.

El traslado del paciente es otorgado por Hospital de Villa Gesell.

Objetivos del SS:

- Conocer y comprender la situación actual del paciente, a fin de establecer en conjunto, objetivos de intervención.
- Mantener contacto con los familiares de referencia para lograr potenciar la relación Profesional-Paciente.
- Conocer y contactar a familiar de referencia, a fin de mantener vínculo con el mismo.
- Comunicarse con el resto del equipo de trabajo, a fin de obtener una visión global, para mejorar la Calidad de vida del paciente.

Intervenciones directas:

- Entrevistas formales e informales con el paciente y familiar de referencia.
- Asesoramiento, orientación con respecto a gestiones de distinta índole.
- Clínica familiar con equipo de profesionales para establecer objetivos de tratamiento para el paciente.
- Orientación al familiar de referencia con respecto al trámite de silla de ruedas por CILSA.
- Acompañamiento del paciente a la entrega de silla de ruedas de CILSA.

Intervenciones indirectas:

- Contacto telefónico con familiar de referencia para orientarlo con respecto a gestión de pensión en su lugar de origen.
- Contacto telefónico con Hospital que deriva, para solicitar traslado del paciente.
- Actualización de historia clínica.
- Supervisión y asesoramiento por parte de supervisora.

Evaluación final:

Paciente con quien se pudo lograr vínculo Profesional -Paciente, dado que desde el principio, se mostró con una actitud positiva hacia la A.S actuante. Al informar sobre su familia, lo hace desde la composición actual, y no comunica aspectos de su pasado.

Se logro establecer relación con el familiar a cargo: su hijo, quien se acercó al SS para establecer entrevista con la profesional actuante. El mismo, refiere "depresión" de su padre desde divorcio con la mujer, dos años antes.

Se establece un vínculo semanal con el paciente, en relación a su alta de fin de semana y sobre las actividades que realiza durante su intervención. Durante sus altas el paciente se traslada a su ciudad de origen. La vivienda es propia y conviven con él, su hijo, su nuera y un nieto. Con quienes refiere no tener una relación positiva. Ante esta situación se muestra angustiado y se lo expresa tanto a la A.S como al Psicólogo que lo atiende en el instituto. Se lo orienta para que lo converse con su hijo (no conviviente). El hijo lo visita durante el fin de semana.

Se logro reunir al paciente con sus dos hijos para establecer entre los tres, condiciones de convivencia favorable para todos los integrantes del grupo familiar.

Se gestiona trámite de silla de ruedas por CILSA, debido a que no cuenta todavía con cobertura social. Se acompaña al paciente a la entrega de la misma. (Evento realizado por CILSA).

Con respecto al aspecto económico futuro, se orienta para pensión por Discapacidad en su ciudad de origen, ya que no posee ingresos propios, por lo cual no llega a cubrir necesidades básicas, ni su bienestar.

La A.S se integra al equipo de trabajo para dar una visión interdisciplinaria, para con el paciente sobre su estado actual y sobre sus posibilidades de rehabilitación e independencias en las actividades de su vida diaria.

Actualmente el señor T.A permanece internado en el INAREPS, realizando tratamiento, el caso es seguido por otra A.S.

Sin dejar pendiente intervención alguna, dado que se ha logrado en el transcurso de su periodo de internación, trámites requeridos por el paciente.

CASO 3:

Análisis de la situación:

Se realiza intervención del caso, realizando lectura de Historia clínica y consignando los siguientes datos:

-Paciente de sexo femenino, 48 años de edad, residencia habitual en Mar del Plata.

Derivado del Hospital de Buenos Aires, con diagnóstico de ACV, el día 14/11/06.

Ingresó al INAREPS el 08/01/07, en modalidad de internado, previo paso por Comité de Admisión. Durante la semana del 08 al 12/01/07 es evaluado por los diferentes profesionales. El día viernes 12/01 pasa a Comité de Evaluación, en el cual se decide que permanecerá internado y realizará tratamiento en Terapia física, Terapia ocupacional, Fonoaudiología y seguimiento por parte de Servicio Social. Se plantea como objetivos cuidados de posiciones, control del tronco, entrenamiento de la marcha e independencia en sus actividades de la vida diaria.

El día 15/01 se realizó devolución familiar, se explicó modalidades de tratamiento, se informa sobre lesión y secuela. Dice entender lo expresado y estar de acuerdo.

Diagnóstico preliminar:

La señora T.C está legalmente separada, convive con su madre de 79 años. La vivienda en la que residen es propiedad de la madre. La paciente tiene dos hijos con los que no convive, dado que uno de ellos reside con su propia familia. Ambos acompañan en su proceso de rehabilitación.

Con respecto a los ingresos económicos, son provenientes de su trabajo como empleada inmobiliaria. Cuenta con cobertura social OSECAC.

Actualmente no trabaja, debido a su situación actual de salud, pero cuenta con ingresos económicos por parte de su empleador, que colabora en la economía de la paciente.

Por su parte, los hijos también aportan en la medida de sus posibilidades económicas.

Objetivos del Servicio Social:

-“Conocer y comprender la situación actual del paciente, a fin de establecer en conjunto objetivos de intervención”.

-“Mantener contacto con familiares de referencia, para lograr potenciar la relación Profesional-Paciente.

-“Comunicarse con el resto del equipo de trabajo, a fin de obtener una visión global, para mejorar la Calidad de vida de la paciente.

Intervenciones directas:

-Entrevistas formales e informales con el paciente y familiares de referencia.

-Asesoramiento y orientación con respecto a gestiones de distinta índole.

-Clínica familiar, con equipo de profesionales para establecer objetivos de tratamiento de la paciente.

Intervenciones indirectas:

-Contacto telefónico con familiar de referencia para citarlo al Servicio Social o a clínica familiar.

-Contacto telefónico con Obra Social por traslado de fin de semana.

-Actualización y asesoramiento por parte de la supervisora.

Evaluación final

En el principio de la intervención cuesta establecer vínculo con el paciente, dado que se manifiesta resistente a entablar relación con la A.S actuante y con el resto de equipo de profesionales.

La paciente sí refiere “buen” vínculo con su familia directa, considera a sus hijos no solo referentes familiares, sino continente afectivo.

Luego de un período de aproximadamente un mes, se logra establecer el vínculo Profesional-Paciente. Surge por su propia actitud acercarse al S. S para comunicarse con A.S actuante. La paciente se muestra angustiada por su situación actual y manifiesta ansiedad con respecto a la reorganización de su vida, en especial en el aspecto laboral. Se utilizan estrategias al respecto.

Se logra establecer conciencia sobre secuelas que surgen luego de su patología y se hace hincapié en establecer una visión de futuro de sus potencialidades.

Al contar con cobertura social, no requirió trámites de gestión pública. En este aspecto la intervención se limita a la orientación sobre beneficios de la misma y los que ofrece la Ley de prestaciones básicas obligatorias.

Actualmente la paciente permanece internada en el INAREPS, sin quedar pendiente trámite alguno. El caso es tomado por otra A.S

Análisis Teórico de los Casos.

Para el análisis sistemático de los casos anteriormente expuestos, se tuvo en cuenta como marco teórico: ****Discapacidad y las leyes que protegen a las personas afectadas; *Rehabilitación; *Intervención social en salud, práctica basada en la evidencia; *Resiliencia; *Tratamiento Familiar dentro del modelo sistemático; *Trabajo Social con Adultos mayores, las relaciones parentales e intervención social con adultos mayores; *Redes Sociales, primarias, secundarias e institucionales.***

En el análisis de **todos** los casos, se tiene en cuenta como premisa “****Discapacidad***²⁹ como cuestión de Derechos Humanos”. Insistimos en esta denominación porque es allí donde comienza la discriminación de las personas con discapacidad. En castellano, los sinónimos de discapacidad son: lisiado, inválido, minusválido, impedido. Todos estos conceptos constituyen juicios de valor sobre la condición humana de las personas afectadas; hablan de carencia, imposibilidad, incompetencia, no valor, etc. Es decir éstas carecen de asidero científico. La Organización Mundial de la Salud (O. M. S) en el año 2001 plantea un nuevo enfoque al publicar la Clasificación Internacional (C. I. F.). Esta elimina la clasificación anterior, la cual tomaba a la discapacidad de las personas por su minusvalía. Durante mucho tiempo, el modelo médico determinó la concepción de discapacidad, como una deficiencia. Generando una diferenciación entre las personas “normales” y las que padecen algún tipo de discapacidad. Sin embargo en muchos países, incluido el nuestro siguen manejando estos viejos conceptos discriminatorios.

²⁹ *Eroles, Carlos; Fiamberti, Hugo. “Los derechos de las personas con discapacidad”. Ed. Eudeba. Año 2008.

Hoy las nuevas convenciones, a nivel interamericano e internacional, han contribuido a colocar las cosas en un lugar correcto y generar una transformación positiva necesaria en la actitud de la sociedad.

Se debe construir una ciudadanía, entendida esta como ciudadano con "derecho a tener derechos"; construir una sociedad democrática en donde la libertad, la igualdad, la justicia, la participación, solidaridad, calidad de vida, sean plenamente accesibles para las mayorías. En democracia ninguna persona, cualquiera sea su condición, puede ser privada de esta plena ciudadanía.

Es esta ciudadanía democrática, que toma a la discapacidad como una cuestión de derechos humanos. Hoy esta concepción ha adquirido una dimensión universal a partir de la sanción en la Convención Internacional sobre Derechos de la Personas con Discapacidad. La cual planteo como principios básicos:

- *El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar decisiones, y la independencia de las personas;*
- *La no discriminación;*
- *La participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad;*
- *El respeto por la diferencia y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas;*
- *La igualdad de oportunidades;*
- *La accesibilidad;*
- *La igualdad entre el hombre y la mujer;*
- *El respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad.*

La Convención Interamericana, sancionada en el año 1999, plantea:

1. *El termino discriminación contra las personas con discapacidad significa toda distinción, exclusión o restricción basada en una discapacidad, consecuencia de discapacidad anterior o percepción de una discapacidad presente o pasada, que tenga el efecto o propósito de impedir o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por parte de las personas con discapacidad, de sus derechos humanos y libertades fundamentales.*
2. *No constituye discriminación la distinción o preferencia adoptada por un Estado parte a fin de promover la integración social o el desarrollo personal de las personas con discapacidad, siempre que la distinción o preferencia no limite en sí misma el derecho a la igualdad de las personas con discapacidad y que los individuos con discapacidad no se vean obligados a aceptar tal distinción o preferencia. En los casos en que la legislación interna prevea la figura de la declaratoria de interdicción, cuando sea necesaria y apropiada para su bienestar, ésta no constituirá discriminación.*

La libertad y la participación de las personas con discapacidad son la clave del proyecto de inclusión social diseñado en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Estos derechos son independientes entre sí; por ejemplo el derecho a la salud física y mental implica el derecho a tener acceso a los servicios médicos y sociales y a beneficiarse de dichos servicios, a fin de que las personas con discapacidad puedan ser autónomas.

La vulnerabilidad de las personas con discapacidad es un indicador de inequidad y desigualdad social que reclama respuestas por

parte de la estructura socioeconómica y política; la problemática de discapacidad no son un problema individual, sino social por eso se exige una respuesta por parte de las instituciones y organismos correspondientes.

Uno de los temas que se trato en cada uno de los casos analizados es el de la **Accesibilidad**, *en espacios físicos y “socialmente incluidos”*

1. *Derecho básico, o de primer grado, derecho a la accesibilidad. Se extiende al de los espacios habilitados y de todos elementos o sistemas que viabilizan las múltiples formas de habitarlos. Incorporación de conceptos de ergonomía en las normas de diseño urbano, arquitectónico, objetual y del transporte.*

Campos de accesibilidad: (ver anexo)

- Espacios urbanos y edilicios, tanto los existentes como los nuevos: calles, parques, edificios.
 - Equipamientos, amoblamientos e instalaciones tales como las sanitarias, los sistemas de información y comunicación.
 - Los utensillos, elementos de trabajo, objetos que hacen al uso de dichos ámbitos y las actividades que en ellos se desarrollan.
2. Derecho aplicado o de segundo grado: derecho al acceso al estudio, al trabajo y otras actividades de la vida ciudadana. La aplicación del derecho básico (a la accesibilidad) posibilita el ejercicio de cada uno de los derechos específicos a actividades esenciales.
 3. Derecho universal. De tercer grado: derecho al ejercicio de protagonismo y la participación, expresiones máximas del ejercicio de ciudadanía. Su ejercicio requiere previamente

del ejercicio derecho de segundo grado, haber podido formarse, cultivarse, interactuar en los espacios de crecimiento, estudio, trabajo. Y del ejercicio del punto uno.

