

2010

La intervención individual-familiar del trabajo social en una residencia para adultos mayores con supervisión psiquiátrica : sistematización de una experiencia de campo

Rozas, Nora

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/519>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

SS
Inv. 4054

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DE
SERVICIO SOCIAL

LICENCIATURA EN SERVICIO SOCIAL

“LA INTERVENCIÓN INDIVIDUAL-FAMILIAR DEL
TRABAJO SOCIAL EN UNA RESIDENCIA PARA
ADULTOS MAYORES CON SUPERVISIÓN
PSIQUIÁTRICA. SISTEMATIZACIÓN DE UNA
EXPERIENCIA DE CAMPO.”

ALUMNA: **NORA ROZAS**

DIRECTOR: LIC. **DAMIÁN WRAAGE.**

MARZO 2010

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Inventario	firmatura top
4054	
vot	
Universidad N	de Mar del Plata

26 SEP 2012

El revela honduras y secretos.
Conoce lo que ocultan las tinieblas.
Y la luz mora junto a él.

Daniel 2:22

Agradecimiento

A Damián Wraage. Por su guía , compromiso y generosidad.
Sin su valiosa ayuda, este trabajo no se hubiera concretado. Infinitamente
gracias.

Dedicatoria

A Dios. Por sentir su presencia en mi vida, cada día.

A mi madre, por ser una mujer valiente, y decidir que yo naciera, a pesar de las
adversidades. Por enseñarme que en lo simple, está lo verdadero.

A mis princesas, Maru y Candy, porque son la luz en mi oscuridad, y porque
desde que llegaron a mi vida, supe qué es el verdadero amor.

A Juan, por haber compartido la mitad de nuestras vidas y estar unidos para
amar a dos princesas. Y como dice él por haber financiado esta carrera.

A mis amigas, a todas y a cada una, por saber que están ahí, y hacer que la
vida sea esperanzadora. Por reír mucho.

A mis abuelos, porque con su presencia, hicieron que mi infancia sea feliz.

A mis tías, Elda, Hemilce y Buba, porque llevo algo de cada una de ellas
dentro mío.

A mí, por creer.

Índice

Introducción	3
Marco Conceptual	5
El campo de la salud. ¿A qué nos referimos cuando hablamos de salud?	6
Salud y bienestar	8
El concepto de calidad de vida	10
La persona	12
La institución	15
La institucionalización	18
Especificidad profesional	21
Constitución de la especificidad profesional. Proceso histórico social	22
Perspectivas	23
Trabajo social en el área de salud	27
Formas de intervención del trabajador social en los equipos de salud	27
Fase descriptiva	29
Acceso a los casos	34
Entrevistas de admisión	35
Entrevista a paciente	37
Entrevista con familiar	38
Entrevista con hija de la paciente	40
Entrevistas de seguimiento	41
Asambleas de convivencia	41
Actividades terapéuticas	43
Reunión del equipo de salud	44
Intervenciones indirectas	44

Hitos conceptuales de la intervención del trabajador social en la institución estudiada	47
Abordaje del servicio social desde la orientación psicosocial.....	50
Fase inicial.....	51
Fase de diagnóstico.....	52
Fase de tratamiento.....	54
Los hábitos en la conducta.....	56
Discurso y poder.....	58
El ambiente y la perspectiva de redes.....	60
Trabajo en equipo: Inter-transdisciplinario.....	64
Análisis conclusivo	65
Bibliografía	73

INTRODUCCIÓN

En el Partido de General Pueyrredon la población de adultos mayores (60 años o más) representa el 18,2% del total de la población, según datos del Censo Nacional de Población y Vivienda de 2001. Estos datos marcan un envejecimiento mayor que el natural en las poblaciones urbanas.

Mar del Plata, como cabecera de partido, es una ciudad donde mucha gente, sobre todo habitantes de la ciudad de Buenos Aires y alrededores, esperan encontrar el lugar en donde vivir su vejez. Esto transforma a la ciudad en una de las que mayor migración de ancianos recibe en el país, dado que la encuesta permanente de Hogares (1998) refiere que sólo el 19% de las personas de edad es oriunda de Mar del Plata, un 70% emigró desde otros lugares del país y un 11% desde otros países.

Esta realidad demográfica se transforma en problemática cuando interactúa conflictivamente con factores sociales, económicos y políticos.

Sin embargo, las transformaciones familiares: crecimiento de números de personas que viven solas, familias uniparentales, tasas de divorcio en aumento, hogares más pequeños, menor número de hijos, la incorporación de la mujer al mundo del trabajo, en tanto que ella había sido la principal responsable del cuidado familiar, la falta de una perspectiva social y comunitaria en la generación de soluciones para la atención del anciano y la insuficiencia de recursos comunitarios; alertan los cambios en esta tendencia lo que llevará a un incremento en la institucionalización. Aunque la familia continúa siendo hoy la fuente más importante de prestación de ayuda y atención al anciano con necesidades de cuidados especiales.

En la década del '70, la creación del INSSJP (PAMI) dentro de su propuesta asistencial geriátrica provocó una demanda en el mercado, con un consecuente incremento en la contratación de establecimientos privados como prestadores de servicios.

En la actualidad se estima que el porcentaje de internación geriátrica en Mar del Plata es de un 2% de los mayores de 60 años, similar a la población calculada a nivel nacional (Secretaría de Tercera Edad y Acción Social, 2001), porcentaje que día a día va en aumento.

Como consecuencia del incremento de patologías mentales en la vejez se evidencian nuevas necesidades para la atención de la población añosa. Desde el Trabajo Social y específicamente en las prácticas gerontológicas, se parte de la idea de que cada persona es única y diferente, y debe tener la oportunidad de ejecutar su potencial y de vivir una vida personal y socialmente satisfactoria. El propósito de la profesión es mejorar el funcionamiento objetivo y subjetivo entre la persona mayor y su ambiente, dentro de sus limitaciones.

El trabajo con adultos mayores está enmarcado en el rubro de los derechos humanos en el sentido más amplio de su concepción, es decir, el derecho del adulto mayor a formar parte de la sociedad, a ser considerado, a ser querido y a ser escuchado. Atendiendo a la complejidad de la situación de envejecimiento y del aumento de padecimientos mentales, se aboga por la concertación de abordajes interdisciplinarios.

El Trabajador Social, interviene aplicando una modalidad de trabajo que se inscribe en el marco del abordaje de la singularidad, y se plantea el trabajo con el paciente desde el marco de los derechos humanos, con la premisa de la búsqueda y construcción de la autonomía por parte de éste y el logro de ser externado, dándole a esa persona otra oportunidad de vivir y convivir con su familia o red social continente, si existieran.

En el presente trabajo se pretende exponer el estudio y experiencia de intervención en Trabajo Social, en el área de salud mental, con pacientes internados en el geriátrico Suizo Argentino, que es una institución catalogada como RAMPE (residencia para adultos mayores con supervisión psiquiátrica) por PAMI; ubicada en la ciudad de Mar del Plata. La experiencia estudiada se desarrollo durante el transcurso de la práctica preprofesional en el ciclo lectivo 2006 en la Cátedra Supervisión en Servicio Social de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Esta sistematización tiene como finalidad observar y analizar el desarrollo de una experiencia concreta de práctica profesional, pretendiendo lograr un aporte al conocimiento de la intervención del Trabajador Social en este tipo de instituciones, partir de la observación y recuperación de aquellos elementos significativos que hacen a la constitución y sentido social de la disciplina.

MARCO CONCEPTUAL REFERENCIAL

EL CAMPO DE LA SALUD

¿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 (O.M.S. - 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 física, mental y social a los ciudadanos.

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 un 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, de prevención, curación y rehabilitación, las actividades de la promoción de la salud y educación para la salud en la atención a la salud de las personas.

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.

La **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.

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.

Determinantes de la Salud.



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.

SALUD y BIENESTAR

No hay una línea que divida la salud de la enfermedad, y además la normalidad cambia según el tiempo y la zona, según conductas, creencias y concepciones de grupos científicos representantes de la ideología reinante.

La Organización Mundial de la Salud (OMS.1948), define a la salud como, "el estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no solo la ausencia de enfermedades o afecciones."

Si bien en su época representó un gran avance sobre el estrecho criterio fisiológico, organicista y somático del concepto de salud, esta definición es una concepción estática, que no tiene en cuenta el devenir histórico ni las diferencias existentes entre los grupos sociales; la salud así definida pasa a ser algo utópico, inalcanzable. Además se manifiesta la duda respecto a la relación bienestar igual salud, pero teniendo presente que el bienestar es algo totalmente subjetivo, y que es muy difícil determinar "el completo estado de bienestar" no hay un valor subjetivo para definir salud.

Terris, (1980) modificando la definición de la OMS introduce una forma objetiva de ver el estado de la salud " el estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedad".

Se recogen tres cosas: Bienestar, malestar y capacidad de funcionar. Según Terris, no se parte de un punto neutro, ni donde dejamos de tener salud pero tampoco estamos enfermos. Cuando más nos alejemos de ese punto hacia el bienestar, mayor será el grado del mismo que tendremos y, por el contrario, si lo hacemos hacia el otro polo hallaremos el malestar.

La capacidad para funcionar será máxima en el grado máximo de bienestar y mínima cuando estemos en el grado máximo de malestar.

Para Salleras, Salud es el más alto nivel de bienestar físico, mental y social sumado a la capacidad para funcionar que permiten los factores sociales en que vive inmerso el individuo y la colectividad.

Como se ha expuesto anteriormente las definiciones de la OMS, Terris y Salleras incluyen el concepto de bienestar, y teniendo presente que el mismo es el estado que alcanza un individuo al satisfacer sus necesidades, se desarrollará

la pirámide que reúne los componentes del mismo propuestos por las Naciones Unidas en 1961 a fin de establecer la relación de cada uno de ellos con la salud.



Esquema N ° 1: Componentes de Bienestar. Naciones Unidas 1961.

Según el esquema anterior, la salud dependerá del desarrollo armónico de cada uno de los componentes, y para lograrlo es indispensable que como pilar se tenga la justicia social, basada en los principios morales y éticos, que permitan el logro de la equidad. La política social es el instrumento o forma de realizar las políticas públicas, con el propósito de asegurar un bienestar colectivo o bienestar social.

En los últimos años se ha tenido una concepción de la salud como derecho y como hecho bio – pisco- social, una visión integral, total, compleja y dialéctica de la misma, como la define San Martín, H (1984) "salud como un estado relativo (salud relativa) de salud enfermedad, dinámico, variable, individual y colectivo (relaciones sociales) producto, también dinámico y variable, de todas las determinantes sociales (ambientales) y genético – biológico – ecológicas que se

originan en la sociedad, se distribuyen socialmente y se expresan en nuestras biología." ¹

El concepto "campo de salud" (introducido por Blum 1974 y por Dever 1991) implica considerar a la salud basada en 4 factores determinantes: Medio ambiente, Estilos de vida, Biología humana y Servicios sanitarios.

Estos cuatro factores se relacionan y se modifican entre sí, mediante un círculo envolvente formado por la población, los sistemas culturales, la salud mental el equilibrio ecológico y los recursos naturales. Se sostiene que para lograr un estado de salud estos factores deben de estar en equilibrio.

Este es el encuadre teórico que permite hacer un análisis bio-pisco-social y hablar de un proceso dinámico, del proceso de salud-enfermedad.

