

2002

Las mujeres adultas con discapacidad internadas en hogares u instituciones : actuación del trabajador social

Lopez Martinez, Lorena

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

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/1037>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL

DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL

**TESIS: "LAS MUJERES ADULTAS CON DISCAPACIDAD
INTERNADAS EN HOGARES U INSTITUCIONES" Actuación del
Trabajador Social**

DIRECTORA DE TESIS: LIC. AMELIA DELL'ANNO.

CO- DIRECTORA DE TESIS: LIC. VERONICA CUNEO.

Biblioteca	C.S. y S.S.
Inventario	Signatura top
2528.	
Vol	emplar:
Universidad Naci	l de Mar del Plata

ALUMNA: LORENA LOPEZ MARTINEZ

INDICE

INTRODUCCIÓN	pág. 1
MARCO TEÓRICO	
Capítulo I- Discapacidad física: conceptos	pág. 6
Capítulo II- Cuestiones de género: marginación y discriminación de la mujer	pág. 14
Capítulo III- La mujer con discapacidad física	pág. 20
Capítulo IV- Discapacidad y personalidad: factores sociales y psicológicos- vida cotidiana	pág. 25
Capítulo V- Contexto social de la mujer con discapacidad física: situación social, entorno familiar y comunitario	pág. 33
Capítulo VI- Integración	pág. 40
Capítulo VII- Principio de normalización, vida independiente y programa de equiparación de oportunidades	pág. 50
Capítulo VIII- El entorno Institucional: la internación, la desinstitucionalización y la asistencia de mantenimiento	pág. 57
Capítulo IX- Evolución de las Instituciones y la rehabilitación	pág. 63
Capítulo X- Rehabilitación y Trabajo Social	pág. 68
Ideas principales	pág. 77
SISTEMATIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	
Aspectos generales de la investigación	pág. 82
Análisis de datos	pág. 94
Relato	pág. 118
Resultados	pág. 120
CONCLUSIONES	pág. 134
Propuesta de intervención	pág. 144
ANEXOS	pág. 150
BIBLIOGRAFÍA	pág. 201

INTRODUCCION

La investigación aquí expuesta se refiere al tema de las **mujeres adultas con discapacidad física internada en hogares o Instituciones**, focalizando el estudio en la **labor del Trabajador Social** inserto en dichas Instituciones, **para plantear adecuadas alternativas de acción**, buscando la **integración** de dicha población.

El presente trabajo se halla basado en la inquietud personal de investigar sobre el tema ya que se considera que si bien existen varios trabajos sobre discapacidad, ninguno se refiere exclusivamente a la mujer de tal grupo etáreo que se halle en la situación mencionada. Cabe aclarar que este estudio no se fundamenta en una cuestión cuantitativa respecto a una alta incidencia de casos de internación de mujeres con discapacidad no gerontes, sino en el análisis del significado que tal situación puede revestir, tanto en términos de sus derechos, como de la calidad de vida de estas mujeres internadas, así como de su familia. Es por esto que es necesario puntualizar que la actual investigación es una indagación que no busca dar lugar a generalizaciones taxativas.

Se estima conveniente realizar un trabajo de investigación específico al respecto que aporte tanto nuevos conocimientos sobre el tema, como así también alternativas posibles acerca de la labor del TS para el logro del objetivo máximo, la integración social que merecen, y el objetivo inmediato, el logro de una correcta calidad de vida para las mujeres internadas.

Es necesario destacar que si bien todas las formas de discapacidad merecen atención, el tema de este estudio se centra exclusivamente en la discapacidad física, debido a la experiencia acumulada a través de diferentes trabajos teóricos realizados así como también de prácticas efectuadas con este sector de la población.

Es necesario resaltar, una vez más, que las mujeres con discapacidad, tanto física como mental, no han sido generalmente objeto de estudio. En la mayor parte de los trabajos que existen sobre discapacidad, se excluye explícitamente a las mujeres o no se

hace un desglose de acuerdo con el sexo. No se especifica si el estudio incluye o no casos de mujeres. En consecuencia, hay muy poca información disponible acerca del curso y resultado de las enfermedades crónicas y de otras discapacidades que afectan a las mujeres, así como de la forma en que la discapacidad influye sobre ellas y su vida cotidiana.

Primeramente se analizará la discapacidad en general, poniendo a consideración de los lectores de este trabajo, algunos conceptos existentes sobre el tema, para luego llegar a una conclusión propia sobre la definición de la misma. Asimismo, se considerará las tradicionales imágenes que de la persona con discapacidad posee la sociedad toda.

También se expondrá los aspectos relativos a la cuestión de género y la manera en que ésta influye en la discriminación de las mujeres, tanto con discapacidad como sin ella. Las cuestiones de género han ido generando, en las últimas décadas, un creciente interés en la sociedad; especialmente al ir abandonando el modelo de familia basado exclusivamente en la autoridad patriarcal, las mujeres han tomado conciencia de las desigualdades existentes y han tratado, por medio de la difusión del tema, de reducir las diferencias. Estas diferencias se hallan presentes en todas las áreas, familiar, laboral, de la educación, etc., como veremos en este trabajo; y para profundizar, y adentrándonos en la materia que interesa a esta tesis, se aludirá a la situación de la mujer con discapacidad, considerando que la misma es “doblemente discriminada”.

Se analizarán, de igual forma, las cuestiones de la mujer con discapacidad y su personalidad, y la importancia de la organización de la vida cotidiana, ya que este trabajo apunta a conocer la cotidianeidad de la mujer adulta con discapacidad. Asimismo, se pondrá a consideración el contexto social de ésta, especialmente el entorno familiar, comunitario e institucional.

Se hace prioritario mencionar en este trabajo el asunto de la integración de la persona con discapacidad, tanto escolar, como laboral y social, tratando de aludir específicamente a la integración de la mujer en particular en dichos aspectos. El tema planteado se complementa con el principio de normalización, la vida independiente y el Programa de Equiparación de Oportunidades, desarrollado también en este marco teórico.

Ahora bien, debido a que el tema de interés no es sólo la mujer con discapacidad, sino la mujer con discapacidad institucionalizada, es decir internada en hogares o

residencias, es menester referirse al entorno institucional de la mujer con discapacidad. Por ello, se expondrá en qué consiste la internación, cuando ha sido y es utilizada, así como las opciones de desinstitucionalización y la asistencia de mantenimiento. Es de singular interés analizar el impacto de la internación en geriátricos de la persona con discapacidad en edad adulta, especialmente las características de la convivencia con ancianos, investigando la posible existencia de problemas en este sentido, por las diferencias generacionales existentes.

En este orden de cosas, se desarrollará la historia de las Instituciones unido a la legislación y a la protección jurídica, analizando el devenir de ésta.

Por último, dentro del marco teórico, se considerará el Trabajo Social en rehabilitación, especificando lo que se entiende por dicho concepto, y desarrollando el tema unido a la actuación del trabajador social dentro de las instituciones.

Si bien no se plantea específicamente una o varias hipótesis para la investigación, ya que se considera que éstas se desprenden naturalmente del marco teórico desarrollado, el cual actúa como marco hipotético en sí mismo, sí se presentan a continuación de éste, las ideas principales expuestas, a manera de síntesis.

El contexto teórico seleccionado sugiere que el adecuado abordaje de la discapacidad, debe ser emprendido como una labor sistemática que atiende a la persona y a la comunidad como un todo integrado, a través de un equipo transdisciplinario, tendiente al logro de los principios de “normalización e integración”.

La lectura de diferentes materiales ha permitido disponer de un marco de referencia adecuado que concedió la posibilidad de ganar familiaridad con el tema en cuestión, así como orientó la búsqueda de información en el trabajo de campo que se presentará inmediatamente después del marco teórico escogido.

El proceso de investigación que permitió recoger los datos en forma directa sobre la realidad, se realizó a través de la implementación de la investigación exploratoria – descriptiva. Se llevó a cabo una investigación cualitativa, estudiando la realidad en su contexto natural, intentando interpretar la problemática planteada de acuerdo con los significados que tienen para las personas entrevistadas.

A partir de la sistematización de los datos recogidos, se expondrá las conclusiones referidas a la realidad abordada, intentando esbozar una propuesta que permitirá alcanzar

mas eficazmente los objetivos propuestos. Dicha propuesta permitirá al T.S. favorecer la integración en todos sus ámbitos (familiar, escolar, social y laboral).

A- MARCO TEORICO.

CAPITULO I

DISCAPACIDAD FISICA: CONCEPTOS

Para comenzar, se pone a consideración algunos conceptos de discapacidad existentes, para luego intentar una definición propia, analizando dichos conceptos y adoptando aquellos aspectos que se consideren adecuados para el presente trabajo.

"Dentro de la experiencia de la salud, una deficiencia es toda pérdida o anormalidad en una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica".

"Dentro de la experiencia de la salud, una discapacidad es toda restricción o ausencia (debido a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano".

"Dentro de la experiencia de la salud, una minusvalía es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de la edad, sexo y factores sociales y culturales)"¹

"Minusválido físico es aquella persona que por alguna causa innata o adquirida, sufre una merma de su integridad física que impide su trayectoria vital normal y dificulta su integración social."²

Una definición que se considera adecuada es la siguiente: una persona con discapacidad física es aquel individuo que por alguna causa de origen innato o adquirido, sufre en la actualidad una merma de su integridad física que de alguna manera dificulta su integración social, familiar, educativa, laboral; e implica desventajas para el disfrute efectivo de sus derechos humanos.

Cabe destacar que de las variadas definiciones expuestas se elige esta última debido a que se refiere a un concepto dinámico de la misma.

Un concepto dinámico es aquél que hace hincapié en las capacidades presentes en la persona, aceptando la existencia de una carencia, de la que partiendo se irá encaminando

¹ Organización Mundial de la Salud, Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Manual de clasificación de consecuencias de la enfermedad, INSERSO, 1983, págs. 56, 58 y 59, en Demetrio Casado, "Ante la Discapacidad", Glosas Iberoamericanas", LUMEN, 1995, págs. 23 y 24.