***Rehabilitación:**

En el área de la discapacidad, la rehabilitación se viene desarrollando en el sentido de ampliar sus objetivos y sus recursos. Hablamos de rehabilitación entendida como una especialidad médica para la recuperación funcional de pacientes víctimas de traumatismos físicos, aspectos emocionales, profesionales y sociales de los rehabilitados. En este proceso integral, la práctica rehabilitadora es interdisciplinaria, es decir hay una organización y dirección con pluralidad disciplinar. Se procura disponer de una buena oferta de formación, con atenciones médicofuncionales, psicoterapéuticas, etc., mas servicio de alojamiento en su caso.

La Organización Mundial de la Salud, y particularmente la Panamericana, además de otros organismos internacionales, están prestando decidido apoyo a la formula de la rehabilitación basada en el seno de la comunidad. Es importante señalar que las limitaciones en recursos técnicos que sufren las comunidades generan las carencias tecno burocráticas rehabilitadoras.

Los procesos rehabilitadores de carecer educativo infantil son asumidos en cambio, la oferta de recuperación profesional en adultos, resulta muy escasamente apreciada y/o seguida. La Ley reformada de Accidentes del Trabajo, en 1992, reguló en su artículo 23, un servicio de reeducación de los "inválidos del trabajo" con la misión de recapacitarlos profesionalmente, en orden a su autonomía económica. Así se formó el Instituto de Reeducación Profesional con el objetivo de la recuperación profesional, con posibilidad de subsidios por gastos originados en el proceso de rehabilitación.

La rehabilitación es posible, no solo en cuanto a proceso institucional y médico, sino que es posible por el factor humano, cuando sus protagonistas asumen activamente un compromiso y tienen un proyecto personal y social para retomar su funcionalidad.

Normalización

La normalización se opone al trato de los afectados como discapaces totales e irrecuperables, sino que los toma desde sus potencialidades y consideran que estas se desarrollan mediante la educación y el entrenamiento. Lo que permitirá ciertos gados de autonomía en las tareas de la vida diaria, actividades laborales, emancipación residencial e independencia en las relaciones personales y familiares. Se excluye la fantasía de hacer que las personas con deficiencia mental lleguen a comportarse como sujetos “normales”; sino que la sociedad normalice la presencia en su seno de dichas personas y asuma sus derechos y desenvolvimiento.

Es difícil en estos tiempos justificar el trato especial pasivo y segregado a las personas con discapacidad, lo que pone en grave aprieto a ciertas instituciones y organizaciones especializadas. Nadie discute el derecho de los usuarios a asociarse para procurar por sus intereses, pero sí son cuestionadas las entidades de atención exclusivas y privadas. Debe ser una responsabilidad asumida por los organismos públicos.

***Practica basada en la evidencia³⁰:**

La practica basada en la evidencia (P. B. E) es definida como la “integración de la mejor evidencia extraída de los estudios de investigación científica con la pericia profesional y los valores del usuario”; seria el uso juicioso de la mejor evidencia científica en el proceso de toma de decisiones acerca del cuidado de la salud de la persona basada en los problemas o necesidades del usuario.

La PBE se basa en los siguientes principios:

- Búsqueda en la literatura científica, de la mejor evidencia derivada de los estudios de investigación relacionados con la cuestión clínica que ha sido previamente formulada.
- Valoración crítica de la evidencia científica hallada y de su relevancia para responder a la cuestión clínica formulada.
- Aplicación de la evidencia considerada relevante y metodológicamente sólida a la resolución de la cuestión clínica formulada, integrando tal evidencia con la pericia y experiencia profesionales, valores y preferencias del usuario.
- Evaluación periódica, de acuerdo a criterios objetivos, de la efectividad de la intervención adoptada.
- Revisión y perfeccionamiento de la intervención para posteriores aplicaciones de la misma.

El éxito de la P. B. E radica en su capacidad para integrar y redefinir los factores y presentar el resultado como un sistema metodológico coherente.

Si bien también ha recibido críticas; en primer lugar se aduce que la PBE contempla la práctica de la medicina a modo de recetario de cocina e ignora la destreza profesional, lo que puede generar una pérdida de la autonomía profesional y se convertir en un mero instrumento administrativo. Se critica además que se otorga un excesivo protagonismo a criterios cuantitativos, dejando de lado otros tipos de diseño como los métodos cualitativos que permiten suministrar una información específica del usuario y sus necesidades.

La aparición de la PBE en el campo del Trabajo Social ha generado objeciones, la primera se refiere a los obstáculos materiales y organizativos. Incluso en Reino Unido país pionero del PBE reconoce la limitación de recursos materiales, presión bajo la cual frecuentemente los trabajadores sociales desarrollan su labor.

También se afirma que la existencia de ciertos factores psicosociales podría actuar contra la expansión de la PBE entre la profesión social, por ejemplo el temor a cuestionar las opiniones predominantes, en un clima en el que las organizaciones están siendo crecientemente gestionadas de acuerdo a criterios gerenciales no siempre comprensivos con un juicio profesional que disienta de los procedimientos de deliberación y decisión establecidos. Pero estos obstáculos no son exclusivos del Trabajo Social, sino que también han afectado al proceso de implementación de la PBE en otras disciplinas.

Existe un proceso de expansión de la PBE y esto no es un hecho accidental sino que es producto de un tiempo caracterizado por la explosión de la tecnología de la información, un creciente sentido del riesgo y la consagración de los principios de economía, efectividad, transparencia y atención del consumidor. En este contexto social, se está produciendo la expansión de la PBE desde el campo de la salud a otras áreas. Este paradigma ha sido acogido por el Trabajo Social con gran entusiasmo.

***Resiliencia**³¹ puede visualizar factores resilientes en el paciente, a pesar de la resistencia que tenía este y su familia, frente al plan de acción que se planteaba; es decir que sean activos y protagonistas en la búsqueda de sus propios recursos, capacidades y fortalezas y que no tomaran un rol pasivo frente a lo que se les planteaba.

El objetivo de la resiliencia es ayudar a los individuos y grupos no sólo a enfrentar las adversidades, sino también a beneficiarse de las experiencias. En nuestro caso era reconocer un incremento de sentido de bienestar y mejoramiento de la calidad de vida del paciente, ya que presuponen un mejoramiento de la salud mental, emocional.

Con respecto a mi caso se pudo evidenciar como factor resiliente:

- Conocimiento por parte del paciente sobre su patología de base y el avance de su enfermedad, aceptando capacidades y limitaciones.

³¹ Suarez Ojeda, Elbio Néstor y Melillo, Aldo. "Resiliencia, descubriendo las propias fortalezas". Ed. Paidós. Año 2006.

- Demostrar ante los demás buen sentido del humor, a pesar de lo trágico de su situación.
- Otro factor relevante y que se logró en la última etapa de la enfermedad (, ya que la familia y paciente eran resistentes a todo cambio q se propusiera desde el equipo) fue que entendieron, lo importante que era que el Sr. fuera los fines de semana a su domicilio, a pesar del que el paciente manifestara que él sentía como lugar de pertenencia la institución, donde se le brindó contención, y atención de necesidades básicas como higiene, alimento, etc.

Concepto de resiliencia desde diferentes autores:

-Habilidad para surgir de la adversidad, adaptarse, recuperarse y acceder a una vida significativa y productiva (ICCB, 1994, citado En Kotliarencó, 1997)

-Historia de adaptaciones exitosas en el individuo que se ha visto expuesto a factores biológicos de riesgo o eventos de la vida estresantes, además implica la expectativa de continuar con una baja susceptibilidad a futuros estresores (Luthar y Zingler, 1991)

-Enfrentamiento efectivo ante eventos y circunstancias de la vida severamente estresantes y acumulativos (Losel, Blieneser Y koferi, 1989)

-Capacidad humana universal para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas o, incluso, ser transformado por ellas. La resiliencia es parte del proceso evolutivo y debe ser promovida desde la niñez. (Grotberg 1995)

-La resiliencia distingue dos componentes: la resistencia frente la destrucción, es decir la capacidad de proteger la propia integridad bajo presión y además de la resistencia, la capacidad para construir conductismo vital positivo pese a circunstancias difíciles. (Vabustebdael, 1994)

Hay diferentes definiciones del concepto de resiliencia enfatizan

características del sujeto resiliente: habilidad, adaptabilidad, baja susceptibilidad, enfrentamiento efectivo, capacidad, resistencia a la destrucción, conductas vitales positivas, temperamento especial y habilidades cognitivas, todas desplegadas frente a las situaciones vitales adversas, estresantes, etcétera; que le permiten atravesarlas y superarlas.

Factores resilientes: promover factores de resiliencia y tener conductas resilientes requiere diferentes estrategias

Los factores resilientes se han organizado en cuatro categorías diferentes:

-Yo tengo:

-Personas del entorno en quienes confío y que me quieren incondicionalmente.

-Personas que ponen límites para que aprenda a evitar peligros y riesgos.

-Personas que me muestran por medio de su conducta la manera correcta de proceder.

-Personas que quieren que aprenda a desenvolverme solo.

-Personas que me ayudan cuando estoy enfermo o en peligro o cuando necesito aprender.

-Yo soy:

-Una persona por la que otros sienten aprecio y cariño.

-Feliz cuando hago algo bueno para los demás y les demuestro mi afecto.

-Respetuoso de mi mismo y del prójimo.

Yo estoy:

-Dispuesto a responsabilizarme de mis actos.

-Seguro de que todo saldrá bien.

Yo puedo:

-Hablar sobre cosas que me asustan y me inquietan.

-Buscar la manera de resolver los problemas.

-Controlarme cuando tengo ganas de hacer algo peligroso o que no

esta bien.

-Buscar el momento apropiado para hablar con alguien o actuar.

-Encontrar alguien que me ayude cuando lo necesito.

Las conductas de resiliencia requieren factores de resiliencia y acciones. En efecto, las conductas resilientes suponen la presencia e interacción dinámica de factores y los factores en sí van cambiando en las distintas etapas de desarrollo. Las situaciones de adversidad no son estáticas, sino que cambian y requieren cambios en las conductas resilientes.

La conducta resiliente exige prepararse, vivir y aprender de las experiencias de adversidad.

Resiliencia como proceso:

El creciente interés en considerar la resiliencia como un proceso significa que está no es una simple respuesta a una adversidad, sino que incorpora los siguientes pasos:

• Promoción de factores resilientes: el primer paso en el proceso de resiliencia es promover los factores de resiliencia. La misma está asociada al crecimiento y desarrollo humano, incluyendo diferencias de edad y de género.

• Compromiso con el comportamiento resiliente: este supone la interacción dinámica de factores de resiliencia seleccionados, yo tengo, yo soy, yo estoy, yo puedo, para enfrentar la adversidad que ha sobrevivido. Los pasos incluyen una secuencia, así como elecciones y decisiones.

El objetivo de la resiliencia es ayudar a los individuos y grupos no sólo a enfrentar las adversidades, sino también a beneficiarse de las experiencias.

Los beneficios son: Aprender de la experiencia, estimar el impacto sobre los otros y reconocer un incremento del sentido de bienestar y de mejoramiento de la calidad de vida

El humor y la resiliencia: humor como indicador de resiliencia

Tener humor no es garantía de operatividad. Es un hecho aceptado por los psicoanalistas que la presencia o no de sentido del humor es un importante elemento para el pronóstico a la hora de intentar anticipar qué pacientes se beneficiarán y cuáles no de una apuesta terapéutica. El humor parece más bien ocupar el lugar de un indicador de buen pronóstico en lo que concierne a las posibilidades de cambio. Pero la senda que vincula al sentido del humor con aquellas conductas tendientes no sólo a tolerar situaciones adversas sino también a modificarlas, no parece ser un camino directo.