"Salud ya no es una mera adaptación a un medio... es un estado tal que capacita o facilita al ser humano a encarar positivamente los desafíos de la vida, luchando con energías para superar las dificultades de cada situación concreta."
"... porque el hombre verdaderamente saludable no está, no quiere estar solo ni aislado, sino formando parte de un proyecto colectivo, comunitario y socio-cultural en el cual desplegar sus ricas posibilidades espirituales." René Olivieri.

El Concepto de Calidad de Vida

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.

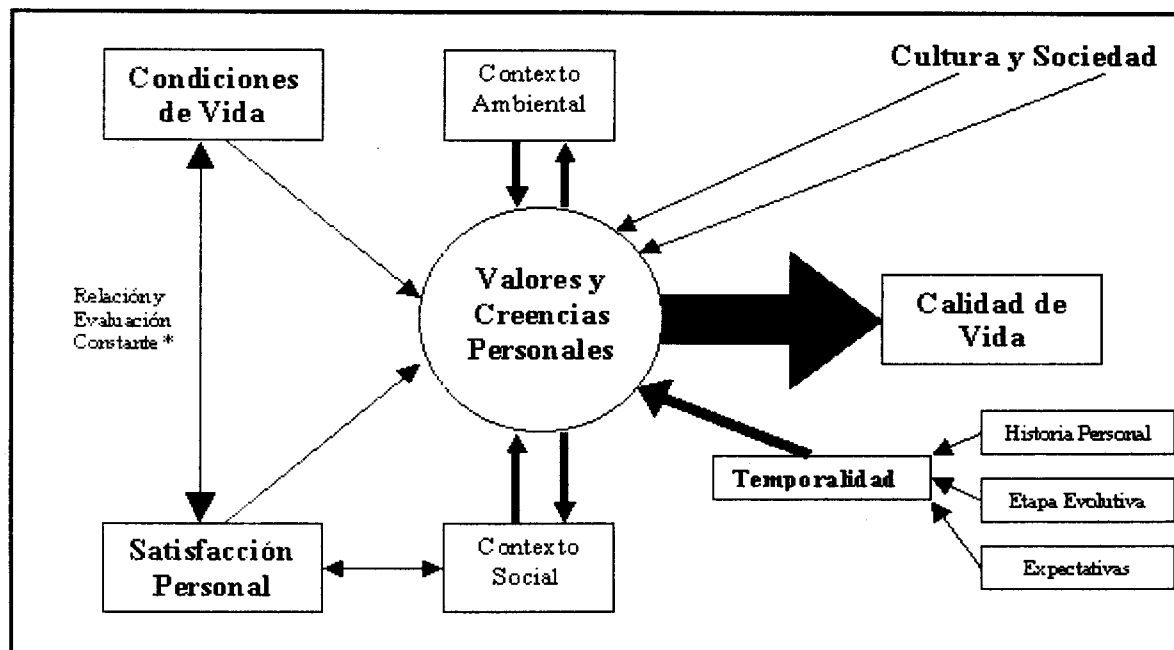
Los estudios de calidad de vida permiten buscar información con metodología y técnicas adecuadas, acerca de cómo se están estructurando las condiciones de vida en la sociedad, en las instituciones, en la familia y en el individuo, y las consecuencias que pueden producir en la salud y el bienestar de 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.

Se debe abordar la temática de la calidad de vida poniendo énfasis en el carácter subjetivo del concepto, es decir, la importancia de las diferencias

¹ Modulo 1. Curso de Epidemiología general. Instituto Nacional de Epidemiología "Juan H. Jara". Cohorte 2003

personales que se encuentran influidas directamente por la cultura, la historia y la temporalidad.

La calidad de vida es una categoría multidimensional, presupone el reconocimiento de las dimensiones, materiales, psicológicas y espirituales del hombre, combate el concepto de hombre unidimensional y uniforme y obliga a desplegar mucha creatividad para aprender la diversidad humana.



Esquema: Calidad de Vida desde la Subjetividad

LA PERSONA

Adherimos a la perspectiva de persona planteada por G. Mead, quien plantea que la misma es algo que tiene desarrollo, no está presente inicialmente, en el nacimiento, sino que surge en el proceso de la experiencia y la actividad sociales.

Podemos distinguir entre persona y cuerpo. El cuerpo puede existir y operar en forma inteligente sin que haya una persona involucrada en la experiencia. La persona tiene la característica de ser un objeto para sí, y esa característica la distingue de otros objetos y del cuerpo. Esta característica está representada por el término "sí mismo", que es un reflexivo e indica que puede ser al mismo tiempo sujeto y objeto. La conducta del hombre en su grupo social es tal, que el puede convertirse en un objeto para sí mismo, es este hecho social lo que lo diferencia del animal.

Es necesario para la conducta racional, que el individuo adopte una conducta objetiva, impersonal hacia sí mismo, que se convierta en un objeto para sí.

El individuo se experimenta a sí mismo indirectamente, desde los puntos de vista particulares de los otros miembros individuales del mismo grupo social, o desde el punto de vista generalizado del grupo social, en cuanto un todo al cual pertenece.

La adopción o experimentación de la actitud del otro es lo que constituye la "conciencia de sí"; ésta proporciona el juicio y la estructura primaria de la persona, que de tal modo es un fenómeno esencialmente cognoscitivo antes que emocional.

El proceso de pensamiento o intelectual es la primera fase experiencial en la génesis y desarrollo de la persona.

Mead diferencia persona y espíritu del organismo fisiológico; los primeros se engendran en el proceso social mediante el lenguaje. En realidad, mediante dos procesos: 1) el lenguaje y 2) la adopción de roles.

1) Por medio del lenguaje emerge como persona que tiene conciencia de sí, y por eso es posible que piense (da lugar a la inteligencia reflexiva), que le permite al hombre demorar su reacción y dirigir su acción.

2) El hombre no se experimenta a sí mismo de manera directa, sino que lo hace indirectamente: a) desde el punto de vista de los otros individuos del grupo al que pertenece, involucrados en una actividad común.

b) desde el punto de vista del "otro generalizado".

Por lo tanto, la persona tiene su origen en la experiencia social; es un sujeto consciente, cooperativo y comunicativo, y posee una inteligencia reflexiva, y orienta su acción hacia fines y valores.

Para hacer mayor hincapié en la persona, y los diferentes aspectos que se deben tener en cuenta a la hora de resolver el problema en el trabajo social individualizado, fueron de gran utilidad los aportes teóricos de Perlman² 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 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 trabajador social 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.

² Perlman, Helen. El Trabajo Social Individualizado. Ediciones Rialp. Madrid. 1965.

El trabajador social 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-psico-social con sus fuentes actuales, características personales que según Kadushin³ corresponderían a los antecedentes propios del entrevistador. Implementar el programa social de la institución de manera democrática, requiere revisar y actualizar de manera continua los motivos mas importantes de nuestra profesión, enunciados por Mary Richmond⁴. Estos son:- la valoración de lo diferente como diferente en relación al hombre (individualidad) y la jerarquización de lo común en él (socialidad). 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.

Es por eso que reconocemos a la comunicación racional, como la principal arma para establecer el vínculo entre trabajador social y asistido, acorde con esta perspectiva nos apoyamos en los aportes de Osvaldo San Giacomo⁵ 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 perdida de objetividad en sus conceptualizaciones respecto de los actos que realiza, por lo que puede necesitar de la atención profesional de un trabajador social a fin de recuperar, mediante un proceso reflexivo para la atención de sus necesidades, los niveles de objetividad en las acciones que realiza

³ Kadushin, Alfred. La entrevista en el Trabajo Social. Ed: Extemporáneos. México. 1983.

⁴ Richmond, Mary. Caso Social Individual. Ed: Humanitas. Buenos Aires. 1962.

⁵ San Giacomo, Osvaldo. "Construcción del objeto y comunicación racional", en Trabajo Social profesional: El método de la comunicación racional. Ed: Humanitas. Mar del Plata. 1996.

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.⁶

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".⁷

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 sistematizada 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

⁶ Ander Egg, E. "Diccionario del T.S." Ed. Lumer. 1995

⁷ Fernández, L. "Instituciones educativas" Ed. Paidós. 1996

material actúa sobre la superestructura. Ésta dialéctica es la que caracteriza al materialismo.

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 someter a discusión a 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 éstos 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, interrelaciones. Al mismo tiempo estas partes configuran un conjunto alineado por límites identificables, ya sea de su ambiente o del contexto que constituye el sistema más amplio que lo abarca (o suprasistema).

Desde ésta perspectiva se define a una organización como un sistema inserto en su medio orientado hacia ciertas metas, incluyendo un subsistema técnico (gente que utiliza conocimientos, técnicas, equipos e instalaciones); un subsistema estructural (gente que trabaja juntas en actividades integradas); como un subsistema psicosocial: gente que se interrelaciona socialmente y que es coordinada por un subsistema administrativo, que planifica y controla el esfuerzo global.

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 organización⁸.

Toda organización puede ser identificada como una estructura, y se materializa a través de una estructura. Estructura que 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.

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

⁸ Ander Egg, E. y Aguilar, M.J. "Administración de programas de acción social" Ed. Servicio Central de publicación del Gobierno vasco. 1990 pág 39.

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 afectivas o técnicas y al sistema de valores, mitos o creencias que se desarrollan en los grupos de trabajo."⁹

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.¹⁰

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.

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.

LA INSTITUCIONALIZACIÓN

Los procesos de institucionalización de ancianos fueron instaurados en la Argentina como parte de la política asistencial impulsada por la Sociedad de Beneficencia.

La institucionalización de larga estadía es una de las respuestas que da la sociedad al problema de la ancianidad. Desarrollaban una acción exclusivamente asistencial para los ancianos carenciados, pero luego debido a las necesidades y

⁹ Etkin, J., Schvarstein, L. "Identidad de las organizaciones" Ed. Paidós. Bs. As. 1994.

los cambios operados en la sociedad, en el país (políticos, económicos, sociales), se desarrollaron instituciones oficiales y privadas que efectuaron una labor más integral e interdisciplinar.

En la década del '70, la creación del INSSJP (PAMI) dentro de su propuesta asistencial provocó una demanda en el mercado con un consecuente incremento en la contratación de establecimientos privados que incorporaron a los sectores medios como beneficiarios del programa.

En la actualidad se estima que la institucionalización de personas ancianas en hogares geriátricos alcanza en la Argentina al 1,5% de la población de mayor edad. El porcentaje de internación geriátrica en Mar del Plata se estima en un 2% de los mayores de 65 años, similar a la proporción calculada a nivel nacional.

Sin embargo, las transformaciones familiares: crecimiento del número de personas que viven solas, familias uniparentales, tasas de divorcio en aumento, hogares más pequeños, menor número de hijos y feminización de la pobreza, la incorporación de la mujer al mundo del trabajo, en tanto que ella había sido la principal responsable del cuidado familiar, la falta de una perspectiva social y comunitaria en la generación de soluciones para la atención al anciano y la insuficiencia de recursos comunitarios; alientan los cambios en esta tendencia, lo que llevará a un incremento en la institucionalización. Aunque la familia continúa siendo hoy la fuente más importante de prestación de ayuda y cuidados al anciano con necesidades de cuidados especiales.

Siguiendo el concepto que define el Informe sobre Tercera Edad en la Argentina (Secretaría Nacional de Tercera Edad y Acción Social, 2001), un Hogar de Ancianos, es todo establecimiento geriátrico con capacidad de cinco o más personas que residen en la institución, sea de forma permanente y/o transitoria, procurando su bienestar físico, psicológico y social por medio de recursos humanos capacitados para la atención de los ancianos.