² Beatriz Castellanos, Norma Palermo, Carolina Vita, TESIS "La integración social del minusválido como proceso; única posibilidad para su completa rehabilitación"; Ministerio de Salud, Escuela Superior de Sanidad, Carrera de Servicio Social, Mar del Plata, abril de 1987, pág. 8.

hacia una potenciación de los mecanismos adaptativos que están por descubrir y encauzar. Este concepto es el que da un verdadero sentido a la actuación de un equipo interdisciplinario, donde varios profesionales (médicos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, etc.) tendrán que buscar, junto a la persona, aquellos mecanismos adaptativos y de aprendizaje que pueden desarrollarse para que su utilización al máximo permita su desenvolvimiento en la vida social.

Es importante no caer en el concepto estático de discapacidad, aquél que sólo considera las capacidades que el individuo no posee y por lo mismo suprime la posibilidad de efectuar una búsqueda de otras alternativas. Este sólo designa un hecho irreversible sin posibilidades de modificación, y significa para el T.S. un obstáculo para un correcto proyecto de trabajo a escala individual y/o grupal y/o comunitario.

“Resulta lógico que el T.S., además de cuantificar los factores causales que impiden a una persona con discapacidad conseguir un trabajo o mantenerlo, por ejemplo, haga intervenir en su evaluación diagnóstica las motivaciones, estados afectivos, expectativas y conflictos derivados o causantes de la discapacidad y en todo caso siempre interactuantes con la funcionalidad de aptitudes. No hemos de olvidar que el hombre es un conjunto de procesos bio- psico- sociales que interactúan dialécticamente y que la merma en cualquiera de esos procesos repercute en el resto, modificándolos.”³

"El análisis de la capacidad biológica se centra en un organismo individual. Cuando se habla de las aptitudes que un sujeto posee para determinadas actividades, se está haciendo referencia al fundamento biológico de aquellas, como función de una estructura material, pero no se puede dejar de hacer referencia a un medio social lo suficientemente complejo que indetermine y relativice la anterior afirmación. Por eso, no es posible hablar en términos absolutos de inteligencia, aptitud, etc., sin determinar las bases ambientales donde se dan esas categorías; no podemos aislar a la persona, extraerla de su medio y evaluarla individualmente sin más referencia que ella misma.

Los fenómenos psicológicos que aparecen en la discapacidades varían en función a múltiples factores: edad, sexo, profesión, clase social, miembros afectados, etc. Otro elemento sería la propia naturaleza de la discapacidad, su origen y desarrollo; detectar el objeto que tiene la rehabilitación en aquella persona, saber si ésta se hace responsable de

³ Ibidem; pág. 7.

ser sujeto activo de su propia recuperación, en la que habrá que conjugar acciones de estabilización comportamental, emocional y laboral, con acciones terapéuticas permanentes."⁴

A una persona con discapacidad física se la considera como tal, en cuanto a que el origen y desarrollo de su discapacidad es físicamente observable y cuantificable, ya sea: adquirida (causada por una enfermedad, accidente laboral o de tránsito), innata (malformación congénita, falta de irrigación, medicación, etc.) o a consecuencia de cualquier etiología. En algunos casos dicha discapacidad física puede venir o devenir en un trastorno psicológico.

IMAGENES DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

Se considera prioritaria la necesidad de reflexionar sobre algunos elementos que conciernen a la concepción que tanto los profesionales, como los familiares y la sociedad en general, tienen de las personas con discapacidades y de su situación.

El término **discapacitado** o **persona discapacitada**, está incorporado a la cotidianeidad como forma de denominación de aquellas personas que poseen algún tipo de disminución física, mental o social.

Se cree conveniente considerar estas denominaciones y reflexionar sobre la necesidad de integrar desde el discurso. Hablar de discapacitado es anteponer una característica distinta a su condición de persona, hacer mención a una falencia antes que a una potencialidad. Se considera acertado utilizar la expresión **persona con discapacidades**, en la medida que se acentúa el primer término (persona), y se señala, se indica o se informa que la misma posee una/s discapacidad/es.

Existe dentro de la sociedad en general, una propensión a sustituir la identidad de las personas afectadas de discapacidad por sus propias deficiencias. La circunstancia adjetiva de la ceguera se sustantiva, y construimos ciegos, lo mismo sucede con la sordera, la parálisis o cualquier otra clase de limitación física. Las representaciones socializadas de los colectivos humanos impiden el conocimiento directo y particular de sus componentes.

⁴ Ibidem; pág.7.

El estereotipo sustituye a las personas. No somos capaces de verlas porque se interpone una imagen preconstruida. En cuanto a los interesados, el camuflaje de las identidades personales por los estereotipos colectivos, incluso en el caso de que sean positivos, es un hecho obviamente problemático. La identidad es el bien más íntimo y radical de cualquier persona, de modo que su disolución en una construcción colectiva amenaza su propia esencia; y esto se puede mantener también cuando los interesados se sienten felices en su anulación colectiva.

La sociedad establece los medios para caracterizar a las personas y el complemento de atributos que perciben como corrientes y naturales en los miembros de cada una de esas categorías.

“El medio social establece las categorías de personas que en él se pueden encontrar. El intercambio social rutinario en medios preestablecidos nos permite tratar con «otros» previstos, sin necesidad de dedicarles una atención o reflexión especial. Por lo tanto, es probable que al encontrarnos frente a un extraño, en la primera apariencia nos permita prever en que categoría se halla y cuáles son sus atributos, es decir su «identidad social».

Las demandas que formulamos sobre un sujeto x, conforman su identidad virtual, es decir al poner un atributo a la condición de persona, estamos estableciendo un prejuicio.

De ese modo dejamos de verlo como una persona total y corriente, para reducirlo a un ser menospreciado. Un atributo de esa naturaleza es un estigma, en especial cuando él produce en los demás, a modo de efecto, un descrédito amplio, a veces recibe el nombre de defecto, falla o desventaja.

Los **pre-juicios** se hacen prejuicios solamente cuando no son reversibles bajo la acción de conocimientos nuevos.

El **prejuicio** es un complejo estado subjetivo en el cual los sentimientos de lo diferente tiene la parte principal, aún cuando las diferencias son imaginarias.

La personalidad prejuiciosa se va configurando desde la niñez, siendo el hogar a partir de su función socializadora, uno de los factores que más influye.”⁵

Un niño que adopta un prejuicio está tomando actitudes y estereotipos de su medio familiar o cultural. Los niños toman de su familia costumbres, hábitos, gestos, creencias, etc.; los cuales en algunos casos los llevan a adquirir los prejuicios de sus padres.

Generalmente el niño aprende **rótulos lingüísticos** antes de que esté completamente listo para aplicarlos a las categorías del adulto.

Toda actitud tiende a expresarse en acción en cierto momento. Son pocas las personas que guardan sus antipatías, sin evidenciarlas. Cuanto más intensa es la actitud, más probable es que desemboque en una acción enérgicamente hostil, que se puede manifestar en distintos grados: hablar mal, evitar contactos, discriminar, realizar ataques físicos, e incluso, tratar de exterminar.

“La ONU define la **discriminación** como “toda conducta basada en distinciones que se hacen sobre la base de categorías naturales y sociales, sin que ello tenga relación con las capacidades o méritos individuales, ni con la conducta concreta de la persona individual”.

La **segregación** es una forma de discriminación que coloca límites especiales de algún tipo, para acentuar la situación de desventaja de los miembros de un exogrupo.”⁶ Por ejemplo algunos vacilan en tocar o guiar a los ciegos, mientras otros generalizan la deficiencia advertida como incapacidad total, gritándoles a los ciegos como si fueran sordos o ayudándolos a incorporarse como si fueran inválidos.

Quienes se enfrentan con ciegos pueden tener un gran número de creencias aferradas al estereotipo. Pueden pensar por ejemplo, que el individuo ciego utiliza canales especiales de información inaccesibles a los demás.

Otros, tal vez consideran que su respuesta defensiva a esta situación es una expresión directa de su defecto, y por lo tanto el defecto como la respuesta son el justo castigo de algo que él o sus padres han hecho y que justifica la manera en la cual es tratado.

“El individuo estigmatizado puede intentar corregir su condición en forma directa, dedicando un enorme esfuerzo personal al manejo de áreas de actividad que por razones físicas o incidentales se consideran, por lo común, inaccesibles para quien posee un defecto. Esto aparece ejemplificado en el lisiado que aprende o re-aprende a nadar.

Es probable que el individuo estigmatizado utilice su estigma para depositar todas las insatisfacciones, todas las demoras y todos los deberes desagradables de la vida social;

⁵ Rímoli, Verónica, Fernandez Paola; Tesis de grado: Socialización e Integración del Deficiente Mental Leve. Relevancia del TS.; Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Cs. de la Salud y Servicio Social, Departamento de Servicio Social, año 2000, pág. 45.

⁶ Ibídem.; pág. 45.

utilizado no sólo como un medio razonable para evitarse la competencia, sino como una forma de protegerse de la responsabilidad social.

Ningún sujeto puede ser indiferente al abuso en las expectativas de los otros. Por eso encontramos diferentes formas de defensas del Yo, siendo en gran medida una cuestión individual.

Entre los rasgos que aparecen en las víctimas del prejuicio, se pueden destacar:

Extrapunitivos : son esencialmente agresivos, dirigidos hacia el exterior. La víctima culpa de su situación de desventaja a causas externas.

Si el individuo despliega un rasgo extrapunitivo se podrá observar: preocupación excesiva y suspicacia, disimulo de los vínculos del endogrupo, prejuicio contra otros grupos, agresión y rebeldía, acrecentamiento de esfuerzos.

Intrapunitivos: la víctima tiende a tomar sobre sí la responsabilidad de ajustarse a la situación.

Los rasgos intrapunitivos provocan: negación del carácter de miembro, autoaborrecimiento, agresión contra el endogrupo, neurosis, búsqueda de símbolos de status.

La incertidumbre del estigmatizado surge no sólo porque ignora en que categoría será ubicado, sino también porque sabe que los demás pueden definirlo en función de su estigma.

Entre sus iguales, el individuo estigmatizado puede utilizar su desventaja como base para organizar su vida, pero para lograrlo deberá resignarse a vivir en un mundo incompleto.