***Tratamiento Familiar:**

Hay que tener presente que estamos en presencia de *seres vivos donde tiene lugar lo primario, es decir aquello simple y cotidiano que satisface o no las necesidades básicas del convivir, como: los afectos, emociones, discrepancias, encuentros, rivalidades, discusiones, lagrimas, abrazos, y en suma todo lo que hace a la dignidad del estar vivo. El ser humano³² en función de sus producciones sensibles y colectivas.*

Se propone trabajar con lo sano, lo cual significa centrarse en los recursos de las personas más que en su déficit, en sus fuerzas más que en sus debilidades, en sus posibilidades más que en sus limitaciones.

Las herramientas que se utilizaron y sobre las que se apoya el accionar práctico del tratamiento familiar son: no es lo que le sucede a la gente, sino lo que la gente hace con lo que le sucede. Cuando se trata de diagnosticar, el lugar central lo ocupa la situación y los individuos, con sus factores predisponentes y sus consecuencias.

Desde el modelo sistemático se describe como un enlace de ver-pensar-intervenir y volver a ver en un círculo de pensamiento-acción constante.

En el trabajo social se denomina Diagnóstico social a aquellas

³² "Familias y tratamiento familiar, un desarrollo técnico práctico". Ed. Espacio. Buenos Aires. Año 2005.

aproximaciones que es necesario realizar para determinar, describir y delimitar aspectos de una ^{Situación} dificultad. Por ello investigación, diagnóstico está presente con frecuencia. No se puede diagnosticar lo que no es objeto de estudio. En cuanto a su uso en el tratamiento familiar, es frecuente aplicar los términos Diagnóstico Familiar, como traslado de lo macro a lo micro. En consecuencia, investigación y diagnóstico pueden ser limitados para descifrar una vasta tarea que tiene como objetivo ser una constante clarificación no sólo de lo que está, sino también del rumbo a seguir En realidad son estas dos son fases de la totalidad de la evaluación familiar.

Evaluar está más próximo a movimiento, este como cualidad básica del circuito de retroalimentación del conocimiento que significa una comprensión circular, indispensable para todo abordaje profesional, desde una simultanea hipótesis de trabajo.

Surge así del Enfoque sistemático, el tema circularidad, es decir el tipo de visión que no se define por un principio y un fin, sino por un enlace de causa-efecto-respuesta-causa... que somos los seres humanos en nuestra comunicación. Un diagnóstico nunca es algo terminado, es un instrumento abierto que siempre esta haciéndose (Ezequiel Ander-Egg. 1999).

Evaluar familiarmente sin tener en cuenta esta realidad vincular-social es desafectar la situación de su condición más rica: el entorno.

Se cita el modelo de los 5 vectores, el cual permite no sólo una evaluación móvil y precisa, sino que brinda además la posibilidad de desmenuzar y ordenar todo el caudal de información que se recibe al encuadrar un tratamiento familiar. Además permite al profesional concentrarse en áreas fundamentales como:

-Interacción: implica centrarse más en las conductas que en las palabras. Lo cual permite la detección de las redundancias comunicacionales, que son aquellas acciones acordadas por el sistema que se repiten en ciclos recurrentes.

-Identidad Complementaria: cada miembro de la familia representa una identidad en relación con la confirmación de los otros, frente a la cual responde y actúa.

-Estructura: la estructura esta determinada por las fronteras entre los subsistemas y los sistemas ampliados, las jerarquías de los integrantes, sus lugares y funciones. Además se observa un sistema abierto o cerrado respecto del contexto general.

-Construcción de la realidad: las personas actúan de acuerdo a lo que creen. Fundamento por el cual se investigan mitos, valores, creencias, y qué idea tiene el sistema familiar de su propia realidad.

-Evaluar en que ciclo evolutivo se encuentra la familia, de acuerdo a las etapas de la vida que están atravesando, lo cual permite observar si las reglas de funcionamiento son acordes con ese periodo de existencia.

-Entrevista familiar: se define la entrevista como la micro-intervención en un espacio-tiempo determinado, dentro del tratamiento familiar, de la cual participan y se vinculan familia- trabajador social (otros profesionales) con el fin de concretar el proceso de tratamiento.

La hipótesis, en la coordinación de la entrevista, es la herramienta por excelencia por cuanto garantiza al profesional la conducción de su investigación, siguiendo un hilo lógico y le impide asumir una actitud de observador pasivo que impide a la familia imponer su evaluación. La familia recibe una presión externa originada por los participantes del nivel institucional, los cuales el grupo primario debe acomodarse. La entrevista debe desarrollarse focalizando lo que la gente hace sobre lo que dice.

La primera entrevista con la familia, se considera lo que se llama etapa social, son aquellas acciones para disminuir los niveles de tensión. Las entrevistas se caracterizan por ser espacios cuyo lugar central desde un comienzo, debe ser de las personas. Habitualmente la familia tiende a hacer depositario de la problemática profesional. La mayoría de las maniobras deben conducir a la gente a auto responsabilizarse por sus conductas.

A medida que el tratamiento avanza, la elección de quienes formarán parte de las entrevistas corresponderá a la coordinación profesional como hilo conductor del tratamiento.

Entrevista domiciliaria: el objetivo es realizar un informe socio-ambiental. La nominación de visita, define a un agente del mundo externo familiar que concurre al hábitat. La primera se concreta en un contexto institucional, el cual es parte del ámbito científico. Los sentimientos de pertenencia corresponden al área operativa.

El hogar de la gente es el lugar de amparo, del refugio, de regreso, de los lazos entrañables, donde se nutren de afectos. Y de los dolores y tragedias más intensos...donde lo ficticio no sobrevive.

Redes sociales: Las redes sociales constituyen el marco relacional ampliado de los sistemas familiares.

El trabajo con familias necesita con frecuencia de la intervención en los microsistemas sociales.

Los ámbitos de red social global son:

-redes sociales primarias: integrada por los vínculos personales del individuo, son sus uniones más estrechas, de allí surge la denominación de lazos.

-redes secundarias: forman parte del mundo externo familiar. Sus relaciones son próximas a redes primarias, pero ocupan lugares más periféricos respecto de las mismas. Ejemplo grupos recreativos, religiosas, laborales, etc.

-redes institucionales: no obedecen a un orden natural de inclusión. Se accede a ellas por necesidades específicas que las tramas primarias no pueden satisfacer. Como integrantes básicos de las mismas mencionados: la escuela, sistemas de salud y sistema judicial.

Cuando iniciamos un abordaje familiar, los profesionales estamos auto-incluyéndonos como parte de la red institucional, como cuota antiecológica respecto de las relaciones a entablar.

Los ámbitos relacionales deben configurar una unidad articulada de vinculación y acción. Este marco se logra teniendo al Trabajador

Social como nexo y coordinador entre cada uno de los sectores, conociendo este último que al conducirse en la red social, dentro del marco familiar, está interviniendo en los tres niveles de encuadre social: individual-familiar- grupal y comunitario.

Seguimiento de caso: entendido como el procedimiento ordenado del acompañamiento profesional a las personas o grupos durante el tratamiento, en una sucesión organizada y planificada de etapas. Esta sucesión de circunstancias es un devenir integrado que debe ser conducido profesionalmente hacia situaciones de ínter vinculación más saludables.

Este seguimiento está constituido por diferentes fases:

-Empatía y etapa social: comprende actitudes de acercamiento hacia el sistema usuario. Trabajar lo que en el enfoque sistemático se denomina joining o enganche, el cual se refiere nada más ni nada menos que a las técnicas de mimetización y empatía que son aquellas que colocan al profesional en “sintonía” con el grupo familiar.

-Generación de cambios: todo motivo de consulta entraña en sí mismo la necesidad de modificar conductas inter influencias; secuencias interactivas; modalidades de comunicación. Todo ello para alcanzar los cambios necesarios que conduzcan a atenuar o eliminar síntomas, producto de la situación problema.

-Adaptación a los cambios generados: las situaciones nuevas producen incertidumbre. Es una tendencia humana. En el caso de los sistemas sociales dicha tendencia corre riesgo de transformarse en “retroacción”, es decir la necesidad de regresar a circunstancias conocidas y predecibles.

-Reafirmación de Cambios: los mencionados cambios deben solidificarse. Si dichas modificaciones resultan endeble, posicionarán a las personas en condiciones de vulnerabilidad, constituyendo así funciones que estarán más aparentadas con los cambios de primer orden.

-Paulatina Emancipación del Sistema Familiar Respecto del Profesional:

Dicha situación es vital, es parte de todo recorrido humano. Por lo tanto, en el accionar profesional debe estar presente la consigna de no generar dependencias, sino que el sistema tiene que alcanzar su autonomía.

***Trabajo Social con Adultos Mayores³³**

La familia, percibida desde la visión de las personas de edad puede estar relacionada con el “vivir juntos”, o convivir, el socorro mutuo, el parentesco, la confianza, la trasmisión de valores y los lazos afectivos. Estos son los elementos que conforman la red “idealizada” del adulto mayor; pero en la práctica esta red familiar se caracteriza por un intercambio voluntario entre los miembros de la familia, que se enfrentan a distintos condicionantes personales que ponen en riesgo la continuidad en dicha red. Cada familia, propio del desarrollo familiar, transita un proceso complejo que se va transformando en su forma y función. Esta transformación se puede dividir en las siguientes etapas:

1. los cambios en el tamaño de la familia, habitualmente debido a adiciones o pérdida de los miembros que dividen la familia en etapas de expansión, estabilidad y contracción.
2. los cambios en la composición por edades, basados en la edad cronológica de los integrantes que componen el grupo.
3. los cambios en la posición laboral de la persona o personas que sostienen económicamente a la familia.

Algunos autores consideran que *desarrollo familiar y ciclo vital familiar* son sinónimos. Pero consideramos que ciclo familiar se refiere a aquellos hechos que están ligados a las transformaciones de la vida

³³ Cordero, L. Caballinas, S. “Trabajo social con adultos mayores”. Ed. Espacio. Año 2003.

de la familia, como por ejemplo, la crianza de los hijos y el alejamiento de ellos del hogar. Estos acontecimientos producen cambios a los que hay que adaptarse desde la organización familiar, ya que implican variaciones en la composición, que exige una reorganización de roles y reglas.

Desarrollo familiar, a diferencia de ciclo familiar comprende un concepto mas amplio, mas abarcativo que ciclo familiar, porque engloba los procesos evolutivos vinculados al crecimiento general de la familia y porque involucra acontecimientos mas extraordinarios, como cambios en el desempeño laboral, fenómenos culturales o cualquier patrón agresivo que altere de manera brusca, repentina y/o prolongada la vida familiar y su normal funcionamiento. En síntesis, el ciclo vital familiar tiene que ver con aspectos comunes relativos a la vida cotidiana de las familias, de acuerdo a la etapa del ciclo por la que esta atravesando y que implica un pasaje gradual y paulatino de un estadio a otro. En cambio el desarrollo familiar abarca todos aquellos procesos complejos que afectan a la familia. Tanto el desarrollo familiar, como el ciclo familiar se superponen e interactúan entre sí.

Cuando se producen cambios notables en los roles a consecuencia de los cambios de edad o perdidas de miembros, exigen un reordenamiento de los roles y produce la transición de una etapa a otra. Este deslizamiento de una etapa a otra produce tensiones que acompañan al cambio familiar. Para el mantenimiento de la coherencia familiar es necesario lograr negociar nuevas respuestas sin dismantelar por completo los antiguos modelos.

Estos cambios en la estructura familiar afectan esta idealización del adulto mayor, porque para él es central la estructura familiar, es donde se refugian, buscan auxilio, ayuda, compañía y asistencia. Los viejos conocen muy bien el papel que ocupa cada uno de los miembros y actúan en consecuencia con estos papeles; pero estos miembros van transformando sus roles, debido a sus propias redes sociales que tienen en su realidad social. Ante esta situación es

que aparece una relación familiar descompensada, porque el viejo centra sus expectativas en los integrantes de la familia y no con sus grupos de pares tales como vecinos mayores, centro de jubilados, centros de día, hermanos, cuñados, etc. Hay un desencuentro entre las expectativas que los adultos mayores tienen sobre sus familias y lo que ocurre efectivamente en la realidad cotidiana del funcionamiento familiar. Esto hace que los adultos lo sientan como una vivencia de soledad y abandono. Los viejos esperan que sus descendientes les presten la atención que creen merecer, sin entender las obligaciones que tienen que atender los miembros familiares.