Ampliando la definición anterior el Lic. Zolotow, D. (Zolotow, 2002) categoriza los hogares de ancianos en:

- Enfoque “**asilar**”, solo satisfacen las necesidades fisiológicas y de seguridad física, casa y comida.
- Enfoque “**rehabilitatorio**”, procura que la capacidad funcional del anciano se encuentre atendida y efectuando las tareas de rehabilitación cuando

fuese necesario, con casa, comida y actividades organizadas; los residentes se adaptan a la institución.

- Enfoque de **“promoción de la salud”**,

Se inscribe, esta perspectiva, en la concepción del desarrollo integral de la persona, independientemente de la edad; procura el aprovechamiento de sus potencialidades y la realización personal. El hogar está en función de los residentes, la institución se transforma de acuerdo a los intercambios con su contexto, la atención es personalizada y se vive en proyecto.

Este tipo de instituciones también recibe el nombre de “instituciones totales”, son un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria administrada burocrática y formalmente (Goffman, 1955).

Todos los aspectos de la vida se desarrollan en el mismo lugar, bajo la misma autoridad y en la compañía inmediata de un gran número de otros, a quienes se da el mismo trato y de quienes se requiere que hagan juntos las mismas cosas. Por otro lado, todas las etapas de las actividades diarias están estrictamente programadas, de modo que una actividad conduce a la siguiente, y se impone “desde arriba”, mediante un sistema de normas formales y explícitas y por un cuerpo de funcionarios.

Esta situación de “encierro”, de institucionalización provoca en el paciente psiquiátrico una fragmentación, un estigma y deterioro en la construcción de la identidad por la etiqueta institucional y la marginación social. La internalización de nuevas reglas, la pérdida de autonomía, de singularidad como individuo, van a marcar su trayecto de vida dentro de una institución psiquiátrica. Este tipo de instituciones muestra el carácter disciplinario-paciente.

Afirma Faleiros: “la institución se vuelve una patrulla ideológica de la vida personal y social del usuario. Este control se realiza a través de entrevistas, visitas, interrogatorios, vigilándose sus acciones y comportamientos. Todo es investigado despojando “de sí mismo” a los individuos, colocándolos a merced de quien controla la información sobre ellos, y ejerce una influencia preponderante en sus decisiones”.

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 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.

Es así entonces, que se entiende que 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 construcción de la especificidad profesional opera también, a través de la relimitación del conjunto de practicas 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. Podemos referir que estos serian: los sujetos sociales, el objeto de

intervención, el marco de referencia y perspectivas sociales de los participantes, los objetivos que se tienen y que se ponen en juego, la función social y los procedimientos metodológicos

Pero 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 e 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.

CONSTITUCIÓN DE LA ESPECIFICIDAD PROFESIONAL

Proceso Histórico Social

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 mirado como meros antecedentes sino

como las practicas previas de donde se desprende Trabajo Social como profesión; las formas de ayuda y asistencia ya no como etapas cronológicas, de una supuesta evolución, sino como aquellas practicas previas y autónomas que la constituyeron. Cada una de ellas surgió y se desarrollo en diferentes circunstancias histórico-político-sociales y en diferentes procesos.

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 visibilizar 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 generadoras 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 patologia 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 al 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 Construccinismo, 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 a 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 Maria, 1999:26).

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 las teoría biológicas, 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 aboguen por la diversidad y el respeto por

la diferencia. La concientización, el diálogo 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 colaboracionismo, 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, 2003:83).

TRABAJO SOCIAL en el AREA de SALUD

Este es uno de los campos de mayor y más antigua implementación del Trabajo Social, se basa en la premisa de las relaciones entre la salud y los factores sociales. A partir de esta idea de la *dimensión social de la salud*, se han derivado las funciones de los Trabajadores Sociales en este campo de actuación, señalaremos las más significativas:

- Atender las problemáticas sociales detectadas en los centros sanitarios que afectan a la salud de los usuarios del mismo y que es posible atenuar, atender o prevenir con la acción realizada desde los mismos centros.
- Promover y fortalecer la organización de grupos de pacientes o ex pacientes, grupos de madres, talleres de rehabilitación, etc.
- Participar de los equipos de educación sanitaria y salud pública, dentro de programas de atención primaria donde se desarrolla una función básicamente preventiva con participación de la comunidad
- Participar de los equipos de trabajo del área socio-sanitaria promoviendo la formación de programas de medicina y salud comunitaria
- Rehabilitación de personas con capacidades disminuidas temporales y crónicas en todo lo que concierne a problemas de reinserción social
- Reinserción de enfermos después de un tratamiento u hospitalización que ha producido una ruptura con la normalidad de su vida cotidiana

Cualquiera que sea la actividad o tareas específica dentro de este campo, el trabajo social en salud pretende proporcionar a los individuos un cierto grado de autonomía en los problemas de salud. Partiendo del supuesto de que no hay recuperación si la persona no hace algo para recuperarse y si el entorno no ayuda a ello.

Formas de Intervención del Trabajador Social en los Equipos Salud

Indirecta

Se trata de la investigación de los factores psico-sociales y formas de incidir en ellos para lograr los objetivos de salud.

Sus objetivos prioritarios son la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad y los objetivos complementarios consisten en la asistencia y la rehabilitación.

Todo ello implica, en primer lugar, valorar los factores psico-sociales y su incidencia en la salud de personas, grupos y comunidades. En segundo lugar, el análisis de los aspectos que requieren atención especial. Seguidamente, programar y efectuar acciones promocionales y preventivas y, por último, establecer una coordinación interinstitucional.

Directa

Consiste en la investigación clínica en relación a los problemas psico-sociales. Su alcance es restringido y los objetivos prioritarios son la asistencia psico-social y la rehabilitación

Todo ello implica la elaboración de un diagnóstico psicosocial y posterior aplicación del tratamiento adecuado, ya sea individual, familiar o grupal. Asimismo conlleva la orientación sobre recursos y servicios socio-sanitarios y la coordinación interna y externa de estas actividades.

FASE DESCRIPTIVA

El escenario de es parte de las instituciones propuestas por la cátedra de Supervisión para llevar adelante la practica preprofesional institucional, en el campo de la salud. La presente organización es el Geriátrico Suizo Argentino, institución de carácter privado, catalogada como RAMPE (Residencia para adultos mayores con supervisión psiquiátrica) por PAMI; ubicada en la ciudad de Mar del Plata, en el barrio de Parque Luro.

Las profesoras de la cátedra de Supervisión me informan que la profesional de Trabajo Social, con la cual tengo que hacer el contacto, no esta aún incorporada al equipo de salud de la institución, están cerrando las negociaciones en cuanto a su contratación. Finalmente se resuelven, y la Licenciada asume en su cargo y las funciones del mismo.

Es entonces que tengo una primera aproximación con la que sería la Supervisora de campo, vía telefónica, quien me informa que inicia su ejercicio profesional en la institución en la misma semana que yo comenzaría la supervisión; clarificándome que tiene conocimiento del campo y del funcionamiento institucional por trabajar, paralelamente, en otra clínica de salud mental de la ciudad de características similares a esta residencia. Hice las gestiones requeridas para comenzar la práctica, entre la Universidad y la institución sede, cumplimentándose todos los requisitos.

El primer día del inicio de la práctica, en el mes de mayo del 2006, me recibe en el Geriátrico, la Licenciada en Trabajo Social, me da la bienvenida; considera necesario y conveniente realizar un recorrido por la sede, para conocer las instalaciones, así como los diferentes consultorios y oficinas, las salas especiales para determinadas actividades, la cocina, comedor, patios, etc., y por último, dónde está destinado el espacio para el servicio social.

Posteriormente, se me presenta al resto del equipo de trabajo, y al resto del personal, tanto administrativo como de mantenimiento, también las auxiliares; especificándome en cada caso sus respectivas funciones.

El hecho concreto de la inminente inserción dentro de la institución, me generó temor a lo desconocido, expectativas, interrogantes que persisten, se adaptan, se reformulan a partir de las experiencias vividas y los conocimientos adquiridos. En ese momento me atraviesa una aguda ansiedad, pienso que tal vez normal frente a lo desconocido, de querer conocer rápidamente el desempeño del rol profesional dentro de la institución, incorporar los conocimientos básicos de

las patologías atendidas, recordar los circuitos y formas de registros, el contacto con los pacientes y sus respectivas familias, con los otros profesionales de la salud, etc.

Frente a este acontecimiento tanto, la supervisora de campo como los demás integrantes del equipo de salud me brindaron un espacio de contención y diálogo para reducir dichas ansiedades. Primeramente, al darme la bienvenida los miembros del equipo de salud se mostraron de una forma cálida y amistosa, y abiertos a compartir ese espacio con una estudiante. Me facilitaron material disponible acerca de las patologías prevalentes de los pacientes; me hicieron saber reiteradamente, que podía preguntar acerca de cualquier duda que tuviera; y que los miedos propios de iniciar algo nuevo, se irían poco a poco, durante el proceso; que a todos les había pasado.

En esta primera toma de contacto, que corresponde con la etapa de inserción institucional, se acuerda con la Trabajadora Social, los días y carga horaria de concurrencia a la institución, que se extendería desde el 27 de Mayo hasta el 20 de diciembre de 2006, cumpliendo 10 horas semanales, los martes de 8:00 a 13:00, y los miércoles de 14:00 a 19:00 horas; y se me explica todo lo relacionado con la parte rutinaria del trabajo, procedimientos que hacen referencia a la parte normalizada del trabajo, que generalmente está fijada por la institución y tiene que ver con el manejo de lo cotidiano. Todas estas informaciones son muy útiles desde el primer momento, ya que ayudan a resolver problemas y a adaptarse más rápidamente al ritmo institucional.

También se me explica todo lo concerniente a la función y misión de la institución donde desarrollare mi práctica preprofesional. Se me informa y clarifica entonces que la institucional se propone:

- 1) Entender en mantener o mejorar la capacidad funcional y mental de la comunidad atendida.
- 2) Entender en prevenir el incremento de la dependencia.
- 3) Entender en controlar y seguir terapéuticamente las enfermedades y trastornos detectados.
- 4) Entender en impulsar los contactos personales de los residentes, facilitando la integración al medio institucional, así como a la redefinición y cambios cuali-cuantitativos de la red social personal tendiente al bienestar bio-psico-social del mismo.

El Servicio Social del geriátrico Suizo Argentino desarrolla su accionar teniendo en cuenta la visión integral del ser humano, que requiere que se aborden no sólo los aspectos sintomáticos, sean éstos residuales, transitorios o progresivos, sino rescatar todo aquello que construye la identidad de la persona y que puede resurgir aún a través de expresiones limitadas, atendiendo la individualidad de cada caso

Así mismo se tiene en cuenta un enfoque centrado en el afiliado y la atención integral de su patología psicofísica y su problemática social, privilegiando la estimulación de las capacidades y la resocialización del anciano.

Los objetivos que posee el Servicio Social son los siguientes:

- Confección del informe psicosocial al ingreso del residente en la institución.
- Realizar entrevistas de admisión a la red familiar-social y al residente para:
 1. Evaluar el grado de organización familiar-social.
 2. Explicar funciones diferenciales (institución, familia y obra social)
 3. Plantear pautas básicas de convivencia institucional.
 4. Estimular la participación e integración en las diversas actividades programadas.
 5. Realizar acompañamiento para favorecer la integración del residente a la dinámica institucional.
- Realizar entrevistas de seguimiento a la red familiar social y al residente, para evaluar:
 1. Grado de ambientación institucional.
 2. Nivel de contención de emergentes por parte de la red familiar-social.
 3. Participación de familiares en la dinámica institucional, calidad de vínculos.
- Realizar entrevistas de control por problemáticas específicas del residente y su entorno.
- Mantener entrevistas frecuentes con apoderados-curadores de los residentes que se encuentran internados por motivos judiciales, para evaluar el grado de atención de emergentes.
- Participar de las reuniones mensuales del área psicosocial.
- Coordinar y articular en conjunto con la profesional de Nutrición, reuniones de convivencia institucional.