La relación de un individuo estigmatizado con otro, hace que en algunos aspectos el resto de la sociedad más amplia considere a ambos como una sola persona. Por lo tanto la familia del enfermo mental, el padre del inválido, el amigo del ciego, están obligados a compartir parte del descrédito de la persona estigmatizada, con lo cual los une una relación.

La tendencia del estigma a difundirse desde el individuo estigmatizado, hacia sus relaciones más cercanas explica por qué dichas relaciones tienden a evitarse, o en caso de existir, a no perdurar.”⁷

⁷ Ibidem.; pág. 46 y 47.

Con respecto a las connotaciones valorativas, existen muchas manifestaciones. Se puede encontrar algunas de signo benévolo, como en el caso de la expresión "pobre ciego", y se pueden hallar otras peyorativas, que toman la deficiencia como referencia negativa: "es sordo como una tapia" o "hay que estar muy ciego para no ver eso". Es usual también encontrar insultos mediante denominaciones de la deficiencia, como "tarado mental" o asociaciones entre deficiencia y maldad, "no hay ningún discapacitado bueno".

En cuanto a la expresión artística relativa a la discapacidad, existen también muchas limitaciones. Es cosa sabida que la armonía, el equilibrio, la satisfacción, el bienestar, etc. son mucho menos interesantes para el público que el conflicto, el riesgo, la necesidad y el sufrimiento. Seguramente por ello, la expresión artística, especialmente, la literaria y la cinematográfica, recurren con frecuencia al argumento de la discapacidad en clave problemática, y emiten una imagen pesimista de la misma. En algunos casos se trata de personajes con deficiencias que encarnan la perversidad (capitán Garfio). En otros, los defectos son objeto de burla (el patito feo) y cabe incluso que un personaje con discapacidad amable y aparentemente integrable deba aceptar la segregación (Rain man).

A la luz de todo esto, parece evidente que las tradicionales imágenes que las personas con discapacidad poseen, contribuyen poco o nada a la creación de actitudes que permitan la existencia de una sociedad que considere al mismo, no como un ser con "desviaciones", sino como un ser humano igual al resto, con una merma en alguna de sus capacidades, y sí contribuye a la discriminación de los mismos.

Asimismo, se debe tener en cuenta también la posibilidad de que algunas personas con discapacidad posean actitudes tendientes a su propio aislamiento respecto a grupos convencionales y al reagrupamiento con personas que presentan su misma discapacidad.

La autodiscriminación es considerada como "la tendencia de ciertos grupos a aislarse de la sociedad formando "ghettos", en el caso que me ocupa, de gente que presenta una discapacidad específica. Hay grupos de personas sordas, ciegas, o con problemas motores, cuyos integrantes mantienen un contacto permanente por pertenecer a instituciones que se ocupan de su discapacidad, como escuelas, organizaciones no gubernamentales, talleres protegidos, centros de rehabilitación, entidades que prestan

servicios específicos para la discapacidad en cuestión y espacios recreativos creados para personas discapacitadas.”⁸

El individuo que se incluye en un grupo de personas que presentan una discapacidad, que se encuentra en permanente contacto con estas personas y con especialistas en el tratamiento de su problemática y que acata unas reglas implícitas de relación inherentes a estos grupos, por las cuales se cuestiona el hecho de que una persona discapacitada forme pareja o tenga amigos que no posean su discapacidad, por citar alguna; se autodiscrimina, no permitiéndose el acceso a grupos convencionales.

“Uno de los motivos conducentes a la autodiscriminación tiene que ver con la imagen que la persona discapacitada construye de sí a lo largo de toda su vida; dicha imagen, como en cualquier persona, se elabora a partir de la imagen que los otros le devuelven de sí misma. Así puede observarse que muchos padres inculcan a sus hijos que se reúnan o no con otras personas discapacitadas; algunos profesionales especializados recomiendan la asistencia de una persona discapacitada a grupos integrados por quienes poseen su discapacidad, o concientizan a esas personas de sus limitaciones pero no de sus potencialidades y algunos discapacitados toman su deficiencia como la principal característica de su identidad.”⁹

Lo anteriormente mencionado no constituye una negación de la importancia que los centros especializados tienen en el tratamiento de las personas con discapacidad, de los logros en materia legal que se han conseguido gracias a la unión de personas con las mismas necesidades, pero es un llamado de atención para que estas instituciones no coarten la inserción en grupos convencionales a los que se puede pertenecer, constituyéndose en el único ámbito por donde circulen las personas con discapacidad.

⁸ Grupo de Trabajo sobre la Problemática de la Discapacidad; Amelia Dell’Anno comp; “Discapacidad y Educación en la perspectiva de la diversidad”; art. de Gabriela Cervino; Autodiscriminación en la discapacidad como barrera para la inclusión social; Serie: Cuaderno de

CAPITULO II

CUESTIONES DE GENERO:

MARGINACION Y DISCRIMINACION DE LA MUJER

“El concepto de género ha sido largamente discutido, coincidiendo todas sus lecturas en el carácter social y cultural de atribuciones asignadas a las personas según el sexo, y que han adquirido en la cultura occidental un signo de naturalización que las invisibiliza. Con base en esa atribución social y cultural de las diferencias sexuales se naturalizan también relaciones, normas y estructuras institucionales que consolidan una determinada forma de reproducción de la diferencia. En suma "el género es la forma básica de representación de relaciones de poder en que las representaciones dominantes se presentan como naturales e incuestionables". (Joan Scott).

El sistema de géneros se superpone a otros sistemas de estratificación o diferenciación, y la permanencia de las subordinaciones e inequidades debe ser explicada por la confluencia de esos múltiples sistemas. Muchas veces, el freno en los logros de las políticas de equidad de género se encuentra en la manutención de esas otras inequidades y viceversa"¹⁰

La feminización de la pobreza es un fenómeno social global, presente en casi todos los países y que alude a la desproporcionada representación entre los pobres de las mujeres comparadas con los hombres, como también a las características que asume la pobreza entre las mujeres, al tiempo que permanecen en esa situación, a las dificultades para superarlas y a los efectos sobre los demás miembros del grupo familiar.

"La feminización de la pobreza implica que hombres y mujeres experimentan la pobreza de maneras diferentes. La feminización de la pobreza puede ser una cuestión de si hay más mujeres que hombres pobres, pero más importante es la dimensión cualitativa del

Discapacidad y Participación Social- Nro 2; Universidad Nacional de Mar del Plata; Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social; Mar del Plata, año 2002; pág. 53.

⁹ Ibidem, pág. 54.

¹⁰ Virginia Guzmán; Alcances y Sentidos de los Mecanismos Institucionales de Género en la implementación de la plataforma de acción Mundial de Beijing; Centro de Estudios de la Mujer; Chile; 1999, pág 18.

fenómeno, centrado en la severidad de la pobreza y en la mayor dificultad de las mujeres para salir, ella y sus hijos, de la pobreza en la que están entrampados. La amplia gama de estereotipos y discriminaciones a las que están sujetas- desigualdad de oportunidades en educación, empleo y acceso a crédito y a capital- implica que las mujeres tienen menos oportunidades. La pobreza acentúa la desigualdad de género, y frente a la adversidad, las mujeres son las más vulnerables."¹¹

Entre los factores asociados a la feminización de la pobreza es posible destacar, según Cleary, los siguientes:

1- La mayor esperanza de vida de las mujeres, que produce una preponderancia de adultas mayores, las cuales están más expuestas a la pobreza por falta de acceso a una adecuada previsión y a los costos de vida en edad avanzada. Al respecto, Jelin explica que "En la Argentina contemporánea, la incidencia de la pobreza entre los viejos (que tienden a ser viejas, por las diferencias en expectativa de vida) es muy significativa. Hay tres procesos convergentes que contribuyen a que este fenómeno se haya intensificado y haya adquirido la notoriedad que conocemos; la crisis del sistema de seguridad social y jubilación, el proceso de envejecimiento de la población (cada vez hay más viejos por cada persona económicamente activa) y los procesos de empobrecimiento y desempleo de sectores medios, a quiénes les resulta cada vez más difícil derivar recursos para el mantenimiento de sus parientes ancianos)"¹²

2- Los cambios en la composición familiar, especialmente en lo relativo al matrimonio y la separación, han llevado a que actualmente exista un aumento de hogares con jefatura femenina, los cuales presentan mayores niveles de pobreza.

Un estudio realizado en el AMBA demuestra que la situación actual de pobreza en las familias con jefa mujer se debe, en gran medida, a que sus oportunidades en el mercado laboral se restringen a unas pocas opciones, pobremente retribuidas. Ellas son trabajadoras del servicio doméstico, costureras para talleres que les pagan "en negro" y a destajo, mucamas o auxiliares en geriátricos en situación de empleo precario. Esto se debe a que en general estas mujeres presentan bajos niveles de capacitación, y además, si existen hijos de corta edad, de manera especial si no hay hermanos mayores u otros

¹¹ Jelin, Elizabeth; "Hacia nuevas formas de estructuraciones de la familia y el hogar en los tiempos del divorcio y el envejecimiento"; en "Pan y Afectos, La transformación de las familias" Cap. 4; F.C.E. Bs. As., 1998; pág 10.

¹² *Ibidem.*; pág 10.

adultos que puedan contribuir a su cuidado, las jefas de hogar sin cónyuge sólo pueden trabajar un número limitado de horas, lo que en el tipo de ocupaciones que ellas desempeñan se traduce directamente en menores ingresos. Cuando el ingreso de la jefa es el único para responder a las necesidades de consumo de una familia numerosa – caso frecuente entre las madres más pobres que experimentan la separación conyugal en una etapa relativamente avanzada de un ciclo familiar con alta fecundidad- se completa el cuadro de causales de la pobreza.

3- Las tareas de reproducción social asignadas a la mujer, que implican un mayor riesgo de caer en situación de pobreza.

4- El tipo de inserción laboral de las mujeres, que repercute en las posibilidades de acceder a empleos bien remunerados.