Estas problemáticas relacionadas con el desarrollo familiar y la transición en el ciclo familiar, deben ser las que se tengan en cuenta en la intervención profesional del Trabajador Social. "El Trabajo Social con adultos mayores deberá dar cuenta de la extensión hacia el contexto social y familiar del viejo, intentando crear o transformar los marcos de continencia específica para hacer frente a una situación problemática". La especificidad del Trabajo Social interviene sobre los efectos de las contradicciones coyunturales y estructurales de la sociedad que impactan en las condiciones de vida de las personas.

En el área de la tercera edad, como en cualquier otra área de actuación profesional se debe buscar una forma de abordaje tanto en el nivel individual como en el grupal, institucional o comunitario, desde la historia y el marco relacional de cada enviejo en particular, examinando las confluencias económicas, sociales, culturales e históricas del contexto del cual el adulto mayor y el profesional forman parte. Así el viejo, su grupo, su familia, son concebidos como sujetos dinámicos dentro de una intervención específica y contextualizada.

Como en cualquier intervención profesional, se trata de incluir de manera activa a la persona de edad en las acciones de tratamiento social y se detecta frecuentemente resistencia familiar para incorporarla a dicho tratamiento. Por este motivo se están formando redes de apoyo social, centrados en grupos de apoyo planificado y capacitación de

cuidadores informales o naturales (amigos, vecinos, jóvenes o miembros de la familia) para que ayuden en el proceso. No se busca la independencia de la persona adulta sino que se estimula la interdependencia con personas de la misma edad, y que puedan formar redes sociales, permaneciendo dentro de un sistema para ayudar a otros. Se debe lograr visualizar la “real” interacción entre los miembros de su grupo de referencia y el adulto mayor. Es aquí donde se pueden establecer circuitos positivos o negativos de interacción. Es relevante para el Trabajo Social detectar los cambios producidos por nuevas adaptaciones, que moldean la forma en que cada uno se ve como individuo y miembro de la familia. El profesional siempre debe hacer explícitas estas detecciones, para que se evidencie, de manera clara, la mutua dependencia de quienes interactúan.

***Redes Sociales, primarias, secundarias e institucionales**

Red Social³⁴ es un grupo de personas, miembros de una familia, vecinos, amigos y otras personas; capaces de aportar ayuda y apoyo a un individuo o familia. Una Red Social se puede imaginar como un “puente” de comunicación que genera intercambio e interconexión.

Las *Redes Primarias* serían la “suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o diferenciadas de la masa anónima de la sociedad”. Las Redes Primarias son todos aquellos vínculos “personales” de un individuo. De todo el “mapa relacional de una persona”, las redes primarias integran sus uniones más estrechas. Dentro de esta “mapa mínimo” se inscriben tres áreas:

1. un “*círculo interior de relaciones íntimas*” tales como miembros de la familia nuclear y de la ampliada.
2. un “*círculo intermedio de relaciones personales*” integrados por amigos y familiares intermedios.

³⁴ Chadi, Mónica. “Redes sociales en el Trabajo Social”. Ed. Espacio. Año 2000.

3. un “*círculo extremo de relaciones ocasionales*” caracterizado por un menor grado de compromiso, sin intimidad, formado por relaciones profesionales o laborales, compañeros e estudio y vecinos.

Las Redes Primarias están formada por los lazos de la ***Familia**, ***Familia Ampliada**, ***Amigos** y ***Vecindario**.

***Familia**, la tarea primordial de la familia es formar y educar al ser humano hasta su adultez, cumpliendo con los procesos de socialización. Dentro de la familia están contenidos la contención, el afecto y la autoridad. La familia es a menor porción, la red mínima en el ámbito de las redes primarias. El grupo familiar se autoabastece respecto a recursos emocionales, económicos, afectivos y sociales. A pesar esto necesita de la interrelación con el “afuera”.

***Familia Ampliada**, esta integrada por familiares que no corresponden a la familia nuclear (padres e hijos), esta integrada por abuelos, tíos, primos, cuñados y familia política. La familia ampliada responde a la necesidad de colaboración en los procesos de cuidado, formación y educación de los hijos, frente a la actual menor presencia del rol matero. Es así como abuelos, tíos, asumen una actitud de cooperación.

***Amigos**, estos se encuentran fuera del mundo familiar. La amistad complementa al aprendizaje de convivir. A diferencia de la familia, que aparece como impuesta, los amigos son una elección, se eligen desde edades muy tempranas; constituyen un referente con el cual comparten similares experiencias generacionales. La relación amistosa es mediadora entre el mundo interno, propio de la familia y el mundo externo. Esto quiere decir que también colaboran con el proceso de socialización, y posterior proceso de emancipación.

***Vecindario**, es el área mínima de comunicación, interrelación y entrecruzamiento, respecto del área total de una ciudad o municipio. El vecindario tiene indicadores homogéneos respecto a niveles económicos, culturales y sociales; por esto las relaciones que se dan,

3. un “*círculo extremo de relaciones ocasionales*” caracterizado por un menor grado de compromiso, sin intimidad, formado por relaciones profesionales o laborales, compañeros e estudio y vecinos.

Las Redes Primarias están formada por los lazos de la ***Familia, *Familia Ampliada, *Amigos y *Vecindario.**

***Familia**, la tarea primordial de la familia es formar y educar al ser humano hasta su adultez, cumpliendo con los procesos de socialización. Dentro de la familia están contenidos la contención, el afecto y la autoridad. La familia es a menor porción, la red mínima en el ámbito de las redes primarias. El grupo familiar se autoabastece respecto a recursos emocionales, económicos, afectivos y sociales. A pesar esto necesita de la interrelación con el “afuera”.

***Familia Ampliada**, esta integrada por familiares que no corresponden a la familia nuclear (padres e hijos), esta integrada por abuelos, tíos, primos, cuñados y familia política. La familia ampliada responde a la necesidad de colaboración en los procesos de cuidado, formación y educación de los hijos, frente a la actual menor presencia del rol matero. Es así como abuelos, tíos, asumen una actitud de cooperación.

***Amigos**, estos se encuentran fuera del mundo familiar. La amistad complementa al aprendizaje de convivir. A diferencia de la familia, que aparece como impuesta, los amigos son una elección, se eligen desde edades muy tempranas; constituyen un referente con el cual comparten similares experiencias generacionales. La relación amistosa es mediadora entre el mundo interno, propio de la familia y el mundo externo. Esto quiere decir que también colaboran con el proceso de socialización, y posterior proceso de emancipación.

***Vecindario**, es el área mínima de comunicación, interrelación y entrecruzamiento, respecto del área total de una ciudad o municipio. El vecindario tiene indicadores homogéneos respecto a niveles económicos, culturales y sociales; por esto las relaciones que se dan,

son simétricas. Estos cooperan entre sí en situaciones de crisis, se organizan en forma operativa para enfrentar la desestabilidad.

Las *Redes sociales Secundarias* serian todas las “relaciones entabladas en el macrosistema”, es decir todas las relaciones que se dan en el mundo externo de la familia. Existen dos grupos dentro de las Redes Secundarias, uno más próximo a las redes primarias: ***Grupos Recreativos, *Relaciones Comunitarias y Religiosas y *Relaciones Laborales o de Estudio.** Y un segundo grupo menos próximo a la Red Primaria: ***Escuela, Hospital y Sistema Judicial,** estos conformarían las redes Institucionales.

***Grupos Recreativos,** estos grupos proporcionan relaciones impersonales, so los “conocidos” que se cruzan en algún lugar de esparcimiento. Generalmente tienen en común el nivel socioeconómico, intereses o vivir en la misma comunidad. Estos referentes cumplen funciones de contención, su valor se observa cuando un sistema familiar debe mudarse de barrio, de ciudad de país, es cuando se vivencia un vacío porque estos “conocidos” ocupan un lugar e referencia para los miembros de una familia.

***Relaciones Comunitarias y Religiosas,** en estos grupos comunitarios las relaciones son de tipo impersonal, y tienen objetivos comunes para mejorar el nivel de vida de los sectores más necesitados de la comunidad. Pueden ser sociedades de fomento, grupos en defensa de los derechos humanos, grupos ligados a las actividades parroquiales, etc. Estos grupos comparten las mismas creencias y valores. Estos ámbitos mantienen relaciones equivalentes, no solamente por la religión sino por los objetivos comunes a alcanzar.

***Relaciones Laborales o de Estudio,** son aquellos en los cuales la actividad desarrollada es el aprendizaje, una persona es miembro de este grupo con el fin de incorporar conocimientos y recibir educación. Aunque trasciende este objetivo, ya que no solo es educado sino formado en su concepto más amplio. Suelen formarse relaciones amistosas. El objetivo compartido de una tarea para entregar, siembra

una actitud de cooperación. Estas características del grupo de estudio, son trasladadas más tarde a las relaciones laborales.

***Redes Institucionales**, son organizaciones constituidas para cumplir con objetivos específicos, satisfacer necesidades particulares. La mayoría de las instituciones son creadas para responder a objetivos específicos; su funcionamiento esta determinado por reglas que son pautadas acorde a los objetivos que la institución debe cumplir.

***Escuela**, es frecuentemente la primera institución que se incluye en la vida familiar y la obliga a atravesar el camino hacia fuera. Esto genera nuevas relaciones, interacción "Familia-Escuela". La Escuela tiene como función "complementar" el proceso de formación y educación que es competencia familiar. La acción de la Escuela no se restringe solamente a impartir conocimientos, sino realizar esta "función complementaria" con el grupo familiar y colaborar con los procesos de socialización y emancipación. La Escuela es la primera red institucional a la que ingresa el niño y lo relaciona con otros adultos y con grupos de pares, que habitualmente lo inician en la relación amistosa y de compañerismo. Aprende a reconocer jerarquías. Debe existir una correlación entre la Familia y la Escuela para no generar "mensajes contradictorios" que terminen con una disfuncionalidad familiar-escolar. La Escuela es un fin y un medio en sí misma, un fin que ofrece educación y formación a los educandos. Y un medio que promueve el intercambio comunicacional entre la familia, la escuela y la red social general.

***Hospital o sistema de Salud**, esta red institucional no implica solamente la intervención sobre el paciente afectado, sino que influye a todo el entramado social, específicamente al del grupo primario. Esta relación médico-paciente-familia es fundamental para la cura y mejoría de los resultados. Un ejemplo de esto son las mejoras en los resultados que se establecen en una consulta realizada al médico de familia, con el que existe confianza y conocimiento previo: este conoce los síntomas de sus pacientes en relación con el contexto familiar y social de os

Respondiendo al **Objetivo General**, basamos nuestra intervención en teoría y práctica; partiendo del supuesto que toda intervención se fundamenta en un conjunto de conceptos que guían el accionar profesional. Y “práctica” porque el trabajador no solo piensa sobre conceptos, sino que también actúa, realiza un accionar en base a un proceso metodológico. El Trabajo Social interviene en la dinámica social de los actores, en el desarrollo social donde se reproduce la vida cotidiana. Nos enfocamos en la vida cotidiana porque es donde los sujetos articulan su existencia, en relación a la lucha por la satisfacción de necesidades. La cercanía a la vida cotidiana de los sujetos es la clave más importante para desentrañar la “cuestión social de hoy”³⁵, relación contradictoria entre capital y trabajo. Esta relación se refleja en la organización económica, social y política que afecta a la clase trabajadora. Esto genera una creciente necesidad de ganancia del capital; lo que produce un proceso de precarización del trabajo, desempleo estructural y exclusión. Este es el contexto en el que debe intervenir el profesional, es preciso conocer este contexto para un buen accionar.

El objeto del trabajo social³⁶ presenta una generalidad rayana en la confusión. Consecuentemente, se complica la relación teoría-práctica, los modos de intervención (estudio- diagnóstico-tratamiento) y, obviamente, la producción de conocimientos en el propio campo disciplinario.