- Coordinar y articular con la profesional de Terapia Ocupacional, diversas dinámicas que hacen a la integración y participación de los residentes en las actividades y salidas programadas, tendientes al logro de esparcimiento y reconocimiento entre pares.
- Trabajar en conjunto con el área médica, psiquiatra y de enfermería, para gestionar la realización de los estudios médicos complementarios en el menor plazo posible.
- Trabajar en red con las instituciones de la comunidad para contener los emergentes que requiere la situación actual del residente (prestador médico, lugar de internación, profesional a cargo del residente, red familiar-social, curador asignado).
- Supervisar con PAMI central, la dinámica de circulación en lo que concierne a los trámites de internación del III nivel de atención del residente.

Poco a poco se me fue acercando todo el material disponible en cuanto a documentación, informes institucionales, historias clínicas correspondientes a los pacientes, material bibliográfico acerca de las patologías prevalentes¹¹ (Esquizofrenia, Paranoia, Psicosis Delirantes Crónicas, Transtornos Depresivos y Bipolar, Demencia, Enfermedad de Alzheimer, Adicciones: Alcoholismo), esto me fue permitiendo ir logrando un conocimiento básico de la comunidad en la cual se desarrollaba la práctica. En todo el proceso de inserción me sentí apoyada tanto por la Supervisora de campo, como por los miembros que integran el equipo de salud, siempre prestos a despejarme cualquier inquietud.

Aproximadamente las actividades cotidianas realizadas por la Trabajadora Social de la institución se distribuían en la siguiente carga horaria:

Horario	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
8 a 9		Entrevistas de Admisión			
9 a 10		Entrevistas a Pacientes			
10 a 11		Entrevistas a Familiares			

¹¹ Según clasificación del DSM IV

Horario	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
11 a 13		Trabajo de Campo actividades Terapéuticas en Conjunto con TO			
14 a 15			Entrevistas de Admisión		
15 a 16			Entrevistas a Pacientes		
16 a 17,30			Entrevistas a Familiares		
17,30 a 19			Registro		

También se realizaban actividades mensuales, a saber:

- 1) Festejos de cumpleaños (1er sábado de cada mes);
- 2) Reuniones del equipo interdisciplinario (una vez al mes; alternando miércoles o jueves 14:30 horas).
- 3) Asambleas comunitarias (último martes de cada mes).

A continuación desarrollare la descripción de las diferentes actividades citadas en el cuadro de referencia y haré referencia a un caso particular con la intención de poder observar y detallar en aspectos concretos de la intervención del Trabajador Social:

ACCESO a los CASOS

La forma de acceso, en términos generales en la institución, proviene de un circuito burocrático propio de la institución; es decir que la persona ya cuenta con un diagnóstico médico confirmado, un tratamiento bajo historia clínica y es derivado al Servicio Social para continuar con las intervenciones específicas disciplinares. Pero esto no hace a la conclusión de la intervención, muy por el contrario, ya que se presenta la continuidad de las acciones profesionales a partir de la demanda espontánea, por interconsulta y/o por seguimiento o criterio disciplinar, cuando conforme a evaluación de las particulares e individuales circunstancias se hace necesario la intervención.

En los casos que se diagnostiquen problemas sociales agregados a la patología, que pudieran interferir o no con el cumplimiento del tratamiento, se trabaja con el paciente, la familia o red social si la tuviere, incluyendo entrevistas en la institución, en el domicilio, y distintas tareas o actividades interinstitucionales, facilitando el acceso a los distintos recursos existentes en la ciudad.

ENTREVISTAS DE ADMISIÓN

Esta instancia de intervención se presenta a partir de la derivación del médico tratante de la institución a la trabajadora social, como ya mencionáramos, en el día en que éste ingresa a la misma, es decir que ese mismo día se inicia el proceso de atención/tratamiento de la persona residente.

Pero antes de la llegada del paciente al consultorio donde se llevará a cabo la entrevista, la Licenciada a cargo, realiza la preparación previa para la misma. Acuerda previamente con los otros profesionales, que para tal día y horario va a necesitar el consultorio, ya que este es compartido con los demás miembros del equipo de salud (terapeuta, psicólogo, nutricionista, médico, psiquiatra, enfermera). Además lee, con anterioridad a la llegada de la persona, la historia clínica de la misma.

Este es el primer contacto con el Servicio Social, así que se les da la bienvenida a la residencia. En algunos casos suelen estar temerosos ante el ingreso, en otros ya tienen experiencia de internaciones anteriores, ya han pasado por la situación o instancia de entrevistas de admisión.

La Trabajadora Social, al recibirlo, como mencionaba, saluda al paciente por su nombre, lo invita a entrar, a sentarse, que se sienta cómodo, que se sienta sereno; intentando disipar y reducir no solo los temores citados, sino también ansiedades que ocasiona esta situación nueva y a veces, hasta crítica en la vida de una persona. Por eso se recalca en el motivo principal del encuentro radica en comunicar que "están ahí para conocerlo y conocerse".

En esta oportunidad también se aprovecha para ponerlo en conocimiento de las pautas básicas de la convivencia institucional, a su vez se realiza el acompañamiento para favorecer la integración del residente a la dinámica

institucional. También se estimula a la participación e integración del residente en las diversas actividades programadas.

En esta primera aproximación al paciente se tiene la posibilidad de conocerlo de manera general, es la primera impresión diagnóstica que la trabajadora social tiene del mismo.

Algunas veces, esta primera entrevista con el paciente se realizaba en forma conjunta con el psicólogo y con la psiquiatra de la institución, oportunidades estas cuando se coincidía en día y horario.

Paralelamente, se hace una entrevista de admisión a la red familiar-social el día del ingreso del paciente, ya que generalmente es acompañado por algún familiar o miembro de su entorno en dicha oportunidad. En esta ocasión se les explica funciones diferenciales (institución-familia-obra social). También este suele ser un espacio para que se relaten episodios de la historia de vida del paciente y de ellos mismos, en cuanto a su relación y sus vínculos. Esto permite que se profundice en el conocimiento de la vida del residente.

En esta instancia, donde se realiza la admisión del paciente, la entrevista se orienta teniendo en cuenta los datos que son necesarios en función de un protocolo institucional a tal efecto. Los datos a los que hace referencia y son necesarios conocer son: si viene de otra institución, cuánto tiempo estuvo, si la respuesta es afirmativa; con quién vivía antes de la internación; si tiene familia, cuántos son; si tuvo hijos; si estudió; la edad y el estado civil; la ocupación anterior; si está ubicado en tiempo y espacio.

Si bien se sigue un protocolo preestablecido, esto es sólo una guía para el profesional, es flexible en su realización, y se modifica en respuesta a lo que dice o hace el entrevistado; las entrevistas son semi estructuradas, ya que muchas veces durante el desarrollo de las mismas los pacientes suelen relatar episodios de su historia de vida, se les da el espacio para hacerlo, y suelen manifestar agradecimiento por ser escuchados.

Las preguntas con este tipo de personas con padecimiento mental, deben ser simples, sencillas y claras, intentando que no deriven en una errada interpretación.

Al acercarse al final, la profesional va buscando que el entrevistado logre encontrarse emocionalmente tranquilo cuando se concluya la entrevista.

La Trabajadora Social indica su deseo de mantener el contacto, le dice que puede solicitar sus servicios, que está para ayudarlo. Se pone de pie, recoge sus papeles, y acompaña al paciente a la salida de forma amistosa, lo saluda, y da por finalizada la entrevista.

Entrevista a Paciente

Caso – Luba Lubow Zotes –

La paciente que reside en el geriátrico Suizo Argentino, de 60 años de edad, de nacionalidad alemana. Estado civil, separada de hecho, su ex marido vive en Bariloche. Tiene dos hijos: Marcela de 35 años, quien vive en Mar del Plata y Enrique de 33 años, este último reside en España. Una hermana que vive en España. Su padre está fallecido y la madre reside en un geriátrico cercano a la institución; aparentemente padece de Alzheimer.

Con un nivel de instrucción de secundario incompleto (hasta 4º año cursado), se desempeñó como bibliotecaria y en tareas administrativas. No posee jubilación ni pensión.

El diagnóstico en su historia clínica es: alcoholismo y depresión.

La paciente se presenta por demanda espontánea ante el servicio social. Se la recibe, se la hace pasar, se la saluda por su nombre, y toma asiento. Se le pregunta por qué vino al servicio. Ella solicita se cite al ex marido, llamado Enrique, quien se encuentra en la ciudad por unos días, para que la trabajadora social tenga una entrevista con él, y así poder clarificar el monto de dinero que le envía mensualmente.

La paciente se muestra ansiosa y reiterativa en que a la brevedad la profesional se ponga en contacto con él. La trabajadora social la escucha y la tranquiliza, diciéndole que lo va a citar para la próxima semana.

Poco a poco la paciente se serena, y manifiesta que está separada de su marido hace más de 10 años, que estaban juntos hasta el año 1993 o 1994, y que se habían casado en 1968. Enrique (el exmarido) administra unas cabañas que poseen en Bariloche, y le envía dinero mensualmente (\$300); pero ella dice que de manera irregular. Se muestra molesta y enojada por esta situación. Refiere disconformidad al no poder administrar sus ingresos, ya que lo hace su hija, quien es la que retira la plata que envía su padre. La trabajadora social le dice que

comprende como se siente, que va a tratar de comunicarse con él a la brevedad. Poco a poco la paciente se serena, su postura cambia, hace una larga pausa, y demanda ser visitada por su hija.

Se le informa que se han llamado reiteradas veces a Marcela, quien dice que cuando le sea posible asistirá al hogar a ver a su madre.

Se le propone la alternativa de un acompañante terapéutico; la paciente se muestra interesada acerca de esto; se le clarifica el rol que ejercerá el acompañante, poniéndole énfasis en los beneficios terapéuticos. Ya que esta paciente puede realizar salidas por autorización del equipo de salud, preferentemente acompañada, aunque suele realizar sola algunas salidas por el barrio para hacer compras.

Al plantearle esto la profesional se apoya en el escritorio, adelanta su cuerpo, y se acerca más a la paciente, como para estar más cerca y convencerla de que acepte la propuesta. A Luba le parece que sería interesante.

Se le dice que se procederá a evaluar la propuesta con el equipo de salud, y también con su familia.

Al llegar al fin del encuentro, la trabajadora social resume brevemente lo tratado durante la entrevista, lo que considera más relevante. Y le sugiere a Luba que piense acerca de lo que estuvieron hablando sobre el acompañante terapéutico.

Se acuerda mantener un nuevo contacto la próxima semana, poniendo en conocimiento de la paciente las novedades que surjan.

La trabajadora social se para, la saluda por su nombre y la acompaña a la salida del consultorio.

Al finalizar se procede a registrar en la historia clínica de la paciente, en el apartado correspondiente a Servicio Social la entrevista mantenida.

Entrevista con familiar

Caso – Luba Lubow Zotes -

Se presenta el marido de Luba en sede para mantener entrevista con la Trabajadora Social, por haber sido convocado previamente por la misma.