Los grupos de mujeres más afectadas por la situación de pobreza son las jefas de hogar, las adultas mayores, y, en general, las trabajadoras de los sectores más precarios e inestables del mercado laboral.

Género y Trabajo

En las últimas décadas, ha existido un proceso de incorporación de las mujeres a la fuerza de trabajo a un ritmo bastante acelerado, pero este proceso también tiene lugar en un mercado segmentado, donde las características de los nuevos empleos femeninos asalariados, igualmente alertan sobre una tendencia a la precarización del empleo formal para las mujeres. La mujer trabajadora enfrenta, con mayor frecuencia que el hombre, obstáculos tales como la interferencia de las responsabilidades domésticas, la segregación en el mercado de trabajo, la discriminación salarial, el desempeño en ocupación de menor calificación y la dificultad en el acceso a puestos de dirección.

“En la organización familiar, las mujeres siguen siendo las responsables últimas del trabajo doméstico, aunque su ingreso sea indispensable en la provisión del hogar. Los varones, por su parte, no pasaron de “ayudar” en este trabajo y su participación se da en una proporción infinitamente menor a la que se registra en términos de la participación pública de las mujeres.

De ahí que el balance para la región latinoamericana relativice el optimismo respecto de los cambios en la dinámica de las relaciones de género. Se observa además,

que en términos generales, los ingresos de las mujeres siguen siendo proporcionalmente menores, éstas deben hacer mayores esfuerzos para competir profesionalmente, se mantiene la doble jornada de trabajo, etc.”¹³

“Con la emergencia del movimiento feminista se privilegiaron los problemas que se refieren a la transformación de la división sexual del trabajo asociada a la dominación masculina.

La emergencia de un cuestionamiento explícito de la asimetría de la división sexual del trabajo, nítidamente percibida como forma de dominación masculina, es un fenómeno específico de nuestra sociedad. Esto no es casual y está relacionado al desarrollo del capitalismo. La industrialización no solamente divorció socialmente la producción de la reproducción, sino que también separó estas dos esferas de la actividad social en espacios físicos muy diferentes y distantes, creando de esta manera una forma específica de aislamiento femenino en la vida doméstica. En la bibliografía sobre la mujer se enfatiza el hecho de que el capitalismo opera sobre la división entre lo público y lo privado, excluyendo a la mujer de la esfera pública, y encerrándola en el ámbito de la casa, promoviendo así su subordinación. Pero esa constatación presenta apenas una cara de la moneda. Lo que ocurrió realmente fue la inclusión simultánea de la mujer en las dos esferas, la pública y la privada, de una manera muy contradictoria. De esa manera, la condición femenina comenzó a sufrir una ambigüedad (o contradicción) fundamental: la percepción de su igualdad en tanto individuo en la esfera del mercado y de su desigualdad en tanto mujer, anclada en la esfera doméstica de la reproducción.¹⁴”

Según la secretaría de Promoción Social de la Ciudad de Bs.As., en Argentina se estima que las mujeres representan entre un tercio y un 40% de la población económicamente activa. La distribución del empleo entre los diferentes sectores de actividad, generan diferencias notables en las tareas que realizan hombres y mujeres. La mayoría de las mujeres trabaja en el sector terciario de la economía (servicios), principalmente como empleadas de oficina y comercio así como en el servicio doméstico, mientras que los hombres se reparten de forma más regular en los diferentes sectores económicos.

¹³ Grassi, Estela; “La familia, un objeto polémico. Cambios en la dinámica de la vida familiar y cambios de orden social”. En Neufeld (comp) y otros; “Antropología Social y Política Hegemónica y Poder: El mundo en movimiento”; EUDEBA; 1999; pág. 111.

Género y Salud

El diagnóstico en el área de la salud que elaboró la Dirección General de la Mujer de la Secretaría de Promoción Social, en el marco del Plan de Igualdad de Oportunidades entre mujeres y hombres, en el año 2000, del Gobierno de la Ciudad de Bs. As., encontró que los problemas relevantes entre las mujeres eran la elevada mortalidad materna, las enfermedades y muertes por infecciones y tumores, el embarazo adolescente y el SIDA. En el terreno de la salud femenina se observa que incide especialmente la pertenencia a un determinado sector socio- económico y cultural.

Con respecto a la sexualidad, el tema puede ser encarado desde la perspectiva de los derechos humanos. La posibilidad de la mujer de regular su sexualidad y la capacidad reproductiva, implica el doble imperativo de que los otros (hombres) no se consideren dueños de ese cuerpo, y que la mujer tenga poder para resistir la coacción o la imposición por parte de otros. Esto implica el reconocimiento de derechos humanos básicos: derecho a la vida, a la libertad, etc. Una clara violación a estos derechos lo constituyen la imposición de métodos de anticoncepción (en el caso extremo, los quirúrgicos irreversibles) y su opuesto, la negación del derecho de contar con servicios de salud que aseguren la capacidad de control de la sexualidad y reproducción. Cuando se imponen estrategias reproductivas que poco toman en cuenta los deseos, la ausencia de educación y de medios para la planificación familiar, y los programas de control de natalidad semicompulsivos (programas de esterilización, distribución desinformada de anticonceptivos) se refuerza la visión de la mujer como objeto.

En cuanto a la familia, la enorme proporción de casos de violencia y maltrato demuestra que la misma tiene género: las víctimas son las mujeres dentro de la relación conyugal y las niñas (en menor medida los niños) dentro de la familia y como víctimas de otros adultos. Esta conducta se halla enraizada en las relaciones desiguales entre hombres y mujeres, en la jerarquía sexual, en la representación de la masculinidad por vía del dominio de la mujer. También ha aumentado considerablemente el índice de asesinatos de ex- esposas y ex- novias. Todo esto revela que aún persiste la creencia de que los hombres son dueños de las mujeres teniendo derecho a fiscalizar su vida y usar cualquier tipo de

¹⁴ Durham, Eunice; "Familia y Reproducción Humana". En Elizabeth Jelin, ed. "Family, Household and gender relations in Latin America"; Londres, Regan Paul International; 1991; Versión

fuerza para controlarlas.

En otro orden de cosas, los peligros medioambientales tienen un impacto desproporcionado sobre la salud de las mujeres debido a los efectos tóxicos de los productos químicos que ellas utilizan tanto en el hogar como en los lugares de trabajo, debido a sus tareas históricamente asignadas y mayoritariamente asumidas.

Género y Educación

En cuanto a la educación de las mujeres, se observa que aún con mayor educación, no todas las mujeres acceden y/o aspiran a entrar al mercado laboral. Las mujeres de la Capital Federal, poseen un mayor nivel educativo que las del Gran Buenos Aires. Aún en la Capital Federal el grupo de mujeres con Educación Superior y Universitaria que se integran al mercado laboral es menor que el de los hombres, lo que muestra que las mujeres por presiones de tipo cultural, a pesar de su preparación universitaria, no siempre logran acceder a dicho mercado.

“Es sabido que las tasas de actividad femenina han aumentado progresivamente. Sin embargo, si se compara con los niveles de educación alcanzados por las mujeres, éstas no parecen guardar estrecha proporcionalidad, pues si en términos generales puede decirse que las mujeres están siendo más educadas, las tasas de actividad indican aún, una menor presencia femenina en el mercado laboral”¹⁵

Castellano, pág. 27.

¹⁵ Grassi, Estela; “La familia, un objeto polémico...op.cit., pág 110.

CAPÍTULO III

LA MUJER CON DISCAPACIDAD FÍSICA

Como se ha visto en el capítulo anterior, las mujeres sufren, en general, de algún tipo de inconveniente asociado a las atribuciones correspondientes al género que poseen. Muchas de ellas cuentan con menos educación, menos inserción laboral, o poseen trabajos menos remunerados que los hombres, tienen más responsabilidades ya que recaen sobre ellas las tareas de producción (en el caso de las mujeres que trabajan) y las tareas domésticas y de cuidado de los hijos. A su vez, detentan más problemas de salud asociados al género, los hogares cuya cabeza de familia es una mujer son mucho más pobres y vulnerables, la pobreza se magnifica en las mujeres y les resulta más difícil salir de ella. Mucho del abandono y discriminación que sufren las mujeres con discapacidad se debe no sólo a la discapacidad sino también al sexo. Pero la desigualdad en materia de oportunidades, en el caso de las mujeres que poseen alguna discapacidad, magnifica los inconvenientes de ésta, y sufren así de una discriminación doble o múltiple por todas o algunas de las siguientes causas:

- son más pobres y desvalidas
- reciben menos alimentos
- son probablemente más analfabetas y no han tenido formación profesional
- están desempleadas
- disponen de menos servicios adecuados y tienen menos acceso a la rehabilitación
- tienen menos oportunidades de fundar una familia
- carecen del apoyo de una familia o de una comunidad (incluso de apoyo material, financiero y afectivo)
- los estigmas de la discapacidad, los mitos y los temores aumentan probablemente su aislamiento social.

Como ya se ha dicho en la introducción a esta tesis, las mujeres con discapacidad no han sido generalmente objeto de estudio. Existen muy pocas investigaciones disponibles acerca del curso y resultado de las enfermedades crónicas y de otras discapacidades que

afectan a las mujeres; y esto es debido a que, principalmente, en la mayor parte de los trabajos que existen sobre discapacidad, se excluye explícitamente a las mujeres o no se hace una separación de acuerdo con el sexo.

En consecuencia, "las limitaciones tanto físicas como sociales van de par con la mayoría de las discapacidades, incrementan la desigualdad de derechos y oportunidades de la mujer para participar en la vida económica, social, política, y recibir educación."¹⁶ En otras palabras, la desigualdad que existe en cuanto a los derechos y oportunidades de la mujer para participar en la vida económica, social, política y para obtener una educación; se une a las limitaciones adicionales, tanto físicas como sociales, que acompañan a la mayor parte de las discapacidades.

El Consejo de Rehabilitation International llegó a la conclusión de que las discapacidades físicas y mentales tenían repercusiones especialmente profundas en las mujeres que estaban afectadas directa e indirectamente por ellas.