Se suma a dicha diversidad de enfoques, con sus correspondientes marcos referenciales, modelos políticos, filosóficos e ideológicos que a modelos teóricos propiamente dichos. Aún aceptando como válidos dichos marcos en la relación teoría-práctica, no sirven para lograr el “armado” del objeto, si no se diferencian los diversos aspectos implicados en las situaciones que hay que abordar, así como

³⁵ Rozas Pagaza, M, “Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en Trabajo Social”. Ed. Espacio

³⁶ Mastrangelo, Rosa. “Acerca del Objeto del Trabajo Social”. Ed. Lumen Humanitas. Bs. As. México. 2002

mismos. “Las Familias y los Hospitales se necesitan mutuamente porque son interdependientes”. Todo que el trabajo en un hospital sabe que un alianza entre la familia y el hospital contribuye a un resultado más efectivo.

***Sistema Judicial**, cuanto mayor es la disfuncionalidad familiar, mayor es la incidencia de las instituciones judiciales en el sistema familiar. Las familias en cuya vida están involucradas numerosas instituciones, este hecho se agudiza en las clases socioeconómicas marginales. La familia marginada está controlada, dirigida por ciertas instituciones sociales, como la Justicia. El sistema judicial tiende a centrar su atención en los derechos y deberes individuales a fin del buen funcionamiento familiar y de cada miembro que la integre.

El Trabajador Social debe intervenir en la interrelación entre los niveles primarios, secundarios e institucionales; para esto es fundamental que existan consensos profesionales que confluyan en los tres sectores. Es decir, para poder lograr realizar una intervención eficaz, el Trabajador Social debe visualizar las redes con que cuenta la persona.

se deben tomar en cuenta los niveles implicados en los hechos, demandas o problemas que se van a resolver.

Se puntualizó allí que el objeto no está dado de antemano, sino que se construye y reconstruye permanentemente por medio de la acción investigativa o la práctica profesional; igualmente, se insistió en la obligatoriedad de trabajar orientados por modelos conceptuales y conocimientos prácticos, porque todo conocimiento científico surge y se produce a partir de la realidad (con sus componentes empíricos) que interpretamos a la luz de alguna teoría.

Se señaló, que el accionar científico posee reglas y condiciones para la construcción del objeto, a saber: identificación de los diferentes elementos en “poblaciones teóricamente posibles” y su relación con cuerpos teóricos específicos; claridad y precisión en la descripción de aquellos aspectos elegidos para un estudio particular, la validación de todo proceso desde el punto de vista teórico y metodológico.

Niveles de abordaje

Históricamente, el Trabajo Social ha anclado en los denominados “método de casos”, “método de grupos” y “método de organización y desarrollo de la comunidad”. Con posterioridad a la reconceptualización, se habló de integrar esos métodos en uno solo. Algunas propuestas aludieron al “método integrado”, al “método único” y al “método básico”. Asimismo, se aludió a dos métodos: el método cognoscitivo y el método de intervención (Kruse, 1980).

En todos los casos, las propuestas metodológicas se inspiraron en el método científico o métodos utilizados en ciencias sociales.

El método de casos, el método de grupo y el método de comunidad pasaron a denominarse “niveles de abordaje” individual, grupal y comunitario.

El método de estudio de casos puede ser empleado para el estudio de una situación, una comunidad, un grupo, una institución o un individuo. Generalmente no se parte de un problema definitivo ni de

hipótesis. Se intenta lograr una descripción precisa de una realidad determinada sobre una variedad de fenómenos, estructuras y procesos en los que se hace resaltar sus características particulares.

El nivel de abordaje individual y su objeto

La atención individual (caso social individual), constituye la práctica más tradicional y más empleada por los trabajadores Sociales.

El estudio focaliza dos aspectos básicos: el tipo de problema y la persona que lo sufre o lo plantea; entonces se interroga acerca del origen de la dificultad (historia), las condiciones familiares y sociales del asistido, que conductas se asumen frente al problema, a quiénes más afecta dentro del grupo familiar, qué actitudes (positivas y negativas) se manifiestan, qué potencial humano e institucional (recursos) existe para enfrentar el "mal funcionamiento personal o familiar".

Teóricamente, las causas del funcionamiento persona y social problemático reconocen orígenes tanto en el mundo externo del cliente como dentro de sí mismo. Se admiten los efectos de la pobreza o de diversas formas de marginalidad cultural, pero, sin embargo, la tendencia ha sido asignar mayor peso a las causas que surgen dentro del cliente, sus propias ansiedades internas, miedos, agresividad, etc. Son considerados como causas principales del problema, segundo las causas que derivan de sus experiencias infantiles, resultado de fijaciones y temas dinámicos repetitivos en su comportamiento y tercero, las causas son buscadas en su historia, estructura y funcionamiento físico.

El nivel de abordaje grupal y su objeto

Se lo considera un nivel específico y complementario de los otros niveles, porque en la atención individual el estudio incorpora necesariamente al grupo familiar como referente principal y en el caso de nivel comunitario, el trabajo se realiza con los diferentes grupos dentro de una barriada.

En la línea más tradicional del trabajo con grupos, si bien se consideran importantes los problemas que verbalizan los miembros del grupo y las potencialidades de éstos para superarlos, el análisis se centra en la estructura grupal, en los roles y en el tipo de relaciones (agresiones, hostilidades, competencias), fundamentalmente.

El abordaje grupal asentado en esta orientación procura cambios positivos en los vínculos, trata de modificar la conducta de los sujetos, así como transformar actitudes negativas o competitivas en posturas más cooperativas. Para ello se trabajan las ansiedades, las tensiones, y los miedos, como también las relaciones conflictivas en las interacciones de los miembros del grupo.

El nivel de abordaje comunitario y su objeto

Desde su aparición, primero como método, alrededor de la década del sesenta, luego como nivel de abordaje, posterior a la reconceptualización, el trabajo como comunidades estuvo relacionado con los programas y los proyectos de su desarrollo, es decir vinculado fuertemente con las políticas gubernamentales.

De acuerdo con esta perspectiva, la investigación trata de medir los niveles de vida de la población, indaga acerca de las organizaciones sociales a base, incluyendo los procesos y las redes sociales existentes. El diagnóstico se refiere a los "problemas sentidos" por la comunidad, especialmente aquellos vinculados a la falta de servicios y obras de infraestructura comunitaria, o sea, lo que hace a la calidad de vida y de relacionamiento de la gente, tanto en sus aspectos materiales como psicosociales. Los programas y los proyectos de "transformación" dentro de este esquema se asocian, en principio, a las políticas públicas y son ejecutados por equipos multidisciplinarios.

En el trabajo comunitario es frecuente el uso (y abuso) de la encuesta como forma de procurarse el conocimiento. Aquí tampoco se ve con claridad cuál es el recorte alrededor de las necesidades sentidas que, como vimos, están vinculadas con objetos y procesos complejos

que involucran diversos campos disciplinarios, así como sectores gubernamentales.

Al respecto Kisnerman: el objeto de estudio se trasladó así a los problemas que se fueron detectando, los que se manifiestan como necesidades vitales: vivienda, educación, trabajo, salud; los que como problemas secundarios surgen como aspectos manifiestos de los problemas primarios: tenencia de tierra, salarios, desocupación, analfabetismo, descalificación ocupacional, relaciones de explotación, los que configuran objetos sectoriales de estudio, sólo comprensibles en el todo del área.

Llamamos *Intervención Social* a la comprensión del *Sobre qué, Para qué, Cómo y Con quién. La intervención no es considerada una actividad o varias actividades o la ejecución de un proyecto planificado. Sino que es un proceso metodológico, separado por etapas. Rozas Pagaza plantea tres momentos Inserción, Diagnóstico y Planificación*³⁷. Estos momentos se pueden recrear en el nivel individual, grupal y comunitario.

Inserción es un primer acercamiento a la trama social que los sujetos establecen en su vida cotidiana con relación a la satisfacción de necesidades. El significado metodológico de este momento consiste en iniciar el conocimiento del contexto social particular, a fin de establecer una ubicación profesional y una mirada estratégica de la situación. Esto significa situarse frente y en interrelación e interacción con los actores de la intervención profesional, que son los sujetos con sus demandas, la institución con sus propias demandas y el Trabajador Social con su saber específico para analizar esa relación sujeto-necesidad, expresión compleja propia de la cuestión social.

La inserción siempre abarca un acercamiento a la institución y a los actores, siendo ese acercamiento orientado por una actitud

³⁷ Rozas Pagaza, M, "Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en Trabajo Social". Ed. Espacio.

investigativa, en donde permita interrogar sobre el sujeto y sus necesidades. En un primer momento de la inserción se desarrollan acciones aisladas, encuentros informales, diálogos fragmentados con los actores de la intervención. La información es todavía incipiente respecto a cómo esos actores expresan y piensan desde su mundo cotidiano sus carencias y sus demandas. Estos datos sueltos, van configurando en esta etapa, de manera aproximada el contexto de la acción profesional y el diseño de una estrategia para desarrollar a futuro en relación a las necesidades sentidas por los actores.

Las formas de inserción son múltiples y no hay recetas específicas, estas dependen de la particularidad que adquiere cada práctica profesional. Cuando se va por primera vez a una institución, por más experiencia que tenga, lo primero que debe hacer es informarse (a través de dialogo informal, lectura de archivos, de fuentes primarias y secundarias sobre la institución y los actores), saber escuchar y observar. Es necesario profundizar el contacto con informantes claves para alcanzar un proceso más direccionado, ya que estos tienen experiencia para ayudar a comprender la trama social de los actores. El apresuramiento puede provocar futuras consecuencias negativas para la intervención.

Diagnóstico, el conocimiento adquirido durante la inserción nos otorga elementos que necesitan ser analizados con la finalidad de visualizar mejor el campo problemático, sobre el que se precisarán los objetivos de la intervención profesional.

Algunos autores consideran que el Diagnóstico es “el marco de referencia de una realidad representada a partir del cual se pueden combinar distintas posibilidades de acción”. Para otros, es “el punto de partida de la intervención profesional, por considerar que en este momento se determina la enfermedad que el paciente tiene y las causas que la originaron”.

Diagnóstico es un proceso de medición e interpretación que ayuda a identificar situaciones problemas, y los factores causales, en

individuos y grupos; y tiene como objetivo aportar los elementos para el proceso de planificación, en vista a una acción transformadora. Su objetivo apunta fundamentalmente a la planificación de la acción y lo que interesa conocer no es la realidad en forma exhaustiva, sino aquellos elementos indispensables para actuar racionalmente. Diagnóstico es un momento de síntesis del proceso de conocimiento que se ha ido generando desde la inserción profesional en el contexto particular de su intervención; es en este momento en donde se explicitan los nexos de la cuestión social, relacionada a la satisfacción de necesidades de los sujetos.

Planificación se entiende como la organización de un conjunto de actividades dirigidas a la solución de la problemática abordada. Esta concepción de planificación sigue vigente y está asociada a la “planificación normativa”, en la que las decisiones están fuertemente centralizadas y sólo participan los técnicos especializados, las necesidades de los están determinadas sólo desde la mirada de los técnicos. En este tipo de planificación se consideraba a la población como objeto de atención y depositaria de servicios, y no como sujeto de construcción.

Desde el punto de vista metodológico, la planificación es considerada como parte de un enfoque operativo de la metodología llamado “programación”. Se define a la programación como un método racional para fijar metas a alcanzar en función de recursos disponibles.

El libro “Análisis de la Práctica del Trabajo Social”, incorpora la planificación como parte importante del proceso metodológico, entendido como instrumento que permite plasmar un conjunto de acciones referidas al objeto de intervención.

A diferencia de la planificación normativa, la “planificación estratégica” esta orientada a generar un proceso de elaboración y toma de decisiones, a partir de la interacción de los actores y el conocimiento fundamentado de la realidad. Es decir que esta planificación esta

orientada la complejidad de la cuestión social, las demandas y las necesidades sentidas por los actores.

La premura en nuestro quehacer profesional y la urgencia de los problemas ante los que cotidianamente nos enfrentamos, nos han hecho actuar con una práctica más de operatividad que de reflexión, dejando siempre para un “futuro porvenir”³⁸ el análisis sistemático de datos.

Los Trabajadores Sociales conocemos la realidad en que nos movemos, y manejamos como instrumentos habituales gran cantidad de información (documentos y datos con diverso alcance y significado social y científico). Por ello, es necesario y urgente que sepamos transmitir esta realidad a través de nuestro trabajo, de un modo sistemático y científico.

Se impone, desde el Trabajo Social, utilizar y desarrollar técnicas que permitan el fácil hallazgo, manipulación, recuperación y uso efectivo de los datos reflejo de la realidad, para ser aplicados en campos tales como *Investigación, Sistemas de Información organizada*.