En esta ocasión se utiliza el consultorio de terapia ocupacional, ya que brinda mayor privacidad, y se podrá desarrollar la entrevista sin que se presenten interrupciones.

Enrique, el marido de Luba, entra, se presenta, se lo saluda por su nombre, y se lo invita a que tome asiento.

Enrique es un hombre de 62 años, de estatura mediana, presenta una cicatriz a la altura de la nariz, producto de una operación.

Comienza relatando episodios de historia de vida, lo hace de manera rápida, como queriendo terminar el tema lo antes posible. Se muestra frío en sus dichos.

Se le informa la situación actual de la paciente. Se evalúa la alternativa acerca del acompañante terapéutico. Se le clarifican funciones y necesidad de la misma. Enrique se muestra reticente al respecto, desconfía al principio, pero luego está de acuerdo; una vez que se le vuelve a clarificar el rol del acompañante, y se le pone hincapié en lo necesario que es esto.

Se acuerda comenzar con dos salidas mensuales, durante el período que él permanezca en la ciudad.

Surge el tema del dinero que le manda a la paciente, parece que no quiere hablar acerca de esto; refiere dificultades en el vínculo con su hija, a raíz de esto mismo, ya que Marcela no le daría todo el dinero a su madre que le manda Enrique. Cuando habla al respecto levanta el tono de voz, y se muestra agresivo en sus palabras hacia su hija y hacia Luba; se trata de serenarlo, y poco a poco se tranquiliza.

Manifiesta que a partir de la fecha depositará el dinero, y dejará que la paciente lo administre, dice "que si se lo gasta el primer día es problema de ella". Se le hace saber que el equipo de salud considera que hay que darle la oportunidad a Luba, haber si puede manejar el dinero para sus gastos.

El marido solicita que el DNI de la paciente permanezca en la institución, ya que hoy lo tiene su hija, para facilitarle el cobro del dinero. Manifiesta que el cobro del dinero ha sido acordado en el Juzgado Civil y Comercial N° 10; refiere que Luba tiene curador, pero desconoce datos.

A su vez ha comenzado en ANSES los trámites para que la paciente cuente con una jubilación (mayores de 60 años).

Refiere que la paciente es muy demandante, llamándolo constantemente mientras permanece en la ciudad; y que constantemente discuten.

Enrique durante toda la entrevista desvía permanentemente la vista del entrevistador, y presenta dificultad para la escucha.

Al ir finalizando el encuentro la trabajadora social hace un resumen de lo más relevante de la entrevista. Se acuerda llamar telefónicamente a Marcela, para convocarla a un encuentro en la institución e informarla de lo resuelto acerca del dinero, y de la alternativa del acompañante terapéutico.

También se le pide a Enrique que asista nuevamente a la institución antes de regresar nuevamente a Bariloche. Este está de acuerdo en tener un nuevo encuentro.

Se lo acompaña a la salida y se lo despide.

La profesional registra el encuentro mantenido en el apartado correspondiente al servicio social de la historia clínica de la paciente.

Entrevista con hija de la paciente.

Caso – Luba Lubow Zotes -

Marcela, hija de la paciente, concurre a una entrevista programada en sede. Se la recibe en el consultorio principal de la institución, previamente pedido, al resto del equipo de salud, para el día y la hora acordado con la familiar.

Al ingresar se la saluda a Marcela por su nombre, y se la invita a tomar asiento.

Se le informa de lo hablado con su padre. Se muestra en disconformidad con respecto a la decisión del padre de que la paciente maneje el dinero; al hacer esto habla de manera muy rápida, en un tono alto y usando palabras ofensivas hacia su padre.

La trabajadora social le habla pausadamente, le dice que se tranquilice, y poco a poco Marcela se va calmando.

Se le informa de lo hablado con su padre sobre el acompañante terapéutico, y muestra estar de acuerdo con respecto a esto.

Manifiesta que sería conveniente lo del acompañamiento, para que la paciente visite a su madre, que se encuentra en un geriátrico cercano a la

institución; y para que continúe con los trámites de la jubilación. Dice Marcela que esto es oportuno, ya que evitaría tener que hacer ella misma este acompañamiento, ya que la mayoría de las veces termina discutiendo y peleándose con su madre.

Luego se hace pasar a la paciente (la cual se mostraba ansiosa) y se la incorpora a la entrevista; se le explica la situación actual. Ella muestra conformidad al respecto de lo planteado.

También se acuerda con Luba tener una entrevista con la psiquiatra de la institución, para que realice una evaluación de la paciente, y organización del acompañante terapéutico.

Ella se muestra contenta e inquieta por la posibilidad de salidas más frecuentes.

Se les comunica a ambas que se les informará ni bien se tenga novedades de lo resuelto. Se las saluda, y ambas se retiran del consultorio.

Se procede a registrar el encuentro en la historia clínica de la paciente.

Otras de las actividades observadas son **ENTREVISTAS de SEGUIMIENTO** tanto al paciente como a la red familiar-social, para evaluar el grado de ambientación institucional, así como el nivel de contención de emergentes por parte de la red familiar-social, y la participación de estos en la dinámica institucional, así como la calidad de los vínculos entre ellos.

Este es un punto conflictivo, en cuanto a la convocatoria y asistencia de los familiares a las entrevistas de seguimiento, ya que se torna dificultoso tanto ubicarlos ya sea vía telefónica o incluso asistiendo al domicilio, y una vez que se pacta la entrevista para un día y horario, la real asistencia de los mismos a la institución.

Esto también ocurre cuando se solicita mediante una comunicación telefónica que les traigan a sus familiares internados, ya sea artículos de higiene o de uso personal, o incluso algunos comestibles que ellos demandan.

También se llevan a cabo dentro de la residencia, las llamadas **ASAMBLEAS de CONVIVENCIA**, que son convocadas por todo el equipo de

salud, en la cual los pacientes que deciden asistir participan activamente. Son convocadas aproximadamente una vez por mes.

En estas asambleas se tratan temas que hacen a la vida cotidiana de los pacientes.

La trabajadora social, como parte del equipo de salud, participa del encuentro, así como los otros profesionales. La presencia de los otros profesionales dependerá si coincide el día de la asamblea con el día de atención en la institución, así que esto es variable.

La preparación previa para la reunión la realiza la trabajadora social, elige el salón principal de la residencia por ser el más amplio y cómodo, se preparan las sillas y sillones de manera que formen un círculo, tiene en cuenta la luz y que el lugar esté ventilado. Además es ella quien convoca a los residentes para la asistencia a la reunión.

En el encuentro del mes de junio, las profesionales presentes son la trabajadora social y la licenciada en nutrición, la primera coordina la reunión y la segunda toma la crónica de la misma.

A medida que van llegando los recibe la nutricionista y los invita a tomar asiento; en esta ocasión asisten 32 residentes, que se ubican en los asientos disponibles, pero algunos de ellos permanecen parados. Se le pide a cada participante que se presente, que diga su nombre.

Se observa pacientes lúcidos, ubicados en tiempo y espacio. Se dialoga, se trabaja acerca de temas de convivencia: alimentación, calefacción, trato con el personal, relaciones interpersonales, tanto con el personal como entre los mismos pacientes, propuestas para el área de terapia ocupacional, actividades recreativas, etc.

La coordinadora invita a tomar la palabra. Ellos expresan diferentes quejas acerca de la comida que se les ofrece, de la hora a la que son levantados (6:00 am) y que recién son sentados a la mesa y se les sirve el desayuno a las 8:00 am. Manifiestan tener frío en el comedor porque allí no se enciende el calefactor, reclaman que esto se modifique. Con respecto al trato con los empleados, es decir con el personal en general, dicen estar conformes.

La intervención de la trabajadora social está destinada a facilitar los intercambios y la circulación de la palabra; alienta a los participantes a expresar

sus ideas, les clarifica que estas reuniones son para que ellos puedan dar su parecer acerca de cómo viven su vida cotidiana en la residencia.

Se les informa a los residentes que se modifica el espacio en el cual se puede fumar; algunos están desconformes con esta decisión, y se procede a escuchar sus propuestas. También hacen referencia a las salidas que realizan con la terapeuta ocupacional, que deberían hacerse más temprano, para luego volver al hogar y tener más tiempo para los juegos de mesa; algunas pacientes piden que se practique telar.

La coordinadora toma la palabra e invita a las personas que hablaron poco o que no lo hicieron, a que hagan algún comentario o aporte que consideren con respecto a los temas tratados.

Al ir finalizando la asamblea se hace una síntesis de lo trabajado; y por último se deja establecido la próxima fecha de la asamblea: último martes de cada mes. También se asigna el primer sábado de cada mes para realizar el festejo de los cumpleaños.

Se despide a los asistentes, se los invita a que asistan a la próxima asamblea.

Luego de finalizado el encuentro, la trabajadora social registra en las historias clínicas de cada paciente que asistió la actividad realizada, así como en el cuaderno diario de intervención, a fin de dejar constancia de todo el proceso de intervención y seguimiento social que se desarrolla.

Dentro de las acciones que despliega la Trabajadora Social, aunque en conjunto con otros profesionales de la institución, son las **ACTIVIDADES TERAPÉUTICAS**, como son caminatas por la zona cercana a la institución, preferentemente en horas de la tarde.

La convocatoria la realiza la trabajadora social en el momento previo al almuerzo, para que estén todos presentes; la invitación se hace para todos los residentes. Ella estimula y motiva al paciente para que participe de la experiencia. Es una salida optativa, ellos deciden si tienen voluntad de hacerla o no. En general participan de 10 a 12 residentes de las caminatas.

Durante el recorrido disfrutan de la costa los días soleados, y los pacientes aprovechan para dialogar entre ellos como con los profesionales que los acompañan.

Durante un tiempo estas salidas se vieron restringidas por cuestiones climáticas, así como por la modificación en el horario de trabajo de la terapeuta ocupacional. Se reinician cuando el tiempo mejora, ya que el hogar está muy cerca de la costa. Quien las vuelve a organizar posteriormente es el psicólogo de la institución, y la trabajadora social acompaña nuevamente las salidas.

Al finalizar el recorrido y regresar al hogar, la trabajadora social registra en el apartado propio del servicio social dentro de la historia clínica de cada paciente que participó, en la hoja de evolución dentro de la historia clínica, así como en cuadernos diarios de intervención.

Otra de las actividades en las que interviene la trabajadora social es en la **REUNIÓN DEL EQUIPO DE SALUD**, que se llevan a cabo una vez al mes, alternado miércoles o jueves a las 14:30 horas.

Estas reuniones permiten el análisis y la confrontación de opiniones entre profesionales, en cuanto a los casos que se traen a la reunión.

Los encuentros se llevan a cabo en el consultorio principal, previamente solicitado para el día y horario acordado. A veces se dificulta el encuentro porque al fijarse la fecha no coincide con la asistencia de todos los profesionales a la institución; por lo cual deben asistir aunque no les corresponda el día para estar presentes. Dado que la carga horaria de cada profesional dentro de la institución es muy restringida, esto ocasiona muchas limitaciones.

El encargado de coordinar estas reuniones es el médico de la institución, que a su vez, es el director de la misma.

El Servicio Social también lleva adelante **INTERVENCIONES INDIRECTAS** Tratando de generar acciones inscriptas en el mejoramiento de las condiciones generales ambientales, apostando al trabajo en red, potenciando aquellos aspectos conservados (por mínimos que sean), que siempre mantiene la persona más allá de toda patología.