Los sociólogos han hecho notar la doble discriminación que sufren las mujeres con discapacidad, tanto por su sexo como por sus desventajas físicas. "Esa discriminación es grave y muy extensa, en cuanto afecta todas las esferas de la vida: la educación, el empleo, la condición económica, el matrimonio y la vida familiar, la atención sanitaria y de rehabilitación."¹⁷

"Las mujeres con algún tipo de discapacidad más frecuente entre hombres reciben una atención sanitaria menos eficaz (que puede agravar su discapacidad), en parte debido a que casi no se hacen investigaciones sobre esos tipos de discapacidad en mujeres. Así pues, no se sabe si la discapacidad afecta en forma distinta, ni en qué medida, a la mujer y al hombre y si requiere servicios de rehabilitación de índole diferente para su tratamiento. Los ataques al corazón (infarto de miocardio) constituyen una ilustración notable de una discapacidad que es preciso investigar en relación con la mujer. Hasta hace poco, en algunas sociedades desarrolladas, más hombres caucásicos sufrían ataques al corazón que las mujeres caucásicas, y prácticamente todas las investigaciones emprendidas se concentraban exclusivamente en los hombres. Por supuesto, hay otro motivo para que esa investigación se haya centrado exclusivamente en los hombres: de ellos cabría esperar que

¹⁶ "Special Hardships of Disabled Women", por Rehabilitation International in UNICEF: Assignment Children, Primavera, 1980, números 49- 50, pág 11.

volvieran a un "empleo remunerado". Debido principalmente a los estereotipos sobre la función de los sexos y a lo difundido de la discriminación por motivos de sexo, todavía no se ha considerado universalmente a las mujeres como miembros activos de la fuerza de trabajo y, aún cuando hayan trabajado antes de su discapacidad, no se espera que vuelvan a trabajar."¹⁸

"Debido a los estereotipos vigentes sobre los papeles asignados a los sexos, según los cuales las mujeres con discapacidad tiene la posibilidad de optar por no trabajar y convertirse en amas de casa dependientes financieramente de sus maridos, muchas mujeres solteras, divorciadas o viudas que, aún estando gravemente discapacitadas, son cabeza de familia con niños a su cargo no perciben prestaciones de invalidez con la misma frecuencia que los hombres."¹⁹ Este hecho tiene graves consecuencias en la actualidad, donde han aumentado considerablemente las tasas de divorcio, separaciones y las situaciones de abandono del hogar conyugal por parte de los maridos, y cada vez un número más considerable de mujeres se convierten en jefas de familia. Ante esto, es necesario otorgar a las mujeres igual acceso a la rehabilitación profesional física y suministrar a las mujeres con discapacidad que sean cabeza de familia, prestaciones por invalidez o un nivel de asistencia pública que les permita hacer frente a sus necesidades y a las de su familia.

A su vez, no todas las mujeres discapacitadas tienen o quieren la opción de no trabajar o de dejar de hacerlo y depender financieramente de su familia; puede ocurrir que ellas deban asumir, con marido o sin él, la responsabilidad financiera de sus familias e hijos, por lo que es de vital importancia otorgarles el mismo nivel de oportunidades de obtener un empleo productivo que a los hombres.

Safilios-Rothchild menciona que muchas mujeres con discapacidad en todo el mundo deben hacer frente a una discriminación más que doble, ya que no sólo son mujeres y discapacitadas, sino también analfabetas, sin capacitación y pobres. Su invalidez y su sexo se unen a las escasas posibilidades que les ofrece la vida en materia de educación y capacitación debido a su pobreza. Su situación excede de los límites

¹⁷ Constantina Safilios-Rothchild, "Disabled Persons" Self-Definitions and their Implications for Rehabilitation, en Gary L. Albrecht (Ed), *The Sociology of Physical Disability and Rehabilitation*, Pittsburg, Pennsylvania: University of Pittsburg Press, 1976, págs. 39-40.

¹⁸ Exposición presentada por "Rehabilitation International", entidad consultiva del Consejo Económico y Social en la categoría II, 62º período de sesiones, Nueva York, 1977.

normales: se las discrimina sobre la base de estos poderosos motivos de discriminación, cada uno de los cuales basta para limitar las opciones y oportunidades de un individuo en la vida. Estas mujeres ven afectados sus derechos y pueden verse reducidas a la mendicidad.

Dado que la frecuencia de las enfermedades crónicas que causan invalidez tiende a aumentar con la edad, especialmente después de los 45 años, las mujeres cuya esperanza de vida es en promedio más larga que la de los hombres en la mayor parte de las sociedades (tanto desarrolladas como en desarrollo) tienen mayor probabilidad de adquirir una discapacidad. "Estas mujeres de edad madura, que a menudo son también viudas, separadas o divorciadas; son víctimas de una discriminación múltiple por motivos de sexo, edad, situación de invalidez y a menudo también pobreza, factores que interactúan y se agravan mutuamente. A menudo se ven virtualmente excluidas ya sea de la oportunidad de trabajar o de tener acceso a los beneficios de la rehabilitación, así como a otras formas de asistencia. Las mujeres aquí mencionadas deberían, en un planteo de equiparación de oportunidades, ser capaces de mantenerse económicamente por sus propios medios. Ello implica capacitación, oportunidades laborales, adaptación de puestos de trabajo, etc. Por otra parte, cuando la integración laboral no es posible, deberían contar con la contención de un adecuado ambiente familiar o de sustitución del mismo."²⁰

"Las mujeres y las niñas constituyen la mitad de la población mundial y un tercio de la mano de obra oficialmente registrada; cumplen casi dos tercios de las horas de trabajo, pero según ciertas estimaciones perciben sólo un décimo del ingreso mundial y menos de un centésimo de la propiedad en el mundo entero".²¹

Es necesario mencionar el vínculo directo que existe entre pobreza y discapacidad, lo cual se hace evidente si se tiene en cuenta que el 80% de las personas con discapacidad viven en países en desarrollo, y que 100 millones de personas en el mundo sufren de discapacidad debido a la malnutrición. Existe a su vez una correlación negativa entre la tasa de alfabetización de las madres y la tasa de mortalidad infantil, los hijos de madres analfabetas presentan una tasa de mortalidad de 132 (por mil) en las zonas rurales y de 81 en las urbanas, mientras que las cifras correspondientes para los hijos de madres

¹⁹ Lawrence D. Haber, "The Sociology and Social Psychology of Disability and Rehabilitation, New York, Random House, 1980, pág. 271.

²⁰ Exposición presentada por "Rehabilitation International"...op.cit.

²¹ "Women at Work", 1/1978, OIT, Ginebra, artículo editorial.

alfabetizadas eran de 90 en el campo y de 53 en las ciudades. Así se establece un nexo entre el nivel de instrucción de la madre y la frecuencia de trastornos de salud de los hijos, muchos de los cuales pueden derivar en una discapacidad de por vida.(datos obtenidos del artículo editorial "Situación de la mujer e invalidez", Naciones Unidas, 1985.)

*CAPITULO IV***DISCAPACIDAD Y PERSONALIDAD: FACTORES SOCIALES Y
PSICOLOGICOS- VIDA COTIDIANA**

Para dar respuesta a la problemática de la discapacidad física, como productora de determinadas pautas de conducta en relación con un determinado entorno social en el que se producen, existe la necesidad de establecer una diferenciación, entre el problema objetivo como un "hecho físico" y las influencias del medio ambiente en ese hecho. Necesariamente no se da el correlato de que a una discapacidad física le sigue un desajuste psicológico, esto dependerá de las experiencias de vida.

Con fines descriptivos se establecen dos grandes grupos de personas, aunque en la práctica, suelen darse muchas imbricaciones. En el primero se incluyen aquellas personas que poseen una discapacidad desde hace poco tiempo; el segundo se refiere a las personas con discapacidad desde épocas precoces de su vida.

“En las personas con discapacidad reciente suelen encontrarse situaciones de duelo agudo en las que se aprecian claramente las fases de protesta, desesperación y desligamiento. Existe una dificultad para aceptar su nueva situación, siendo frecuente la tendencia a culpar a alguien de lo sucedido. Amplían la incapacidad que la discapacidad les va a provocar, en función de profundos sentimientos de desvalorización y de modificaciones intensas en cuanto a la hora de percibirse. Se plantean serias dificultades en la relación con los demás, al nivel de su fantasía, y también se creen imposibilitados para una reinserción social semejante a la que tenían anteriormente. Del mismo modo, según la edad en que aparezca la discapacidad, habrá de tenerse en cuenta la repercusión que ella puede tener en el desarrollo de la personalidad. Si se toma, por ejemplo, el caso de una amputación de un miembro, es muy distinto que ésta se produzca en la infancia, en la adolescencia o en la vida adulta, ya que en los primeros casos existen funciones que no podrán adquirirse, cosa que no sucedería cuando ocurre a una edad más avanzada. Lo mismo puede decirse en cuanto a la repercusión de la discapacidad en las personas que rodean al que la posee, o la influencia de éstos sobre el discapacitado, siendo también significativa la existencia de dicha "amputación" en la vida de relación, pasando ésta por situaciones diferentes en las distintas edades que ya se ha señalado.

Se cree que estos aspectos se dan en cualquier persona que deba afrontar el hecho de convertirse de pronto en discapacitado, y conviene que sean tenidos en cuenta, ya que de la elaboración o no de este acontecimiento pueden derivarse repercusiones graves para su desarrollo ulterior, tanto en la faceta individual como en los ámbitos familiar y social.

A este aspecto común hay que añadir, en el momento de aproximarse a cualquier persona con discapacidad, un estudio detallado con el fin de tratar de llegar a un diagnóstico de la estructuración de la personalidad, ya que ésta incidirá de forma notable a la hora de aceptar o no el problema físico sufrido:

- Una personalidad inmadura e infantil, con fuerte tendencia a la sobreprotección, podrá utilizar la discapacidad como argumento para la satisfacción de este tipo de necesidades, tratando de que los demás enfoquen el tema como él y se preocupen de su problema como él mande.

- La personalidad obsesiva, en la que la tendencia a dominar y a controlar al otro es llamativa, puede usar la discapacidad en este sentido, culpabilizando a los demás en el caso de que traten de desobedecer las órdenes que dicta.