Es preciso un análisis sistemático de la documentación que se usa ya sea que sirva de base a estudios y planificaciones o como una respuesta a una demanda concreta.

Los Servicios Sociales están intentando, cada vez más, establecer sistemas de información en sus actividades diarias. Este intento se debe a la necesidad de un sistema de información para realizar una planificación y evaluación adecuadas. Los responsables de los Servicios son cada vez más conscientes de la utilidad de un buen sistema de recogida de datos a fin de lograr un aumento de la calidad en el servicio prestado.

La experiencia demuestra que para establecer un sistema eficaz de información en Servicios Sociales, es necesario que se produzca

³⁸ Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales. “Dos documentos básicos en Trabajo Social. Estudio de la aplicación del Informe y Ficha Social”. Ed. Espacio. Año 2003

una colaboración entre los profesionales y los especialistas en informática y estadística.

Existen en la actualidad una serie de documentos básicos que son comúnmente usados por el colectivo de Trabajadores Sociales. Estos documentos son: ***Ficha Social e Informe Social***.

Ficha Social es un soporte documental y un instrumento de trabajo, en el que se registra la información en forma susceptible de ser ordenada y almacenada. Sirve para conseguir un lenguaje común en Trabajo Social, para el estudio y análisis de la realidad. Puede servir para obtener un conocimiento del perfil demográfico de la población que acude al servicio. Es una fuente de datos para los informes sociales.

La ficha consta de dos partes, una contiene los datos confidenciales (ejemplo: apellido, dirección, teléfono, D.N.I., etc.) de identificación personal que quedarán depositados en el Centro o Servicio Social. Y la otra, proporciona la información objeto de análisis y proceso de datos (ejemplo: soltero, varón, padre, situación laboral, etc.).

Los datos que se extraen de la Ficha Social e Informe Social deben ser escritos y socializados a través del proceso de Sistematización. Este proceso permite recuperar reflexivamente los conocimientos producidos en la experiencia y es útil porque documenta y retroalimenta a la misma. Las sistematizaciones constituyen una rica fuente de hipótesis para la acción y la investigación social, sería una reconstrucción de la práctica profesional. Es una herramienta fundamental en el proceso de formación profesional, ya que permite al estudiante refractar conocimientos apropiados durante la carrera, retomar sus experiencias de práctica y aprender de ellas de manera sistemática y rigurosa.

Sistematización es un proceso de reconstrucción reflexiva y crítica de las experiencias, que involucra una mirada integral de las mismas. Es el desarrollo de un proceso metódico dirigido a la producción de conocimientos científicos sobre la práctica profesional, a la reordenación crítica de presupuestos conceptuales y metodológicos,

mediante la aplicación de variados procedimientos.³⁹ Es un método que busca producir conocimiento científico a partir de las experiencias a fin de mejorarlas y ofrecer orientación a otras similares; sería un proceso de reconstrucción de lo que los sujetos saben de su experiencia; en otras palabras es una reflexión sobre cómo se conoce y por lo tanto cómo actúa el educador, cómo elabora su relato, para que este sea más claro y significativo para otros.

Es una metodología que facilita la descripción, la reflexión, el análisis y la documentación, de manera continua y participativa, de procesos y resultados de un proyecto. El cual permite recuperar, interpretar, evaluar, conceptuar y comunicar las experiencias de la acción social.

La sistematización, por su estrecha relación con otros procesos, tiende a confundirse con: informe social, diagnóstico, evaluación; pero tiene especificidades que es necesario conocer para poder diferenciarlo de posconceptos anteriores.

- *No es pura recopilación de datos de una experiencia, sino que apunta a un ordenamiento, a encontrar relación entre estos y a describir la coherencia interna de los procesos establecidos. Se trata de una mirada crítica que los mismos autores realizan sobre el camino recorrido.*
- *No es solo descripción de datos, es una primera teorización sobre las experiencias, en las que se las cuestiona, se las ubica, se las relaciona entre sí, permitiendo un análisis más profundo en término de continuidad. Poder obtener algún tipo de conclusión, y trascender la experiencia de la práctica concreta a un horizonte de significación social amplio. Es decir “hacer teoría”, construir conocimientos y conceptos de la práctica vivida.*

³⁹Cifuentes Patiño, María Rocío. “La sistematización de las prácticas en Trabajo Social: una visión desde los proyectos sociales”. Ed. Universidad de Caldas. Año 2006.

Arriba hemos hecho hincapié al Proceso Metodológico utilizado durante la experiencia en I. NA. RE. P. S. Cabe destacar que la modalidad de trabajo llevada a cabo es la de “Equipo Interdisciplinario”.

Lo interdisciplinario⁴⁰ según Follari, es la conjunción de lenguajes diferentes, que hablan cosas distintas, en términos diferentes y por lo tanto implica un arduo esfuerzo mancomunar puntos de vista, acercar diferencias de significado de las palabras y construir un marco.

Nora Elichiry, afirma que el vocablo “inter” da cuenta de un nexo del que se espera cierta totalidad, partiendo del objeto real y no de las disciplinas dadas.

Desde todos los espacios debemos construir a esto y especialmente los ámbitos de formación deberán realizar esfuerzos para transferir modos de pensar y hacer, respetando las especificaciones pero teniendo como objetivo los trabajos de complementariedad.

Por otra parte, es interesante repensar el campo de intervención de los equipos interdisciplinarios en el ámbito de lo público. Los objetos complejos deben abordarse con herramientas complejas. Los problemas sociales representan de por sí una gran complejidad, acentuada en la actualidad dadas las transformaciones operadas en el contexto. Dice Tenti Fantani al respecto “...la complejidad de los nuevos problemas sociales hace que ninguna profesión en particularidad sea capaz de dar respuesta global a los mismos y frente a ello el autor llama la atención a la formación profesional diciendo...” es sintomático (que) la formación de los especialistas no haya tomado suficientemente en cuenta la necesidad de desarrollar en sus graduados las habilidades necesarias para el trabajo en equipos interdisciplinarios.

Los equipos interdisciplinarios en el campo de la salud pública se encuentran atravesados a la vez, por las transformaciones estructurales

⁴⁰ Kananga, Susana. “Hilos y Nudos. La formación de la intervención y lo político en Trabajo Social”. Ed. Espacio. Buenos Aires. Año 2007.

a las que hemos visto sometidos desde hace más de dos décadas.

- las instituciones en general y las de salud en particular, viven una especie de estallido, junto a las dificultades apuntadas que se traducen en escasez personal, partidas presupuestarias insuficientes, problemas de infraestructura, se observan cambios significativos en las demandas. No solo se incorpora el sector social que sufre de movilidad social
- descendente (desocupación, trabajadores precarizados, solicitud de grandes prácticas de gran complejidad que no cubren las obras sociales), sino que se diversifica el tipo de demanda, apareciendo situaciones recalificadas en tanto conflictividad y magnitud (malos tratos, violencia, requerimiento de alimentos, aumento de padecimientos psíquicos, etc.).

La cuestión interdisciplinaria es un desafío a construir, pero también como estrategia necesaria de intervención y resistencia. Dicho de otra manera, la interdisciplinaria en estos nuevos escenarios no solo da cuenta en una perspectiva epistemológica que trasciende las parcialidades impuestas por las improntas positivistas, sino que se convierte en condición de posibilidad para abordar la complejidad de las demandas y, a la vez, permite tanto la contención grupal de los profesionales como la elaboración de alternativas políticas de conjunto.

Es imperioso reconsiderar nuestras estrategias de intervención en clave interdisciplinaria, independientemente de los espacios en los que trabajamos y de la presencia de otros profesionales.

Por una parte, en los lugares donde las misiones están establecidas al trabajador social le cabe desplegar sus conocimientos teóricos a fin de expresar con claridad su mirada particular que permite decir y hacer con voz propia y desde allí dialogar con otros saberes. La capacidad de argumentar, la rigurosidad teórica y la intervención responsable, posicionan de otra manera y otorgan condiciones para el ejercicio de poder, en este caso poder decir, poder hacer, poder

construir. Son las prácticas sociales diferentes las que logran remover las representaciones sociales, por lo que las practicas profesionales fundadas y coherentes permitirán recuperar desde otro lugar a trabajo social en un equipo de salud.

La interdisciplina, constituye una herramienta necesaria para intervenir en lo social hoy. No es desde la soledad profesional que se pueden dar respuestas a la multiplicidad de demandas que se presentan a las instituciones, como tampoco es posible mantener una posición subalterna dentro de los equipos. Tanto la impotencia como la omnipotencia se constituyen en actitudes duales que niegan el carácter complejo de la vida social y en consecuencia obstruyen la posibilidad de intervenciones coherentes, creativas y contenedoras de la utopia. Esa, que según el poeta se manifiesta como horizonte, "cuanto más se camina, más se desplaza", pero contiene siempre la esperanza de estar transitando por la vida, en este caso, por la vida profesional.

CUARTA PARTE: SUPERVISIÓN COMO PROCESO DE

APRENDIZAJE

La experiencia previa

Las experiencias previas actuaron como aspectos facilitadores para la inserción en la institución. Estos fueron:

- La experiencia de trabajo en equipo desarrollada durante el transcurso de la carrera.
- Conocimientos aprendidos e incorporados en las Unidades de Práctica, las cátedras metodológicas como Grupo- Comunidad- Caso Individual Familiar y asignaturas complementarias tales como Medicina, Planificación, Psicología, etc.)
- La participación en diferentes talleres y cursos sobre Salud.
- Exploración bibliográfica sobre Salud, Discapacidad.
- Experiencias relacionadas a la vida personal de las estudiantes.

La inserción institucional

Una vez seleccionado el campo de salud como ámbito para desarrollar la concurrencia pre-profesional, las alumnas proceden a la elección de la institución: Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur (INAREPS).

A partir de allí, se mantuvo entrevista con la Licenciada Virginia Palomino, Jefa del Departamento de Servicio Social del Instituto, donde fueron presentados el PTD y las bases para la concurrencia, así como también el instrumento de evaluación.

La inserción de las estudiantes se da a fines del mes de Mayo del 2006, producto del retraso de la cobertura de seguro de riesgo, elemento indispensable para iniciar la concurrencia. Una vez solucionado este inconveniente, se efectuó la inserción, con la correspondiente presentación del equipo de Servicio Social de la

institución, el resto de los profesionales de planta permanente y residentes de las distintas especialidades.

El proceso realizado desde el punto de vista del aprendizaje y el posicionamiento en la Institución se relaciona con las diferentes fases o momentos descritos por Berta Reynolds y desarrollados anteriormente en el marco teórico-referencial.

Etapa de conciencia agudizada de uno mismo (temor a lo desconocido)

Al iniciar la concurrencia se tomo contacto con una institución que tiene características propias de la población que atiende, provocando desconcierto en las alumnas sobre como abordar esta problemática tan compleja y multidimensional.

La inseguridad inicial se manifestó exteriormente en una cierta "inmovilidad y prolongados silencios", Como así también una excesiva lectura del manual de procedimientos del Instituto.

En esta fase, la intervención de las mismas se limitó a la observación no participante del trabajo realizado en el Servicio Social (entrevistas, comités, pases de sala, evaluaciones y reuniones del Servicio Social).

Esta inseguridad y ansiedad se venció paulatinamente gracias a la ayuda y el soporte del supervisor y a partir del intercambio comunicacional con las Trabajadoras Sociales.

Otro aspecto facilitador fueron la afinidad y empatía que se estableció con algunas profesionales con las cuales las estudiantes se identificaron en su accionar.

La profundización del conocimiento del ámbito institucional, se realizo a partir de entrevistas iniciales con la supervisora, pero el inicio de la nueva etapa fue a partir de la intervención pre- profesional de las alumnas.

Cabe destacar que el hecho de que la concurrencia haya sido de manera conjunta produjo el establecimiento de una "dupla"

complementaria en el accionar cotidiano que promovió el sostén y la ayuda mutua.

Etapa de "Nadar o Ahogarse"

La incorporación de las estudiantes en esta etapa fue de manera prematura debido a la ansiedad de cada una de comenzar a "hacer". Por primera vez realizaron entrevistas de evaluación sin la presencia de otro profesional; centrándose la atención en el desempeño personal.