Otra instancia de tarea del profesional de Trabajo Social es ante el Instituto de Previsión Social para que personal de la institución pueda cobrar los haberes de un paciente residente sin familiares o red social, y que no puede movilizarse por sus propios medios; tramitándose carta poder para tal efecto. Previamente al cumplimiento de lo antes mencionado, se pone en conocimiento del paciente de la

acción que va a realizarse a favor suyo, En el caso observado la Trabajadora Social se lo comunica, él comprende lo que se le explica y manifiesta expectativa al respecto. No se llega a lograr el cobro de los haberes, ya que en el transcurso de las gestiones, el paciente fallece; este hecho produjo una gran tristeza, tanto en el personal como en el resto de los pacientes, ya que era alguien que llevaba muchos años en el lugar y al cual se lo tenía en gran estima.

Se trabaja también centrando la tarea socio-asistencial en la interfase entre lo jurídico, lo médico y lo social, con especial énfasis en el asistido como ser persona.

Los residentes que tienen designado un curador oficial, al cual le hacen llegar la demanda de la cobertura de sus necesidades, por medio de la trabajadora social de la institución, la cual elabora el listado con los elementos requeridos; ella se contacta con el trabajador social de la curaduría y dan entrada a lo que se peticiona. En todo este proceso, que siempre lleva más tiempo de lo previsto, el paciente se presenta ante el servicio social reclamado los elementos de uso personal que necesita, e inclusive dinero en efectivo para hacer compras por el barrio, siempre muy ansiosos y expectante, ante esta situación se los contiene y escucha. Cuando pasa un tiempo prudencial, y no se reciben los elementos, se llama telefónicamente para volver a recordar lo solicitado. Los pacientes siempre reciben lo que demandan.

También se trabaja con los Asistenciales Sociales de la Curaduría Oficial de Alienados en la organización de acompañantes terapéuticos para algunos pacientes. Posteriormente, se mantienen entrevistas con los acompañantes designados por la Curaduría, para tener un primer contacto con ellos, y acordar líneas de trabajo en común con cada paciente.

El Servicio Social cuenta con instrumentos de REGISTRO de las intervenciones de una forma correctamente sistematizada y ordenada. Esto permite tener un registro propio dentro del servicio social y un registro dentro de la historia clínica, encuesta social, plantillas de seguimiento de cada persona. A fin de tener acceso a la información y se deje constancia de todo el proceso de intervención y seguimiento social que se desarrolla. La Trabajadora Social dedica la última parte del día a registrar las distintas intervenciones; esto se realiza en diferentes instrumentos: en apartado propio del servicio social dentro de la historia

clínica, en la hoja de evolución dentro de la historia clínica, en cuadernos diarios de intervención, en cuadernos de citación, etc.

La Trabajadora Social confecciona el **informa psicosocial** al ingreso del residente en la institución. En esta instancia, donde se realiza la admisión del paciente, la entrevista se orienta teniendo en cuenta los datos que son necesarios en función de un protocolo institucional, como ya mencionara.

En lo que respecta al **ESPACIO**, se puede decir, que la Institución cuenta con un solo ambiente destinado para el uso del equipo de salud, esto ocasiona enormes inconvenientes en el momento de la intervención; concretamente en el caso en que se necesite hacer entrevistas, ya sea con pacientes o familiares; teniendo que acordar previamente con los otros profesionales que cedan el espacio.

Ha llegado a suceder que se debió llevar adelante entrevistas en las habitaciones de los pacientes; por supuesto todo esto no ayuda a lograr el encuadre más óptimo o apropiado para una entrevista. Muchas veces esto ocasiona el fastidio de los otros profesionales, que tienen que dejar el consultorio para que le de uso el que lo solicita.

El espacio físico de este lugar es muy reducido para la cantidad de personas que lo utilizan, ya sea trabajadora social, psicólogo, psiquiatra, nutricionista, enfermera, médico clínico, terapeuta ocupacional. En los días que se coincide en día y horario de todos los miembros del equipo de salud es realmente muy difícil la tarea para todos.

Este consultorio no cuenta con teléfono propio, hay que utilizar el que se encuentra en la secretaría o bien el teléfono público (desde el cual llaman los internos) que debe usarse con monedas; muchas veces es necesario hacer llamadas luego del horario en que se retira la secretaria, y ese espacio permanece cerrado con llave. Tampoco cuenta con computadora, obstaculizando la tarea profesional de todos los miembros del equipo, a la hora de realizar informes o cualquier otro tipo de escrito solicitado.

Se mantienen entrevistas frecuentes con apoderados y curadores de los residentes que se encuentran internados por cuestiones judiciales, para evaluar el grado de la atención de emergentes.

**HITOS CONCEPTUALES
DE LA INTERVENCION
DEL TRABAJADOR SOCIAL
EN LA
INSTITUCIÓN ESTUDIADA**

En base a la información recabada a lo largo de la experiencia pre-profesional y del proceso de sistematización desarrollado podemos llegar a puntualizar algunos de los hitos característicos de la intervención del Trabajador Social dentro de este tipo particular de institución con adultos mayores que padecen patologías mentales.

Entendemos pertinente que, más allá de lograr identificarlos y poder citarlos en una simple lista, la posibilidad de concretar una conceptualización de los mismos nos permitirá poseer elementos (herramientas) mas ajustados al momento de elaborar el análisis conclusivo del trabajo.

Por un lado observamos una forma singular de llevar adelante la intervención, lo que creemos que no estamos alejados de pensar si denominamos a esta "forma", "manera" como el método del Trabajo Social. Lo planteamos a nuestro criterio identificándolo, a partir de su estudio, desde una perspectiva que se allega al abordaje del Servicio Social desde la Orientación Psicosocial

Otro de los aspectos es el trabajo que busca e intenta estimular las capacidades de la persona y la resocialización del residente, propiciando la intervención en la prevención del incremento de la dependencia. Pensamos que esta tarea la podemos vincular al trabajo en la conducta pero en lo mas concreto del hacer, en los hábitos del anciano, en dos líneas definidas una es proceso de adaptación al medio institucional y la otra es la interrelación con sus pares

Un punto íntimamente vinculado, si bien todo lo esta en la intervención y que se ha logrado identificar es, el trabajo de reconocimiento y rescate de la palabra (discurso) del residente en la institución por parte del Trabajador Social. Una perspectiva que lo ubica en una acción directa que posiciona a la persona en un espacio de resistencia al poder que sobre él se ciernen desde otros miembros de la institución; contribuyendo, de esta manera, a la generación de formas de convivencia solidarias y democráticas.

Un aspecto, que por ser referido como habitual en las acciones de los trabajadores sociales de todos los campos de intervención, tal vez en este escenario, cobra una significación cardinal, atento el contenido que guarda la internación pero así también las características que guardan los residentes. Estamos hablando del trabajo y concepción del medio ambiente y las redes sociales.

Por ultimo, lo observado esta vinculado, más allá de lo normado por la institución, plantado en la necesidad, en función de la comprensión de la complejidad de las situaciones que se abordan, de un trabajo de equipo, de un equipo que procura una mirada mas abierta y trascendiendo la propia disciplina.

Abordaje del Servicio Social desde la Orientación Psicosocial

En el CASO SOCIAL INDIVIDUAL FAMILIAR

La mirada desde esta perspectiva se funda en 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 del 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 comprender algo de la vida interna del solicitante. Cualquier relación verdaderamente útil debe ser individualizada.

Los Trabajadores Sociales de Casos describen los casos que se dan para identificarse con el cliente en esta forma: aceptándolo como persona, analizando y definiendo la situación y tratando de deducir o averiguar que clase de ayuda podría serle 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".

El proceso psico-social hace referencia a la interacción de factores tanto internos como externos proponiendo que ambos son significativos en un juego íntimamente vinculado e interrelacionado, cuyos objetivos psico se alcanzan a través de:

- 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 de este modelo se distingue por acceder al conocimiento de la realidad proponiendo una forma intervención- transformación. Dicho proceso debe articularse en etapas o fases ordenadas de procedimientos, de otra manera el caso puede prolongarse indefinidamente¹². Por tanto el proceso de Trabajo de Casos se va desarrollando en un solo movimiento de conjunto espiralado y ascendente. Las fases a las que hacemos referencia las podemos sintetizar en:

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 compulsiva 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

¹² Hamilton, Gordon. "Teoría y practica del Trabajo Social en caso" Ed. La Prensa médica mexicana. S.A.1960

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 2º 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 psico-social 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 Servicio Social 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 Servicio Social 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. Se 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. 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.

Los Hábitos en la Conducta

Los hábitos pueden ser comparados con funciones psicológicas. Ambos requieren de la cooperación del organismo y del medio ambiente. Los hábitos son adquiridos.

Los hábitos son acciones recíprocas entre elementos aportados por el individuo y por el mundo exterior. Los hábitos requieren apoyo de las conclusiones circundantes para que puedan manifestarse. La conducta siempre es compartida y esto es lo que la distingue de un proceso fisiológico; la conducta es social.

Para cambiar el carácter o la voluntad de otra persona, tenemos que cambiar las condiciones objetivas que entran en sus hábitos.

El estímulo del deseo y el esfuerzo es un paso preliminar en el cambio del medio, es entonces que los hábitos son observados como medios que están a la espera de ser usados para una resolución conciente. Los medios son los que organizados de manera independiente logran resultados definidos; dichas organizaciones son hábitos.

Tanto la formación de las ideas como su ejercicio dependen del hábito. Un deseo toma forma definida sólo cuando está conectado con una idea, y esta a su vez la toma sólo cuando hay un hábito que lo respalda. La acción debe anteceder al pensamiento, y el hábito a la capacidad de evocarlo a voluntad.

La diferencia entre medios y fines está en el curso de una línea de acciones. El fin es el último acto en el que se piensa, los medios son los actos que deben ejecutarse antes de llegar a él.

No sabemos lo que en realidad perseguimos hasta no habernos trazado mentalmente un curso de acción. Los medios a nuestro alcance son los hábitos. La modificación mutua de los hábitos nos permite definir la naturaleza de la situación moral.

El carácter es la interpretación de los hábitos, por ello se modifican unos a otros constantemente.

La esencia del hábito es una predisposición adquirida hacia formas o modos de reacción y no hacia actos en particular.

La fuerza dinámica del hábito explica la unidad del carácter y conducta, o más concretamente entre motivo y acción, entre voluntad y obra.

La costumbre existe porque el individuo al enfrentarse a la misma situación, reacciona de manera semejante. Las costumbres subsisten porque los individuos forman sus hábitos personales bajo condiciones establecidas por hábitos anteriores. La naturaleza del hábito es positiva, tiende a perpetuarse. La costumbre precede a la formación de los hábitos. Se puede hablar de dos tipos de hábitos: 1) inteligente y 2) rutinario.

Las costumbres proporcionan las normas de las actividades personales, son el patrón en que debe entretajerse la actividad personal. Las costumbres constituyen normas morales, ya que son demandas activas de cierta manera de obrar.

La esencia de la rutina consiste en insistir en su propia cotidianeidad. Al hábito rutinario cuando se lo perturba genera incomodidad.

La reflexión en términos generales es el penoso esfuerzo de los hábitos perturbados por reacomodarse. La verdadera oposición no está entre la razón y el hábito, sino entre la rutina (el hábito carente de inteligencia) y el hábito inteligente o arte.

El pensamiento trabaja a tintas, y sin embargo cuando el hábito se convierte por completo en rutina, encierra de manera tan efectiva al pensamiento, que este ya no es necesario ni posible.

El hábito en sí no conoce, no piensa, no observa ni recuerda; tampoco el impulso se dedica de por sí a la reflexión. Los hábitos son demasiados organizados, insistentes y determinados para necesitar recurrir a la investigación imaginación. Los impulsos son demasiado caóticos y confusos.