- Las estructuras paranoides encuentran una buena oportunidad para lamentarse de que son mirados de forma crítica por los otros, llegando a exhibir su discapacidad, a convencer a aquellos que lo rodean con sus razonamientos.

- En las personas con paraplejía, que con anterioridad a su lesión tenían una estructuración de la personalidad de tipo psicótico, suelen experimentar una compensación de su sintomatología melancólica o delirante al producirse el accidente, lo cual se manifiesta evitando al psicólogo, deseando no hablar de lo que les sucedió con anterioridad, considerando la enfermedad mental de entonces como pasada y refugiándose constantemente en la discapacidad actual. Otros, por el contrario, también efectúan una elaboración delirante de su lesión, considerándola como una prueba que Dios les envía o llegando a creer que ellos mismos son enviados de Aquél con misiones importantes para el resto de la humanidad.

En todos estos casos es imprescindible captar la existencia de estas tendencias que estaban en el sujeto antes de la discapacidad, con el fin de poder hacerle ver el uso que está haciendo de la misma. Se resalta este aspecto, ya que con cierta frecuencia se

reactivan estas tendencias en las situaciones de duelo mencionadas en este tipo de personas.

En la literatura especializada, con frecuencia se menciona la compensación de cuadros psíquicos a través del cuerpo, como sería el caso de lo descrito en el campo de la medicina psicosomática, de conflictos existentes en la esfera mental. También se señalan las influencias de lo corporal en lo mental, por lo que se ve la marcada interacción que existe entre el cuerpo y la mente. De ahí que ésta última debemos tenerla en cuenta siempre al encarar un proyecto que involucre a personas con discapacidad.”²²

Estudio de la Personalidad

No se puede afirmar que exista una personalidad distinta a cada tipo de discapacidad, pero sí se puede hacer la salvedad de no descartar la hipótesis de que cada discapacidad cree, o recree, ciertos tipos de conducta característicos aún contando con las diferencias individuales dentro de cada grupo.

Lo que sí se debe descartar es el prejuicio de la inexorable existencia de personalidad disminuida o desajuste psicológico por el hecho de darse una discapacidad. La personalidad de cada sujeto constituye un sustrato individual propio que deriva de la conjunción e integración de una serie de factores, los cuales pueden ordenarse en dos grandes grupos: físicos y psicológicos.

“Ante la discapacidad pueden darse diversas conductas como respuesta a un estímulo que se introduce en el organismo perturbándolo. Los valores sociales que comportan éxito son generadores de estima personal y social. Estos valores se establecen gracias a las funciones que el organismo opera con su medio: lenguaje, habilidad profesional, esfuerzo físico, independencia, etc. La captación del propio esquema corporal aumenta con la disfuncionalidad y como consecuencia, se alteran los niveles emotivo, psicológico y social al perderse las situaciones gratificantes que otorgaba el medio- interno y externo- con la totalidad orgánica normalizada. Dependerá de las distintas situaciones en que se dá la discapacidad con la personalidad del individuo, las cuales irán desde una regresión a aspectos infantiles de la vida individual hasta la psicosis, con una

²²Tesis de grado "La integración social del minusválido como proceso; única posibilidad para su completa rehabilitación"...op.cit.; págs.17 y 18.

rotura total entre el sujeto y la realidad, pasando por la negación, ansiedad, depresión, etc.; o bien habrá una adaptación normal a la discapacidad sin procesos psicóticos.

Con todo, ninguna variación física exige "necesariamente" un desajuste psicológico; así que la existencia de alteraciones emotivas de una persona con discapacidad no se debe exclusivamente a la discapacidad física, sino que intervienen además factores sociales. La relación entre la situación física y la conducta psicológica se establece por medio del nexo de los valores sociales en lo relativo a atributos físicos de la persona."²³

Sea cual fuere la reacción, lo cierto es que la persona con discapacidad pasa a experimentar situaciones psicológicas nuevas que tendrá que asumir.

Situaciones Psicológicas Nuevas

Puede decirse que situaciones psicológicas nuevas son "aquéllas que no están estructuradas en la experiencia del sujeto. En la situación antigua, las posibilidades conductuales se encuentran bien estructuradas, pues conoce los distintos objetivos (positivos y negativos) y sabe que conductas le acercan a unos y le alejan de otros. Esto no ocurre en las situaciones psicológicas nuevas, en las que se desconoce los distintos objetivos y los caminos útiles para acercarse a ellos.

De esta manera se puede comprender porqué la persona con discapacidad física tiende a padecer con más frecuencia e intensidad ciertos problemas de ajuste, ya que se encuentra con situaciones psicológicas nuevas que le plantean exigencias traumáticas.

Se pueden señalar tres tipos de "perfil de ajuste" que la persona con discapacidad adquiere según las circunstancias que concurran en el desarrollo de su personalidad:

a) rechazo del mundo físicamente normal y retiro a espacios vitales, relativamente pequeños, pero que dan seguridad. Aquí, los objetivos y aspiraciones se reducen a aquellos que pueden ser alcanzados en régimen de igualdad con otros de las mismas o parecidas circunstancias y características físicas.

b) rechazo del mundo del discapacitado aspirando al mundo de las personas físicamente normales, queriendo hacer las mismas cosas y de la misma forma que éstos últimos. Estas personas se perciben a sí mismas compartiendo muchas áreas de conducta

²³ Ibídem; pág. 19.

con los otros, pero en realidad se encuentran en una zona situada entre dos mundos, siendo lo más probable que el individuo se halle inseguro acerca de las fronteras que separan ambos mundos. Para mantener este perfil de ajuste, la persona deberá tener una alta tolerancia a la frustración.

c) no rechazan ninguno de los dos mundos (el de los discapacitados y el de los no discapacitados), sino que se sitúan en una amplia zona de confluencia entre ambos, compartiendo áreas de conducta de uno y de otro.”²⁴

Sin duda puede afirmarse que un perfil puede ser mejor que el otro, pero en cada caso individual habrá que tener en cuenta las circunstancias sociales, personalidad, aptitudes, etc., que harán a la persona con discapacidad descubrir sus propias necesidades y capacidades y emparejarlas con los perfiles de ajuste más adecuados para ella.

Factores psicológicos y sociales en las mujeres con discapacidad

"...las personas sanas ejercen una discriminación que menoscaba la calidad de vida de las personas con discapacidad. La mujer se sentirá marcada por las reacciones y sanciones de su familia, amigos, colegas y profesionales hasta que se le convierta en un problema serio, no sólo para afrontar los efectos físicos de su discapacidad, sino sus consecuencias sociales y psicológicas. Son estos factores los que producen una imagen negativa de sí misma".²⁵

"Las actitudes ante la discapacidad y la falta de comprensión que la circunda puede ser más invalidante aún que la propia discapacidad".²⁶ Esta declaración vale para todas las personas con discapacidad independientemente del sexo. Las actitudes, los hábitos y las normas sociales de la comunidad pueden convertir ciertas dificultades en verdadera discapacidad. Las consecuencias del baldón social de la discapacidad, psicológica y emotivamente, tanto como físicamente, pueden ser paralizantes para alguien que ya tropieza con dificultades causadas por la discapacidad que sufre. En cierto modo, todos somos responsables. Nuestra ignorancia, nuestras actitudes negativas o simplemente la

²⁴ Ibídem; pág.20.

²⁵ Jo Campling; "Mejores Vidas para las mujeres con Discapacidad", Virago, Londres, 1982, en Boletín Informativo de la UNICEF, pág.2

indiferencia pueden menoscabar la calidad de vida de estas personas, y así ocurre en realidad.

Las mujeres experimentan este rechazo mucho más intensamente que los hombres; ya que, como vimos con anterioridad, se le suma la discriminación que viven diariamente por su propio sexo, con lo cual quedan excluidas en muchos aspectos, y por la mayor sensibilidad que caracteriza al sexo femenino.

Modificación de la Imagen Corporal

Tanto en los países industrializados como en desarrollo, donde los medios de comunicación y la publicidad proclaman que hay que ser "joven, hermosa, sana y deportiva" en las actividades sociales y en toda la filosofía de la vida, los signos visibles de problemas físicos obligan a la persona con alguna discapacidad a volver a definir el concepto de sí mismo. Esa adaptación es especialmente dolorosa para las mujeres, debido a que en la mayoría de las sociedades se dá supremacía a la apariencia física. Con mucha frecuencia, la femineidad de las mujeres se mide por su belleza exterior y por lo tanto un cuerpo que no se ajusta al modelo propuesto puede imponerle a éstas una tensión psicológica muy grave. Una mujer que ha sufrido una discapacidad puede no verse impedida de ejercer funciones profesionales y/o sociales, pero la adaptación psíquica puede tener para ella consecuencias más desventajosas para su funcionamiento total como persona que su problema físico.

Las mujeres con discapacidad suelen tener dificultades para aceptarse a sí mismas y en ser aceptadas como seres con vida sexual, porque la imagen corporal es enormemente importante en este contexto. Por el mismo motivo, las personas sanas con frecuencia tratan a las discapacitadas como "asexuadas". Es evidente que se trata de un enorme error, pero como consecuencia de tales actitudes las mujeres con discapacidad se refugian en una especie de aislamiento social.

Suele considerarse la sexualidad de las personas con discapacidad como un tema secreto, aunque merece ser encarado con honestidad, sensibilidad y dignidad. La sexualidad de una mujer con un desajuste físico forma parte de su identidad tanto como la

²⁶ Norman Acton, Secretario General de Rehabilitation International, Extracto de "Locked out of Life", Boletín de la UNICEF, pág. 6.

de una mujer sana; ser objeto de deseo contribuye a desarrollar la autoestima, y amar y pensar que se es amada aumenta el sentido de su propio valor.

"Existe un común denominador en los problemas de las discapacitadas: la imagen de sí mismas. Muchas son las mujeres con discapacidad que no reciben del prójimo el interés que esperarían recibir porque la imagen que proyectan de sí mismas es desfavorable. Gran parte de los consejos que se da a las mujeres se refieren a mejorar su capacidad de percibir una actitud positiva hacia ellas tales como son"²⁷

Vida Cotidiana

Para finalizar el presente capítulo, y teniendo en cuenta que este trabajo apunta a conocer la situación de la mujer adulta internada en Instituciones, es necesario resaltar la importancia que posee para las personas la organización de la vida cotidiana.