En las primeras intervenciones se observaron la influencia del ánimo propio y nerviosismo e inseguridad en el desarrollo de las entrevistas, por temor a cometer posibles equivocaciones.

Se manifiesta como positivo la confianza depositada en las mismas junto al respaldo del equipo de trabajo, que permitió un mayor desenvolvimiento en el abordaje de los casos, considerando que este aun era limitado por el escaso conocimiento que se poseía acerca de los recursos y posibilidades de acción en la institución y sobre las características de ciertas patologías.

Etapa de "comprender la situación sin ser totalmente capaz de manejarse en ella"

A partir de la elaboración y supervisión correspondiente de los informes de evaluación se internaliza la modalidad de registro utilizada en el servicio, así como también la ejecución de gestiones para solicitar pases de transporte, autorización de medicación y otorgamiento de vales de alimento. Convirtiéndose estos en la base sobre la que se apoya la intervención.

Sin embargo, todavía no se ha adquirido la confianza personal para elaborar diagnósticos sin supervisión profesional.

Se comienza a participar activamente en los pases de sala y comités de evaluación.

Como aprendizaje se evidencia el esfuerzo de integración de las alumnas al equipo interdisciplinario, el cual se rige por un modelo médico-hegemónico.

El establecimiento de relaciones entre pares residentes proporciona también la interacción y el intercambio de conocimientos, promoviendo optimismo e interés en la exploración de este campo. Se observan vestigios de inseguridad que aún limitan la tarea, siendo un desafío a alcanzar en la próxima fase.

Respecto de las supervisiones comienza a centrarse la atención y el contenido en la persona con la que se trabaja y en las alternativas de acción que se plantean.

Se toma en cuenta la interrelación entre las políticas económicas implementadas y el deterioro creciente que sufre el campo de la salud.

Etapa de "dominio relativo, en la cual uno puede tanto comprender como manejar la propia actividad en el arte por aprenderse"

En esta etapa se adquiere seguridad en la redacción de informes completos, también se dispone de suficiente información sobre recursos para efectuar derivaciones, orientaciones, gestiones y trámites de solicitud (prótesis y ortesis, silla de ruedas, elementos ortopédicos, pase de transporte local y de mediana distancia, pensiones por discapacidad, etc.).

Así mismo, se realiza una autoevaluación con el aporte de la supervisora de campo, la cual resulta de utilidad para visualizar las dificultades y avances en el proceso de aprendizaje, analizando críticamente y constructivamente los parámetros a ser evaluados.

Se alcanza mayor dominio de la tarea a través del continuo ejercicio profesional.

Desde el principio, la concurrencia se ve favorecida por la libertad de acción posible en la institución, como por ejemplo el libre acceso a historias clínicas, el trabajo interdisciplinario.

Se adquiere la capacidad de realizar inter-consultas a distintos centros u organismos públicos con el propósito de establecer el vínculo interinstitucional.

Etapa de "aprender a enseñar lo que se ha dominado"

En ésta, la intervención de las estudiantes se desarrolla de forma independiente, con completa libertad de acción.

El funcionamiento de la institución ha sido comprendido e internalizado aspirándose a adquirir por propia cuenta nuevos conocimientos del hacer profesional, así como también profundizar determinados aspectos del binomio discapacidad-rehabilitación, La experiencia en la Institución y la experiencia en cátedra permitió desarrollar:

*La autonomía para sostener el proceso metodológico en dimensión individual-familiar.

*Reconocer las capacidades -intelectuales (adquisición de conocimientos, métodos, estrategias, recursos) -emocionales (reacciones, actitudes, personalidad, afinidad) y -limitaciones propias (inseguridad, ansiedad, timidez, ignorancia) y de los demás (resistencias a cambios, apatía, desinterés, etc.).

*Respetar tiempos y espacios de ambas instituciones (UNMDP e INAREPS)

*Comunicación con profesionales de otras disciplinas, con pares residentes, autoridades y personal no profesional.

*Incorporación de categorías de análisis de supervisión de la política del campo, la institución sede y de las problemáticas asistidas, logrando comprensión del significado del proceso de supervisión.

*Comprensión de la dimensión social del problema subyacente a la necesidad individual, subyacente a la necesidad individual subjetiva de la demanda.

*Organización y planificación de actividades de acuerdo a las incumbencias.

QUINTA PARTE: ANÁLISIS DE DATOS

ANÁLISIS INSTITUCIONAL

Las dimensiones contextuales que impactan en la problemática de la discapacidad-rehabilitación son las siguientes:

-Dimensión Político Económica: falta de legislación y de políticas sociales (nacional, provincial, municipal) que amparen a las personas discapacitadas en vivienda, salud, alimentación, prevención, trabajo, etc.; e incumplimiento de la existente

-Dimensión social: presencia de conflictos (vinculares, económicos, de salud, entre otros) en las familias de los pacientes (indiferencia, discriminación, cambio de intereses y valores).

-Dimensión Legal: (Justicia) falta de igualdad jurídica entre pacientes que disponen de recursos y pacientes que no.

-Dimensión Administrativa: regida por burocracia estatal, reconocida en la mayoría de los casos, como única vía para obtener recursos para pacientes sin ningún beneficio (por ejemplo: falta de cobertura social y acceso restringido a subsidios, planes y jubilaciones por discapacidad)

Desde una perspectiva micro-social de la problemática se observa:

-Respecto al grado de dependencia y autonomía del Servicio Social de INAREPS respecto a otros sectores, se suele señalar que existe autonomía técnica respecto a la toma de decisiones en las intervenciones directas e indirectas con el paciente. Puede indicarse una situación familiar, en cuanto a la posibilidad del S. S, de realizar señalamientos a los discursos de otros profesionales cuando se discuten situaciones que pertenecen al campo social y que en ocasiones no corresponden la intervención de terceros.

-En relación con la dependencia, predomina más que esta, interdisciplinariedad en la determinación de objetivos GENERALES de

rehabilitación, no siendo así en la delimitación de objetivos específicos, que depende de cada servicio.

-No existe una clara delimitación de la incumbencia profesional; esto se evidencia en el discurso de algunos profesionales que no tienen en cuenta las consideraciones de las distintas áreas específicas.

-Divergencia entre el concepto de equipo interdisciplinario que se mantiene en el discurso y no en el ejercicio que debería corresponder al mismo.

-Política institucional que responde a intereses individuales por sobre los intereses de la organización, como por ejemplo nombramientos establecidos inadecuadamente; miembros que ocupan las posiciones más elevadas del organigrama que no siempre se ajustan a los intereses y demandas de los pacientes.

-Un sector médico que responde a una formación hegemónica.

ANÁLISIS DE LA SUPERVISIÓN

La supervisión de las estudiantes en el ámbito de la institución, tuvo lugar en las diferentes etapas del proceso de supervisión desarrolladas anteriormente.

En el inicio, de la supervisión, se realizaron reuniones, dada la ansiedad de las alumnas por querer hacer y estar "a la altura de las circunstancias". Estos momentos fueron contrarrestados con la reflexión junto a la supervisora de los aspectos que se debían conocer para poder abordar la tarea, a fin de aliviar tensiones y evitar frustraciones.

La modalidad de supervisión integró aspectos formales e informales, lo cual facilitó el vínculo de las alumnas con la supervisora y el resto del equipo.

Con respecto a la integración de las estudiantes en el equipo-interdisciplinario, se destaca el esfuerzo de la supervisora y profesionales del SS de la institución, de clarificar el aporte específico de la profesión en los comités y pases de sala. Desde el primer momento se tuvo posibilidad de participar activamente de estas reuniones.

Con relación a la comprensión de la contradictoria relación entre teoría y práctica, se considera que la supervisión con otros profesionales del SS, contribuyó a la toma de conciencia de la importancia de integrar ambas realidades, para lograr transformaciones reales de las situaciones en que se interviene y para desplegar la creatividad.

EN CÁTEDRA:

Los talleres de supervisión y su modalidad operativa, fomentaron el debate y la discusión de las diferentes realidades institucionales, lo cual proporcionó un encuadre para la inserción en la

institución. Asimismo los momentos de reflexión ofrecieron oportunidad para aliviar tensiones que provoca la atención a personas en situación desfavorable e injusta.

De la misma manera estos encuentros introdujeron un estado de empatía entre las estudiantes, lo cual demostró que todas estaban experimentando situaciones similares que le provocaban sentimientos análogos.

CONCLUSIONES:

Para finalizar este trabajo, se considera significativo destacar que la supervisión como proceso de aprendizaje y como relación de cooperación inteligente, ha producido en nosotras la oportunidad de desarrollarnos tanto a nivel personal como profesionalmente en un área y problemática de nuestro interés; habiendo resaltado nuestras potencialidades y capacidades en el quehacer profesional.

El poder educativo de la supervisión nos proporcionó herramientas indispensables para mejorar el desempeño y acceder a una formación permanente, elevando de esta manera la calidad del trabajo realizado.

La supervisión nos permitió "darnos cuenta de...", para lograr el control interno, el conocimiento personal, nuestras limitaciones y las acciones que nos llevaron a superar los obstáculos profesionales a fin de lograr un crecimiento, destacando siempre la importancia de la auto-crítica y la auto-evaluación. Sin autocrítica no hubiésemos podido haber aprendido, ni mejorado.

La supervisión nos enseñó que el aprendizaje, indiscutiblemente, tiene lugar a partir del "hacer", y que la supervisión fue una "ventaja profesional" para enriquecernos en todos los aspectos de la palabra riqueza.

Con referencia al campo abordado, hemos podido observar que se manifiestan la existencia de diversas barreras socio-económicas que impiden el acceso al servicio de salud. Es por ello que continúa siendo un desafío profesional promover conciencia en la sociedad sobre las deficitarias y encubiertas políticas sociales a nivel salud que hoy impactan en todos los sectores y estratos de la población, aumentando la exclusión y la marginación.

Por lo antes expuesto creemos que para lograr una mejor calidad de vida en las personas con discapacidad es preciso realizar un cambio estructural que contemple todos los aspectos considerados en el concepto de salud: Promoción, Prevención, Diagnóstico y Tratamiento

oportuno, Educación, Investigación y Administración. Destacando la importancia de la rehabilitación como proceso integral que no se acota al tratamiento individual sino que intenta reconstruir y favorecer una sociedad fragmentada, con el objetivo de humanizarla.

Sintetizando esta concurrencia nos ha permitido una interpretación crítica del proceso, en relación directa con el contexto en el cual se ha desarrollado, y con los supuestos teóricos que han guiado dicho proceso. Convirtiéndose así en un proceso de reflexión, crítica y aprendizaje, *“mucho aprendizaje”*.

ANEXO

Accesibilidad al transporte público:

La accesibilidad a los bienes sociales no es algo que refiera exclusivamente a las personas con discapacidad, sino que refiere a todos los ciudadanos. Los bienes, en especial los fundamentales para vivir, deben ser accesibles para todas las personas que lo deseen pero debido a las dificultades que tienen las personas con discapacidad, en cuanto la accesibilidad física se hace hincapié en favor de las mismas.

En el caso específico del transporte público justamente por ser público es un derecho de todas las personas. El problema reside en que éste se ha visto impedido para las personas con movilidad reducida, y en especial para quienes usan sillas de ruedas. Esto se debe a que los vehículos (colectivos, trenes, subtes) no está adaptado a sus necesidades; si bien es público ósea para todos está negado para ciertos ciudadanos.

A nivel internacional se han establecido una serie de normas para reconocer los derechos para que estas personas puedan contar con los medios que les permitan tener acceso a todos los ámbitos y a todos los recursos a los que accedan los demás miembros de la sociedad, entre ellos el transporte público.

Ley 25.280, que aprueba la Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad.

Art. 3 "Adoptar medidas de carácter legislativo, social, educativo, laboral o de cualquier otra índole, necesarias para eliminar la discriminación contra las personas con discapacidad y propiciar su plena integración en la sociedad".

Art. 9 "A fin de que las personas con discapacidad puedan vivir en forma independiente y participar plenamente en todos los aspectos de la vida, los Estados Partes adoptarán medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad, en igualdad de condiciones con las demás, al entorno físico, el transporte, la

infamación y las comunicaciones, incluido los sistemas y tecnología de la información y las comunicaciones, y a otros servicios e instalaciones abiertos al público o de uso público, tanto en zonas urbanas como rurales.