A partir de la combinación de hábitos e impulsos se puede llegar a la observación, memoria y juicio.

Discurso y Poder

Foucault hace anclaje en el tema de la sexualidad, la locura y la política para analizar el fenómeno del poder. El discurso puede ser utilizado como práctica de poder. El discurso tiene una terrible materialidad, las palabras tienen peso, lo dicho, dicho está. El discurso encierra poder.

El discurso encierra otro problema que está dado por el azar, puesto que yo no sé lo que el otro va a decir, y no sé cómo va a interpretar lo que yo diga.

En una sociedad como la nuestra, netamente discursiva, el análisis del discurso, reviste carácter fundamental.

A ciertos discursos se le atribuyen efectos de poder; el científico establece lo que es verdadero, si mi discurso reviste carácter científico, por consiguiente será verdadero.

Las normas, reglas, decretos de una institución, establecen el cuerpo discursivo de la misma, y el que es considerado como verdadero. Cuando el profesional interviene, atribuye a esos discursos un efecto de poder concreto. Cuando el profesional cambia o modifica el discurso de una institución está cambiando los efectos de poder; esto sería trabajar con la contradicción. Los discursos son estrategias para la lucha. El que tiene el discurso gana, es el que produce el efecto.

El discurso no es el medio por el que se lucha, sino que es el discurso que se quiere tener. Foucault dice que no hay que ver solamente la parte negativa del poder, sino también lo que el poder produce: saber y placer. El poder es productivo en estos términos.

Siempre que hay un efecto de poder, se ejerce un efecto de resistencia.

En toda sociedad la producción del discurso está controlada, seleccionada y redistribuida por cierto número de procedimientos, que tienen por función evitar los poderes y peligros, dominar el acontecimiento y esquivar su materialidad.

En nuestra sociedad son conocidos los procedimientos de exclusión, que tienen que ver con lo exterior del discurso.

1er Sistema: el más evidente y familiar es la prohibición de la palabra.

1) *Tabú del objeto:* se toma al discurso como tabú, para excluir la forma de discurso de la persona.

2) *Ritual de la circunstancia*: se sabe que no se tiene derecho a hablar en cualquier circunstancia o lugar.

3) *El sujeto que habla*: se invalida el discurso del otro, por el hecho de no otorgarle valor a su discurso, se le excluye.

2do Sistema: *Separación y rechazo*. Oposición entre razón y locura; la palabra es excluida, considerada como nula, no conteniendo ni verdad ni importancia. Esta línea de separación actúa ejerciendo primero la separación y luego el rechazo (como el discurso separado de un loco).

3er Sistema: *Oposición entre verdadero y falso*. Tiene que ver con el régimen de la verdad. Son verdades sostenidas por un sistema institucional, que las impone y las acompaña en su vigencia, y que para ser ejercidas debe haber cierta cuota de coacción y violencia, de lo contrario no serían ejercidas (esto demuestra su carácter contrario a la verdad).

Se trata de instaurar lo falso como verdadero; lo verdadero es cuando existe una adecuación perfecta entre lo que se ve y se piensa.

Estas exclusiones se cruzan, se refuerzan, formando una compleja malla que se modifica todo el tiempo.

El discurso, en apariencia representa poca cosa, pero las prohibiciones que recaen sobre él nos revelan su vinculación con el deseo y el poder. El discurso no es sólo lo que manifiesta el deseo, es también el objeto de deseo, es lo que se quiere tener.

Este régimen de verdad se apoya en el soporte institucional, y es acompañado y reforzado por prácticas institucionales.

El Ambiente y la Perspectiva de Redes

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 resulta de utilidad, los aportes teóricos de Beatriz Castellano¹³. 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.

La autora delimita y define los elementos, que guían la construcción del campo hipotético de las intervenciones en red, estas son:

- a) La noción de redes sociales y la distinción entre redes primarias y redes secundarias.
- b) La interfase constitutiva de las redes naturales.
- c) Los atributos estructurales, funcionales y vinculares, que las distinguen.
- d) La dinámica de la red: el discurso colectivo y el sostén social.

Entendemos a **las redes sociales** como entidades relacionales 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 (afectivas, 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.

Las **redes sociales primarias** son conjuntos de personas que se conocen entre si, unidas por vínculos de familia, amistad, vecindad, trabajo, estudio y ocio. Configuran una totalidad en la que sus miembros están unidos por relaciones de naturaleza afectiva (positiva o negativa) más que por su carácter funcional.

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.

¹³ Grupo EIEM. Redes sociales naturales. un modelo de trabajo para el servicio social. Ed: Humanitas. Mar del Plata. 1997.

Las **redes sociales secundarias** son conjuntos sociales instituidos normativamente, estructurados en forma precisa para desarrollar una serie de misiones y funciones específicas (escuela, empresa, comercio, hospital, juzgado) que se le reconocen socialmente como propias. Quienes las integran cumplen roles predeterminados y los intercambios que en ellas se concretan están fundados en el derecho o en el dinero. Las misiones y funciones, normativamente asignadas a las redes secundarias para la satisfacción de necesidades, universalista e impersonal, ha sido complementada siempre por satisfactores no convencionales y personalizados. Frente a la retracción del Estado de Bienestar, estas respuestas basadas en objetivos ante todo funcionales y de sentido (no de utilidad), han comenzado a adquirir estructuras organizativas estables, que permiten incluirlas en la categoría de redes secundarias. A estas nuevas formas organizativas, se las distingue como redes secundarias informales, para diferenciarlas de las anteriores, a las que se denomina redes secundarias formales. 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.

El espacio concreto al que denominamos vida cotidiana, nos muestra una interacción y un pasaje constante de las personas a través de los dos tipos de redes, constituyendo un entramado de personas en relación a una configuración tal, que implica necesariamente a ambos tipos de redes. Se trata de un espacio de intersección al que damos el nombre de **redes naturales**. Las consideramos la expresión de los mecanismos puestos en marcha por las personas para satisfacer sus necesidades de todo tipo, condicionadas en su construcción y acceso por factores estructurales y no solo producto del deseo y la disponibilidad de los sujetos que las componen. Basadas en vínculos personalizados y fuertes, permiten el acceso a bienes instrumentales, como los materiales y los servicios y a bienes intangibles, como el afecto, la seguridad, la protección y el apoyo psicosocial. Trascienden el núcleo de personas tendencialmente estable que cohabita y los sistemas de intercambios generalizados y difusos.

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 vinculares**.

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, afectivos, materiales e informativos.

Los **atributos vinculares** 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.

La **dinámica de la red** esta constituida por la serie de movimientos relacionales 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. 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.

Trabajo en Equipo: inter transdisciplinario.

El enfoque multidisciplinario 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 estructurada 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.

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.

ANALISIS CONCLUSIVO

Los hogares para adultos mayores con supervisión psiquiátrica, tal cual se conocen en la actualidad, son herederos de las instituciones asilares creados a principios del siglo XX, respondiendo a transformaciones familiares, sociales, políticas, culturales, económicas. Brindando asistencia a personas mayores en situación de necesidad.

Las residencias actuales, tal cual como en la que se llevo adelante el trabajo, son concebidas como un recurso más, dentro de la multiplicidad de servicios existentes para los mayores, y como el último recurso cuando no se cuentan con posibilidades de que los adultos mayores continúen en sus espacios cotidianos junto a su red social continente.

La institucionalización de estas personas mayores se asocia a todos los aspectos negativos de la vida: al tedio, la inactividad, a la despersonalización, a la rutina, la dependencia; se la considera limitadora de la privacidad, ciñendo su contacto con el mundo exterior causante, en algunos casos, de la depresión en las personas.

Si la estadía o permanencia en la institución se prolonga en el tiempo, suele ocurrir la “desculturación”, que es un desentrenamiento que lo incapacita temporalmente para encarar ciertos aspectos de la vida diaria en el exterior, si es que vuelve a él y en el momento que lo haga.

La institución geriátrica parece constituirse en el vehículo más idóneo para posibilitarle a nuestra sociedad el desprendimiento del anciano y someterlo a un estado de aislamiento y marginalidad.

Recién a mediados del siglo pasado se incorpora el concepto de rehabilitación, y a partir de la década del ochenta, se comienza a pensar en promoción de la salud.

Actualmente existe una transición desde el llamado paradigma asilar hacia el paradigma de los derechos de las personas mayores, esto implica que el profesional se encuentra en medio de un proceso de rupturas y afianzamientos, avances y retrocesos, convicciones y dudas que descentran, en ocasiones, y en otras fortalecen la identidad profesional y dan esperanza.

Dentro de este contexto aparece la figura del trabajador social, y su inserción en el funcionamiento institucional general para el logro de los objetivos que en la actualidad se plantean; ya que los ejes transversales de su práctica son: el fortalecimiento de la identidad, la promoción de la autonomía e independencia,

y la reivindicación de los derechos sociales de las personas mayores y su responsabilidad en la efectivización de los mismos.

Estas instituciones destinadas a la salud mental tiene la necesidad de integrar lo que el servicio social "sabe hacer", ya que la complejidad de la situación ineludiblemente precisa de esta participación en una efectiva cooperación de roles y en el cumplimiento de sus objetivos. Pero también debe construir y, paulatinamente librarse, de la mirada de un modelo médico clásico y considerar al Trabajo Social ya no, como auxiliares en ese campo de acción; puesto que hay algo distintivo que la disciplina tiene para aportar, atento que el Trabajo Social aborda a la persona-paciente como individualidad social, es decir, desde sus relaciones sociales, desde su lugar en el medio social, y esto le da especificidad al capital científico dentro del campo de intervención.

Es obvio decirlo, pero no por eso vacío de contenido, que este capital científico que posee la disciplina de Trabajo Social no sea el que ocupa las posiciones de privilegio o dominantes convalidadas por el discurso médico hegemónico en esos espacios institucionales de intervención.

Desde estos principios, el Servicio Social instrumenta las distintas modalidades de intervención; a partir del abordaje personalizado considerando fundamental destacar la importancia de los gestos, actitudes corporales, humor, miradas, etc., en concreto hablamos de las satisfacciones expresivas. Herramientas que sostienen al otro. Entendiéndolas a estas como necesarias para una intervención más profunda, orientada a la autonomía y a la posibilidad de conformación de un proyecto personal.

Dentro de este marco de referencia que es la institución, se ubica el Trabajador Social, quien interviene como intermediario en el tratamiento del problema social. Interviene en este escenario donde se manifiestan nuevas formas de exclusión social, para atenuar el padecimiento de quien reside allí, en función de la recuperación de sus lazos sociales.

Es un desafío que compromete al profesional a tomar la realidad, reflexionar sobre ella y fundamentalmente, ayudar a transformarla. Entendiéndose la intervención como la acción de interceder del profesional con la intención de inducir cambios en alguna parte del sistema humano o del proceso social.

En su intervención parte de la idea de que el acontecimiento humano está constituido por una persona y una situación, es decir, por una realidad subjetiva y

otra objetiva, que interactúan entre sí constantemente. Es al momento de realizar la entrevista de admisión que el trabajador social comienza por conocer y comprender al individuo, su problema, sus limitaciones individuales, las fortalezas que trae a la situación y los recursos disponibles, y entiende que para alcanzar sus metas incorpora tanto el conocimiento científico como los valores sociales. Se relaciona con sus experiencias sociales y las implicancias emocionales que posee el paciente sobre sus experiencias con el fin de acompañar en el ingreso a la residencia y realizar una primera valoración de la situación y de la persona. Comenzando a constituirse, la figura del Trabajador Social en referencia no solo para el residente sino también para la familia o red social, si existiera.