Según Enrique Pichón Riviére, la vida cotidiana se manifiesta como un conjunto multitudinario de hechos, de actos, objetos, relaciones y actividades que se nos presentan en forma dramática, es decir, como acción, como mundo-en-movimiento. Son hechos múltiples y heterogéneos, de difícil clasificación.

Constituyen la cotidianeidad la familia en que nacimos, la que constituimos, la revista que leemos, la TV, el cine, el teatro, la cocina, la moda, los medios de transporte, el trabajo, el deporte, el sexo, el tipo de consumo, nuestra economía, la música que escuchamos, etc.

"Vida cotidiana es la forma de desenvolvimiento que adquiere día tras día nuestra historia individual. Implica reiteración de acciones vitales, en una distribución diaria del tiempo...

Se organiza alrededor de la experiencia, de la acción, del "aquí de mi cuerpo y del ahora de mi presente". La vida cotidiana nos muestra un mundo subjetivo, que yo experimento, pero a la vez ese mundo es intersubjetivo, social, compartido. Para cada uno de nosotros "mi mundo" es un mundo que vivo con otros."²⁸

El análisis de la vida cotidiana apunta a determinar de qué manera esa organización

²⁷ Daniels, Susan; "International Rehabilitation Review"; en Boletín Informativo de la UNICEF; 1987, pág.5

²⁸ Enrique Pichón Riviére y Ana Pampliega de Quiroga; "Psicoanálisis de la vida cotidiana"; Ediciones Nueva Visión; Bs.As.; 1985; pág. 13.

social y material de la experiencia de los sujetos promueve en ellos el aprendizaje, la salud mental, o por el contrario, se constituye en un obstáculo para una adaptación activa a la realidad, para el desarrollo de una relación dialéctica, de transformación recíproca entre el sujeto y el mundo.

CAPÍTULO V

CONTEXTO SOCIAL DE LA MUJER CON DISCAPACIDAD FISICA:

SITUACION SOCIAL, ENTORNO FAMILIAR Y COMUNITARIO

Aunque en toda comunidad existen personas con discapacidad, el mero hecho de que un integrante de la familia posea una discapacidad o la adquiera con posterioridad, puede crear gran ansiedad en el resto de los integrantes, aunque la discapacidad no sea particularmente grave. Por desgracia, con demasiada frecuencia, sigue prevaleciendo aún el principio espartano de conceder excesiva importancia a la capacidad física. Estas actitudes discriminatorias pueden tener graves consecuencias para el desarrollo de la persona con discapacidad.

A veces, incluso profesionales, se sienten desorientados cuando nace un niño/a con alguna discapacidad en su propia familia. Juristas, políticos, trabajadores sociales y otras personas directamente involucradas con los problemas de los discapacitados, caen de pronto en la cuenta de que durante su formación profesional no se les enseñó nada respecto de los problemas de las personas con discapacidad, legales y de otro tipo que plantean los mismos, especialmente los que se refieren a la mujer en particular. Es necesario el esfuerzo conjunto de la comunidad y de la sociedad en general, si se quieren superar tales actitudes.

Una de las formas de discriminación contra las personas con discapacidad, es la tendencia, que todavía persiste, a quitarlos de la vista enviándolos a una institución cerrada o a dejarlos en la casa, fuera de la corriente de la vida diaria. Esta actitud se debe a una falta de comprensión de la verdadera naturaleza de la discapacidad.

Es evidente que tanto la persona con discapacidad como su entorno, y la sociedad en general, necesitan una preparación especial para superar tales problemas. Con este propósito, ha de tenerse en cuenta, que a casi todos los discapacitados les queda alguna capacidad de rehabilitación. Si se desarrollan las capacidades presentes en la persona, tanto las físicas como las intelectuales, podrán alcanzar un alto grado de independencia, que supondrá a la vez menores obligaciones por parte de la familia y mejores expectativas

de integración social. Cabe destacar que se utiliza el término capacidades existentes en la persona y no el mentado concepto de capacidades residuales, ya que se considera que la palabra “residual”, alude a cualidades de segunda categoría, a “residuos” de capacidades, y no a posibilidades plenas.

Puesto que la integración de las personas con discapacidad tiene como objetivo una real inserción en su medio, se debe tener en cuenta un contexto social que va a actuar como facilitador u obstaculizador de tal fin.

Con la finalidad de analizarlo se abstraen los aspectos familiares, comunitarios e institucionales, que interactúan dinámicamente.

Entorno Familiar

El grupo familiar desea, como es natural, miembros sanos y normales. Si un integrante está afectado de un problema físico o mental, aún cuando no plantee un problema real en otros aspectos (por ejemplo, el hijo acude con normalidad a la escuela), puede quedar afectado el orgullo paterno. Aunque la aceptación de tales, incluídos los discapacitados graves, puede producirse muy pronto, se dan también casos en los que el rechazo se hace más prolongado dando a veces lugar a la innecesaria institucionalización, y es sabido que la mujer, por la sensibilidad que caracteriza a su propio sexo, tiende a sentir más profundamente ese rechazo, dando lugar a sentimientos de angustia que pueden repercutir intensamente en su vida adulta.

La autora del presente trabajo considera que si las actitudes del grupo familiar no se orientan adecuadamente, pueden constituir un obstáculo a la rehabilitación. Por ejemplo, algunos padres sienten la necesidad de proteger en exceso a sus hijos con discapacidad, y aún más a las niñas, ya que existe en la sociedad la idea generalizada de que la mujer es el sexo débil, a la cual debe protegerse de por sí, y mucho más si ésta sufre de algún problema físico. De esta manera, se podría hipotetizar que los padres les limitan así sus posibilidades de aprender a llevar una vida independiente, y cuando las niñas se convierten en adultas, los padres son ancianos o ya han fallecido, no poseen otra alternativa que internarse para que puedan seguir cuidando de ellas, ya que las actitudes familiares las convirtieron en sujetos pasivos de la sociedad.

"Se destacan dos actitudes que, aún siendo opuestas, en ocasiones pueden oscilar de una a otra en función de los sentimientos que despiertan en los que las practican. Nos referimos a la sobreprotección o el abandono a que este tipo de niños con frecuencia son sometidos. Cuando los padres son sobreprotectores, se considera al niño con discapacidad incapacitado para muchas funciones para las que realmente es normal. Esto da lugar a deterioros en el desarrollo que no deberán producirse, o a inhibiciones del mismo, por considerar que la ejecución de estas funciones supondría transgredir la norma que los adultos le imponen.

En edades más próximas a la adolescencia, este tipo de familias tratan de retener en su seno al hijo/a, siendo ello con frecuencia motivo de enormes conflictos. La independencia del adolescente puede alterar todo el pseudoequilibrio familiar existente hasta entonces, y de ahí que los diferentes miembros se resistan a concederla. Así, por ejemplo, una madre que ha convertido su vida, según ella dice, en un constante sacrificio por la permanente dedicación hacia su hijo/a, sufrirá al tener que dejar esta función que se ha convertido en lo que realmente da sentido a su vida. En muchos casos existe un mensaje contradictorio en el que por un lado se quejan de la actitud pasiva de la persona con discapacidad, de su falta de iniciativa, y manifiestan desear que éste sea una persona independiente, mientras que por otro lado, coartan sistemáticamente cualquier intento de independencia del sujeto. También es posible que se hayan estado eludiendo problemas en la relación conyugal, interponiéndose entre la pareja la patología del hijo, por lo que al disminuir las necesidades de éste y al no requerir tantos cuidados, se verán confrontados forzosamente entre ellos.

En muchas ocasiones, en la sobreprotección se halla un profundo rechazo, tratando de ser negado por la culpabilidad que provoca. En cuanto al abandono de este tipo de pacientes, es fácil pensar que son varios los motivos que pueden provocarlo: así, suelen argumentarse problemas sociales y económicos que si bien existen, en ocasiones son acompañados de sentimientos de rechazo. Estos sentimientos se provocan debido a la herida narcisista que supone tener un hijo con estas características o por creer- según algunas fantasías- que la lesión es el castigo infringido a comportamientos anteriores considerados por uno o ambos padres como incorrectos."²⁹

²⁹ Tesis de grado "La integración social del minusválido como proceso; única posibilidad para su completa rehabilitación"... op.cit.; págs. 37 y38.

Los padres pueden tomar- y generalmente toman- decisiones cruciales respecto a sus hijos con discapacidad. Por tal razón deberán estar bien informados acerca del problema, para evitar la toma de decisiones equivocadas que podrían afectar el futuro de su hijo/a. Deberán tener el apoyo de especialistas que los orienten.

Sin un programa de rehabilitación planificado y destinado a garantizar el desarrollo futuro de los niños con discapacidad, los padres pueden acabar sintiendo que toda la atención que han dado al hijo carece de suficiente valor social que, como en el caso de cualquier niño, consiste en la adecuada preparación para la vida adulta. Puede también ocurrir que la presencia de un hijo con discapacidad afecte a toda la relación familiar. Los padres pueden abrigar intensos sentimientos de culpa, y los demás hermanos sentirse celosos por la mayor atención que se ha dado a este niño.

"Merecen mención especial la relación que los hermanos de la persona con discapacidad tienen con él, así como las normas que sus padres dictan. Si la deficiencia es vivida con excesiva ansiedad cayéndose en el terreno de la sobreprotección, el resto de los hijos, con frecuencia, son los que sufren el abandono, viéndose incapacitados para pedir cualquier tipo de ayuda, ya que consideran que esto supondría sobrecargar a sus padres de problemas o que existe otra persona más necesitada. Así se crean profundos sentimientos de envidia y rivalidad, con la culpabilidad consiguiente, siendo necesario, a veces, un tratamiento psicológico adecuado.

En otras ocasiones, por el contrario, la persona con discapacidad se convierte en el depositario de los conflictos de los distintos miembros de la familia, asumiendo la función de "chivo expiatorio"³⁰.