Ley 22.431 estableció en su Artículo 22 la adecuación del transporte para que las personas con discapacidad pudieran hacer uso del mismo.

“Entendiéndose por barreras en los transportes aquellas existentes en el acceso y utilización de los medios de transporte público terrestre, aéreo y acuático de corta, media y larga distancia y aquellas que dificulten el uso de medios de transporte por las personas con movilidad reducida a cuya supresión se tendera por observancia de los siguientes criterios:

- *Vehículos de transporte público tendrán dos asientos reservar dos señalizados y cercanos a la puerta por cada coche, para personas con movilidad reducida. Los coches contaran con piso antideslizante y espacio para ubicación de bastones, muletas, sillas de ruedas t otros elementos de utilización por tales personas. Las empresas de transporte público terrestre deberán transportar gratuitamente a las personas con movilidad reducida en el trayecto que medie entre el domicilio de las mismas y el establecimiento educacional y o de rehabilitación.*

Las empresas de transporte deberán incorporar a partir de los seis meses de entrada en vigencia de la presente Reglamentación y durante el transcurso del año 1997. En el transcurso de este año será adaptado un vehiculo por línea. En el año 1998 el veinte porciento (20%) del total de vehículos de cada línea. En el año 1999 el cuarenta porciento (40%); en el 2000 el sesenta porciento (60%); en el 2001 el ochenta porciento (80%) y en el año 2002 el cien porciento (100%) del total de vehículos de cada línea.

Vehículos de Larga Distancia

La cantidad de vehículos especiales y los plazos para su progresiva incorporación, estarán en función de las frecuencias actualizadas de los distintos destinos de cada empresa.

En vehículos de larga distancia se optara por la incorporación de un elevador para sillas de ruedas o sistemas diseñados para tal fin, que cumplan con el propósito de posibilitar el acceso autónomo de personas en sillas de ruedas. Y se dispondrá el espacio necesario en su interior para la ubicación de por lo menos una silla de ruedas.

Transporte subterráneo

Las empresas responsables de transporte subterráneo deberán iniciar la adecuación de las estaciones, sus instalaciones y equipamientos existentes. La infraestructura y el material móvil que se incorporen al sistema en el futuro deberán ajustarse a lo prescripto por la Ley 22.431.

Transporte ferroviario

Las empresas responsables del transporte ferroviario deberán iniciar la adecuación de las estaciones, sus instalaciones y equipamientos existentes. En las estaciones con desniveles entre la vía pública, la zona de pago y andenes se ejecutaran obras y se proveen los equipos necesarios para el ingreso y egreso de las personas con movilidad reducida, especialmente los usuarios de sillas de ruedas. Permitir el ingreso y egreso en forma automática y segura y la ubicación en el interior del material móvil, de las personas con movilidad y comunicación reducida.

En los servicios ferroviarios de larga distancia dispondrán de servicio sanitario especial en los coches donde están previstos los espacios reservados para sillas de ruedas.

A pesar de contar con una normativa bastante completa de promoción de los Derechos de las personas con discapacidad, el

derecho elemental de acceso al transporte público parece de dificultosa aplicación. Uno de los argumentos mas escuchados refiere al alto costo que implica que los mismos se conviertan en accesibles, dando a entender que la problemática de la discapacidad es costosa. De esta manera se termina culpabilizando a la población con discapacidad, se habla de que abusan del derecho de gratuidad, de documentación falsa, de exigencias imposibles de cumplir por parte de las empresas, etc.

La crisis económica y social que se desencadenó a fines de 2001 es el fundamento de las resoluciones de la Secretaria de Transporte, que prorrogaron la vigencia de las unidades de transporte automotor de pasajeros de 10 a 15 años. Con estas medidas se ha postergado la incorporación de unidades accesibles, como así también la implementación de mecanismos que garantizarán la accesibilidad y seguridad en los vehículos. Con esto se pretende justificar la escasa inversión que han hecho los empresarios para el mejoramiento del parque automotor.

Del desamparo a la dependencia⁴¹

Las iniciativas voluntarias se inspiran en el desamparo o la desatención de los afectados. El movimiento asociativo reclama subvenciones y subsidios de las distintas administraciones públicas para servicios o para los propios afectados. En la mayor parte de los países iberoamericanos las presiones de las entidades voluntarias sobre los poderes públicos vienen teniendo efectos muy limitados. Se mantiene la misma actitud restrictiva para la financiación de la propia actividad voluntaria.

Par la gente destinataria del invento, su creación tanto puede ser una gran ayuda, como una trampa. Es una trampa cuando se intenta meter en una vertiente única la compleja y cambiante multitud de funciones y técnicas que la discapacidad demanda. Pero también

⁴¹ Casado, Demetrio. "Ante la discapacidad". Ed. Lumen. Año 1995.

puede ser una ayuda si, se encomienda al organismo una función de alcance; se debe evitar la unificación organizativa de funciones. Las probables ganancias simbólicas también se pagarían caras porque el organismo privado tiene un efecto estigmatizante, es un metáfora burocrática de la marginalidad social. Por eso es de gran importancia tomar cartas en el asunto y asumir la complejidad de las intervenciones relativas a las discapacidades.

BIBLIOGRAFIA:

*Sánchez, González Miguel. "Conceptos de salud". Año y editorial desconocido.

*Revista cubana de salud publica " el concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud". Año y editorial desconocido.

*Conferencia sanitaria panamericana. Año y editorial desconocido.

*Pagina Web "educación de la salud". "A qué nos referimos cuando hablamos de salud". Año y editorial desconocido.

*Egea García, Carlos Pedagogo. Sarabia Alicia Sánchez "Trabajo Social" Carlos y Alicia @ ono. Com. Año y editorial desconocido.

*Hermida, María Eugenia. "El trabajo social y salud/ enfermedad: aproximaciones histórico- epistemológica".

*Ficha de Cátedra de Supervisión, año 2005. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. UNMDP.

*Semal 2002. Introducción de la clasificación de un modelo más integrador. www.disabilityworld.org. Año y editorial desconocido.

*Módulo de ingreso Lic. en Servicio Social, Facultad de Cs de la Salud y Servicio Social, UNMDP. Año 2000.

*Eroles Carlos "Los derechos humanos, compromiso ético del Trabajo Social".Ed. Espacio. Año desconocido.

*Kisnerman, Natalio. "Introducción al Trabajo Social". Ed. Humanitas. Año 1981.

*Parra, Gustavo. "Nuevos escenarios y práctica profesional. "Una mirada crítica del T. S". Ed. Espacio. Año 2002.

*Autores varios. "Metodología del Servicio Social, Teresópolis" Ed. Humanitas. Año 1981.

*Ander Egg, Ezequiel. "¿Que es el Trabajo Social?". Ed. Humanitas. Año 1984

*Kisnerman, Natalio. "Servicio Social Pueblo". Ed. Humanitas. 1982.

*Hamilton, Gordon. "Teoría y practica del Trabajo social en caso". Ed. La Prensa médica mexicana. S.A. Año 1960.

*Carballeda-, Alfredo Juan Cáp. "La intervención hoy. Del orden de los cuerpos a la fragmentación de la sociedad" en "El trabajo Social, desde una mirada histórica centrada en la intervención. Ed. Espacio. Año 2006. Bs. As. Argentina.

*Restrepo, Olga Velez. "Reconfigurando perspectivas y tendencias contemporáneas". Ed. Espacio, 2003. Trabajo Social, Bs. As. Argentina.

*Torrado Susana "El enfoque de las estrategias familiares de vida en América Latina". Conferencia General de la Unión Internacional para el Estudio Científico de la Población. Filipinas. Año 1981.

*Wainerman, Catalina. "Vivir en familia". Editorial UNICEF LOSADAS. Buenos Aires. 1996.

*De Jong Eloísa y otros. "La familia en los albores del nuevo milenio". Reflexiones interdisciplinarias: un aporte al trabajo social". Editorial Espacio. Buenos Aires

*Durham Eunice. "Familia y reproducción humana" Material extraído de Cátedra Sociología de la Familia, año 2005 Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social UNMDP

*Ander Egg, E. y Aguilar M.J. "Administración de programas de acción social" Ed. Servicio Social de publicación del Gobierno acción social" de publicación del Gobierno vasco. Año 1990

*Etkin, J Schvarstein, L. "Identidad de las organizaciones" Ed. Paidós. Bs. As. Año 1994

*Elichiri, Nora. "La importancia de la, articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodología transdisciplinarias". Año y editorial desconocido

*Equipo Latinoamericano de Justicia y Género. "El derecho de las mujeres a la salud" Cáp. 3 Informe sobre Género y Derechos Humanos. Vigencia y respeto de los derechos de las mujeres en Argentina. Año 2005

*www.monografias.com Palacios, Daniela, Castro, C y Reygad D. "Calidad de vida: una perspectiva individual".

*Dr. Sánchez- González, M. "Concepto de Salud". Ficha de Cátedra Supervisión año 2006.

*Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. UNMDP *Curso de Gestión y Administración. Servicios en salud Dr. Carabjal, Francisco y colaboradores. Modulo N 4 Colegio de Médicos de la Pcia. de Bs. As. IX Distrito.

*Dr. José Orozco y colaboradores: "Dirección Hospitalaria en Rehabilitación INAREPS". Mar del Plata. Bs. As. Año 2003".

*Aguilar Ibáñez M "introducción a la Supervisión" Ed. Lumen Bs. As. Año 1994.

*Barrera "La Supervisión en Trabajo Social" Ed. Paidós. España 1997.

*Di Carlo e Equipo. "El TS con Grupos y Redes". Ed. Lumen humanitas. Año 1997.

*Perlman. Helen. "El Trabajo Social Individualizado" ED RIALP SA Madrid México. Año1965.

*Dewey "Lógica". México. Año 1950.

*Di Carlo E Y Equipo "TS Profesional. El método de la comunicación racional".

*Kisnerman "Reunión de Conjurados". Argentina ED. Lumen humanitas.

*Ander EGG "¿Qué es el Trabajo Social?". Cuarta edición Bs. As. Ed. Humanitas. Año 199.

*Suplementos de revista mensual CILSA.

- *De Robertis Cristina "Metodología-a de la intervención de TS". Ed. Paidós. Ibérica S.A. Barcelona 1997.
- *Del Anno Y Colaboradores "Discapacidad Y Tercer Sector".
- *Peyronnet Beatriz. "Tesis Enfoque Centrado En La Familia Del Paciente Con Mielomeningocele" Lectura desde la Perspectiva de Trabajo Social. Año 2002.
- *Labaton. "Discapacidad, Derechos Y Deberes". ED Centro Norte 1995"
- *Torrado Susana. "El Enfoque De Las Estrategias Familiares De Vida En Familia"
- *Elizabeth Jelin. "Familia Crisis Y Después". Ed. Losada Bs. As. Año 1996.
- *Cordero, Liliana; Cabanillas Silvia; Lerchundi, Gladys. "Trabajo Social con adultos mayores". Ed. Espacio. Año 2003.
- *Chadi, Mónica. "Redes sociales en el Trabajo Social". Ed. Espacio. Año 2000.
- *Autores varios. "Salud e intervención en lo social". Ed. Espacio. Año 2008.
- *Casado, Demetrio. "Ante la discapacidad". Ed. Lumen. Año 1995.
- *Eroles, Carlos; Fiamberti, Hugo. "Los derechos de las personas con discapacidad". Ed. Eudeba.
- *Cazzaniga, Susana. "Hilos y nudos". Buenos Aires. Ed. Espacio. Año 2007.

*De Pamphilis Mastrangelo, Rosa. "Acerca del objeto del trabajo social". Ed. Lumen Humanitas. Buenos Aires. México. Año 2002.

*Ander Egg, Ezequiel y Follari, Roberto. "Trabajo Social e interdisciplinariedad". Ed. Humanitas. Año 1993.

*Consejo General de Colegios de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales. "Dos documentos en Trabajo Social, estudio de la aplicación del Informe y Ficha Social". Ed. Espacio. Año 2003.

*Cifuentes Patiño, María Rocío. "La sistematización de las prácticas en Trabajo Social: una visión desde los proyectos sociales". Ed. Universidad de Caldas. Año 2006.