Siendo el valor óptimo, orientadora de la acción, el reconocimiento de que cada individuo ha de tener la oportunidad de poner en juego su potencial, de vivir una vida plenamente satisfactoria y socialmente deseable. Fomentando el mantenimiento y promoción de la capacidades funcionales. Por tanto la estrategia de intervención será integral ya que intenta construir un abordaje que contemple la realidad social de la persona mayor y su relación con el medio familiar, social e institucional.

El profesional responde a una consideración (certeza) en la dimensión psicosocial, incluyendo la historia, las pautas culturales y valoraciones (propias y de su contexto). El objetivo de esta mirada psicosocial lo alcanza por dos claras intencionalidades, el cambiar o mejorar la situación de esa persona y ayudar a cambiar sus actitudes o comportamientos dentro de la situación social.

Se plantea una relación profesional horizontal en tanto relación humana, y asimétrica en tanto relación profesional, basándose en la comunicación racional para nutrir la relación y comprender al semejante y sus circunstancias.

Este posicionamiento no es en nada caprichoso en tanto que, las personas sobre las cuales el trabajador social dirige su acción están en una situación peculiar en cuanto se encuentran con una disminución o pérdida de objetividad respecto de los actos que realizan, y necesitan de la atención del Trabajador Social a fin de recuperar mediante un proceso la atención de sus necesidades, y dentro de sus posibilidades, mejorar los niveles de objetividad en sus acciones.

Para eso el trabajador social no necesita conocer todas las dimensiones y aspectos dinámicos de la persona, sino solo aquellos que se vinculan

íntimamente con la naturaleza del problema y aquellos factores que lo determinan.

En este sentido se hace necesario que el profesional cimiente el diagnóstico como instrumento imprescindible para planificar una acción transformadora. Entendiendo el diagnóstico como una comprensión dinámica del presente, con recuperación del pasado, en los aspectos que configuran la circunstancia inicial y en función de un futuro deseado. El profesional 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.

Y es a través de la comunicación racional que se realiza la base de proyectos dentro de un proceso de imaginación constructiva y actitud crítica, con el objetivo de intentar modificar una situación que se presenta incierta y confusa en una situación relativamente clara y definida.

En lo cotidiano el trabajador social tiene en su accionar la función de despejar confusiones en la actividad presente, reanudar la continuidad, recobrar la armonía y utilizar los impulsos dispersos para dar una nueva dirección al hábito.

Su objetivo es estabilizar y mejorar el funcionamiento del paciente con respecto a su adaptación a la dinámica institucional, con el fin de que exista un equilibrio entre los factores internos y externos. Para lograr su objetivo el profesional hace uso del tratamiento directo, a través de entrevistas con el fin de inducir actitudes favorables y de mantener el equilibrio emocional, mediante la entrevista terapéutica, donde la clarificación, la información o el consejo, la movilización de afecto entre otras acciones son las estrategias más positivas. Además por medio del tratamiento indirecto, o del trabajo sobre el medio, busca mejorar la situación con el objetivo de reducir la tensión, con el objeto de ofrecer oportunidades para el desarrollo o el cambio de la personalidad, concediendo así una significativa importancia a la modificación situacional.

A la hora de la intervención profesional un elemento de vital importancia con el que cuenta el trabajador social en su caja de herramientas, es la perspectiva de redes, ya que evita el aislamiento del residente, considerado en esencia a este como un ser social.

Las redes emergen frente al profesional como un recurso con múltiples posibilidades, y así es utilizado; promoviendo las relaciones con la familia y con la

comunidad descubriendo en ellas las relaciones que más convienen a la persona, y procurándoselas. De esta manera coordina con otras entidades institucionales de la comunidad en todo aquello que represente los intereses de los residentes: Bienestar social, salud, centro socio-sanitarios, hospitales, entidades privadas, etc.

En cuanto al trabajo interdisciplinario, siendo aquel que se basa en la complejidad y unidad de la realidad y en la división del trabajo científico, reconociendo que la realidad no es algo obvio, unívoco y simple que se puede comprender fácilmente. Es necesario que se produzcan intercambios, ya que llevan al enriquecimiento mutuo y transformación, implicando la interacción, cooperación y circularidad entre las distintas disciplinas.

En este sentido el trabajador social forma parte del equipo, representando la atención psicosocial del residente y la familia en todos sus aspectos, por tanto el Trabajador Social busca mantener actualizada la información interdisciplinaria sobre cada uno de los pacientes, en función de planificar las diversas actividades y evaluar la atención que se le proporciona. En esta perspectiva y con las características que los pacientes guardan (capacidades disminuidas temporales y crónicas) reciben del Trabajador Social en su hacer la búsqueda de un proceso planificado de externación, buscando favorecer en los individuos un grado de autonomía; partiendo del supuesto de que no hay recuperación si la persona no hace algo para recuperarse y si el entorno no ayuda a ello.

Si bien se detectó que existe una relación cordial y amena de trabajo entre la totalidad de los integrantes del equipo de salud, hay afinidades que conllevan a la formación de subgrupos (médico/ psiquiatra); esta situación termina afectando al resto de los integrantes, ya que a ellos la información profesional no llega de manera clara, adecuada y oportuna. Por lo cual se pudo percibir obstáculos en la comunicación que conllevan a la falta de pautas de organización establecidas para el funcionamiento y orden interno del grupo. Se evalúa que existen determinadas resistencias, al ingreso de los diferentes profesionales a las pautas ya preestablecidas. Esto se debe, a nuestro entender, a cierto recelo de asumir una actitud de mayor compromiso en cuanto al tiempo y disponibilidad para dedicarle a este proyecto.

Es un hecho que cualquier institución regula su funcionamiento con un sistema de normas; el funcionamiento implica, no solo lo relativo al objetivo de la

institución, sino también al sistema de relaciones que se establecen entre los miembros de la misma, la distribución de los tiempos, del espacio geográfico, y en general, todo aquello que afecta la vida de las personas que allí desarrollan sus actividades, reduciendo así, cada vez más el espacio de atomización que atenta de manera directa con la vida cotidiana institucional.

Otro punto singular a destacar en este ámbito institucional observado es que el Trabajador Social garantiza la protección de los derechos de los residentes, brindándoles un tratamiento social apropiado. Reconociendo por sobre todo la común dignidad de la persona, que la hace acreedora de todos los derechos a la participación de los bienes sociales; dignidad que fundamenta el valor de la persona por encima de otros intereses, y que adhiere a los postulados del Trabajo Social, quien reconoce a la persona con padecimiento mental como sujeto pleno de derechos. Para el Trabajador Social ser igual es reconocer que el otro es diferente a mí, y tiene el derecho de ser diferente, y experimentar su propia subjetividad.

A partir de lo observado creo que la persona-paciente puede seguir experimentando el ser sujeto, a pesar de ciertas limitaciones que le tocan atravesar, realizando las capacidades que aún tiene; pudiéndole dar significados a sus vivencias; siendo el Trabajador Social al que le corresponde indagar sobre las mismas; poniendo a la persona dentro de un sistema de pertenencia: social, cultural, laboral, institucional, escolar, vincular, desde donde la persona es significada y a su vez resignifica su realidad circundante. Donde más allá de tomar a esa realidad de una forma limitada, es la forma que esa persona tiene para comunicarse con el mundo, y para comunicar al mundo lo que esa persona es.

Pues en la institución se maneja un discurso que es considerado como verdadero, pero cuando el trabajador social interviene le atribuye a ese discurso un efecto de poder concreto; si el profesional puede cambiar o modificar ese discurso está cambiando sus efectos de poder; se trabaja con la contradicción. Se espera que el profesional no se quede bloqueado por lo instituido, sino que modifique el régimen de verdad para ensanchar las prácticas de libertad de los sujetos, y a su vez poder ubicarse en una posición distinta en las relaciones de poder. Pudiendo el trabajador social ocupar un lugar igualitario, que así sea considerado y reconocido, en el equipo de profesionales.

La práctica profesional debería pugnar por hacer que las relaciones de poder que se establecen dentro de las relaciones humanas, contengan también la certeza de la resistencia, ya que esta es posibilitadora de la libertad.

Por eso creemos que la intervención del Trabajador Social no solo se trata de una aplicación de herramientas y técnicas que brinden soluciones puntuales y recortadas a los problemas sociales; sino que se piense desde la comprensión de las consecuencias que el modelo ha ocasionado, buscando transformar el modo de relaciones sociales que de él se derivan; poniendo sus saberes instrumentales y su perspectiva teórica al servicio del fortalecimiento de la organización y personas en la conquista de sus derechos sociales.

Bibliografía:

- Amico, Lucía del Carmen. "La institucionalización de la locura". La intervención del trabajo social en alternativas de atención. Espacio editorial. Año 2005.
- Barg, Liliana (compiladora). "Lo interdisciplinario en salud mental". Espacio editorial. Año 2006.
- Carballeda, Alfredo. Cap. "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". Editorial Espacio. Año 2006.
- *Delgado, J.M. y Gutiérrez, J. "Métodos y técnicas cualitativas de Investigación en Ciencias Sociales". Barcelona. Síntesis. Año 1999.
- Dewey J. "La búsqueda de la certeza: un estudio de la relación entre el conocimiento y la acción". México. Fondo de Cultura Económico. Año 1952.
- Dewey, J. "Lógica, Teoría de la investigación". México. Fondo de Cultura Económico. Año 1950.
- Dewey, J. "Naturaleza humana y conducta". México. FCE. Año 1964.
- Dirham, Eunice. "Familia y reproducción humana". Material extraído de cátedra Sociología de la Familia. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Mar del Plata. Año 2005.
- Eroles, Carlos. "Los derechos humanos, compromiso ético del trabajo social". Editorial Espacio. Año desconocido.
- Foucault. M. "El orden del discurso". México. Tusquets. Año 1973.
- Foucault. M. "Hermenéutica del sujeto". La Plata. Altamira. Año 1996.
- Foucault, M. "Microfísica del poder". Madrid. La Piqueta. Año 1980.
- García Salor S. "Especificidad y rol en Trabajo Social". Humanitas. Buenos Aires. Año 1987.
- Hamilton, G. "Teoría y práctica del trabajo social con casos". La prensa médica. México. Año 1960.
- Kisnerman, Natalio. "Introducción al Trabajo Social". Editorial Humanitas. Año 1981.
- Lima Santo L. "La investigación acción". CELATS. Lima. Año 1983.

- Méndez, Rubens. "El diagnóstico En trabajo social". Tribuna Libre Servicio Social N° 8. Año 1994.
- Méndez, Rubens. "El trabajo social en el campo de la salud mental". Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Año 2006.
- Perlman, H. "El trabajo social individualizado". México. Año 1965.
- Popper, K. "La lógica de la investigación científica". Tecnos. Madrid. Año 1967.
- Revista cubana de salud pública. "El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud". Año y editorial desconocido.
- Rolland, J. "Familias, enfermedad y discapacidad". Barcelona. Gedisa. Año 2000.
- Rozas Pagasa; Margarita. "Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en Trabajo Social". Espacio editorial. Año 2005.
- Sabino, C. "El proceso de investigación". Editorial Humanitas. Año 1986.
- Vigetti, A. "Investigación en Servicio Social". Editorial Humanitas. Buenos Aires. Año 1982.
- Wainerman, Catalina. "Vivir en familia". Editorial UNICEF. Año 1994.