La lesión física, si bien la posee sólo uno de los integrantes de la familia, repercute y llega a afectar al grupo familiar completo y a sus relaciones, tanto a las paterno- filiales como a las de pareja. Debe ser estudiado todo esto en detalle, ya que no siempre la persona en consulta es la que presenta mayores conflictos ni en la que el sufrimiento es más intenso.

Las instituciones encargadas de acoger este tipo de problemas, con frecuencia se ven convertidos en escenarios en los que se repite y revive lo sucedido anteriormente en otros medios. Conviene tener esto presente, ya que la actitud de la persona con discapacidad y sus familiares hacia la institución puede ser un dato de gran relevancia para el

conocimiento y manejo de la patología individual y grupal. Así pueden desplazarse todas las exigencias existentes entre ellos, efectuando los reproches que, por otro lado siendo evidentes, no se atreven a manifestar.

También puede suceder todo lo contrario, es decir, que adopten una actitud lastimera esperando encontrar la sobreprotección y el cuidado, confiando que al mostrarse de esta manera ninguno de sus deseos les serán negados.

A partir de lo expuesto se evidencia que el conocimiento de la dinámica familiar, es un elemento fundamental a tener en cuenta, durante el proceso de la rehabilitación.

Entorno Comunitario

Un buen entorno familiar es el factor más importante para el desarrollo de la persona con discapacidad. Sin embargo, cuando una familia asume la responsabilidad de atender a un hijo con alguna discapacidad, necesita de la cooperación de varios servicios comunitarios. La finalidad no sólo es aligerar el trabajo, sino también organizar la asistencia de modo adecuado y en conformidad con los requisitos de la rehabilitación a largo plazo. Los servicios comunitarios de apoyo se organizan para que los discapacitados puedan seguir viviendo con sus familias.

En las zonas rurales, así como en las zonas marginales y barrios periféricos de las grandes ciudades, muchos padres ni siquiera conocen la existencia de servicios especializados tales como fisioterapia, aparatos protésicos, etc. Algunas mujeres con discapacidad de tales zonas no reciben ni han recibido nunca ningún tipo de tratamiento, no concurren o concurren a la escuela, y por lo tanto quedan marginadas.

Las actuales circunstancias comunitarias, incluso en los países desarrollados, no son por lo general, muy favorables a la rehabilitación de las personas con discapacidad. Este hecho no se debe sólo a la escasez de servicios y de personal calificado, sino también a la falta de adecuados medios de transporte, inaccesibilidad a las escuelas y lugares de recreo, a la inexistencia de programas para mujeres confinadas en sus hogares y a otras deficiencias semejantes.

³⁰ Ibidem., págs. 38 y 39.

Entorno Institucional

Es esencial una buena información acerca de las disposiciones jurídicas relativas a las personas con discapacidad. Por tradición, las mujeres suelen ignorar las disposiciones legales relativas a su situación con más frecuencia que los hombres. Convendría que grupos u organizaciones no lucrativas contribuyan a informar a las mujeres con discapacidad acerca de sus derechos tanto a nivel nacional como local. La situación difiere de un país a otro e incluso dentro de un mismo país, por lo que toda información acerca de las disposiciones jurídicas relativas a los discapacitados debería ser proporcionada en forma sencilla y fácilmente comprensible.

Las disposiciones legales deberían beneficiar por igual a hombres y mujeres y tener en cuenta la situación particular de las mujeres con discapacidad, y convendría reforzar las disposiciones jurídicas existentes. Por ejemplo, una cosa es que la ley explicita que debe emplearse a las personas con discapacidad, y otra cerciorarse de que los patronos les den empleo.

La legislación actual relativa al bienestar de las personas con discapacidad, y de las mujeres en particular, deja todavía mucho que desear. A medida que se va tomando mayor conciencia del problema, para cambiar la situación son necesarias la acción de la comunidad y la presión política. Esta tarea es especialmente difícil en países como el nuestro, en que los sistemas de seguridad social son limitados, pero existe la esperanza de que éstos se amplíen para ofrecer una mejor atención a las personas con discapacidad.

Con respecto a la seguridad social en particular, en años recientes se ha venido prestando cada vez más atención a la difícil situación de las mujeres que trabajan en el hogar, imposibilitadas de reclamar una pensión por invalidez a la seguridad social, al convertirse en discapacitadas permanentes como resultado de enfermedad o accidente. Esta desgraciada situación proviene del hecho de que:

- a) tradicionalmente, la mayoría de los programas de seguridad social respecto de las pensiones de invalidez son en realidad sistemas de seguro social, lo que significa que el derecho a la prestación depende directamente de la duración del empleo asalariado o por cuenta propia;

- b) las personas que reclaman una pensión por invalidez a la seguridad social deben cumplir con los criterios impuestos por el sistema para la invalidez.

*CAPITULO VI***INTEGRACION**

La integración es la incorporación de un individuo o grupo de individuos en la comunidad a la cual pertenece por medio de la reforma de las actitudes, valores y conducta de los diferentes actores involucrados. "Se daría en el momento en que existiera una situación personal adaptativa de manera que no se suscitara contradicciones esenciales entre el individuo y el grupo integrador, bien sea por coincidencia de intereses o por satisfacción de necesidades de amplio espectro.

Es precisamente, en esta última idea de satisfacción de necesidades donde se desarrolla el fenómeno de la integración: una necesidad o un deseo es originado por la privación y se caracteriza por una especial probabilidad de respuesta. Una situación de privación tiende a ser sustituida en el organismo por una situación de saciedad; entonces hablamos de necesidad cubierta. Cuando existe una necesidad, la cantidad de respuestas aumenta, y el control de la conducta se origina en el momento en que una de las respuestas es reforzada positivamente y las respuestas no deseadas se refuerzan negativamente o no se refuerzan. Un organismo cualquiera aprende mediante esta práctica las respuestas que se le exigen."³¹

Todos necesitamos este esquema de satisfacción de necesidades para la integración; pero ajustando dicho esquema a la integración de la persona con discapacidad, observamos que éste tiene además otra variable- la discapacidad- que va a determinar los procesos de integración. En el caso del sujeto "normal", ante el modelo apuntado, responde "normalmente", pero ¿cómo puede responder un sujeto para satisfacer sus necesidades si está disminuido en algunos aspectos y eso afecta su capacidad de respuesta?. Se trata de una variable que modifica las otras o las cambia absolutamente.

"Las necesidades de un individuo vienen determinadas por su estado fisiológico y por sus interrelaciones con objetos y personas. Las variaciones en cualquier zona de las estructuras orgánicas hacen presentarse impulsos de distinto rango y signo, debido a su última relación dialéctica de las partes con el todo (Colodrón, 1969). Para cada necesidad existen muchos objetivos adecuados y grados de satisfacción. Su elección dependerá de

los valores culturales, de la capacidad biológica, de la experiencia personal y de las oportunidades que proporcione el medio ambiente. Allí donde falten objetivos adecuados el individuo buscará su satisfacción en otros sustitutivos, que llegarán a convertirse en objetivos primarios. El desarrollo y los cambios de un individuo reflejarán sus experiencias de satisfacción de impulsos" ³²

El tema de INTEGRACIÓN fue tratado por organismos internacionales, en diferentes momentos históricos; 1981 fue considerado el "Año de los Impedidos" de acuerdo con la Declaración de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 1975. A manera de contribución al Año Internacional de los Impedidos, en el 14º Congreso Mundial de Rehabilitación de Winnipeg, Canadá, se presentó lo que hoy se conoce como: "Carta para los Años '80".

Los objetivos a los cuales se hace referencia en dicho documento son los que a continuación se transcriben:

I – Impulsar en cada nación un programa que prevenga tantos casos de deficiencia como sea posible y asegurar que los servicios preventivos necesarios estén al alcance de cada familia y cada persona.

II – Asegurar que toda persona discapacitada y toda familia que tenga un miembro discapacitado disfrute de todos los servicios de rehabilitación, apoyo y asistencia que se necesiten para reducir los efectos minusvalidantes que puede acarrear la discapacidad, y para posibilitar a todos una vida plena y un papel constructivo en la sociedad.

III – Dar los pasos necesarios para asegurar la máxima integración posible y la participación igualitaria de las personas discapacitadas en todos los aspectos de la vida de su comunidad.

IV – Difundir información sobre las personas que padecen alguna discapacidad y su potencial y sobre la discapacidad, su prevención y tratamiento, para asegurar los conocimientos y la toma de conciencia pública de estos problemas y de su importancia en cada sociedad.

La integración guarda relación con la eliminación de todo tipo de barreras que separe a una persona de otra por una característica constitutiva de uno u otro, en referencia

³¹ Tesis de grado "La integración social del minusválido...op.cit; pág. 23

³² Ibidem; pág 24.

a una discapacidad.

Mediante la integración se tiende a la activa participación de una persona con discapacidad en la comunidad de la cual forma parte.

La integración se opone a cualquier tipo de segregación, no propugna un desarrollo por separado de una persona con discapacidad. Segregación y discriminación son conceptos que trascienden lo meramente teórico; a pesar del rechazo que generan ambos términos, en la práctica cotidiana es dable observar cómo sectores de la población, por prejuicios o ignorancia, consideran que la persona con una discapacidad debe lograr un desarrollo por separado respecto a las personas consideradas normales.

La integración debe partir de la desintegración mental de conceptos que existen en cada uno. El hecho de marginar a una persona por una carencia, llevaría a marginar a otra por una religión, a otra por un color, a otra por una idea y a otra porque sí.

La persona con una discapacidad sufre de una falta de integración dentro del grupo que se considera "normal". Por eso la integración debe atender al trabajo con ese individuo y su comunidad. De nada vale el trabajo de intentar integrar una persona a una comunidad si no se realizó un trabajo con ese grupo, con esa comunidad.

Para facilitarla, además, debe trabajarse sobre la solidaridad social, entendida como la posibilidad de establecer redes vinculares no solamente entre grupos primarios sino también sobre la comunidad, informando permanentemente las características de la integración, proporcionando encuentros y demás técnicas a criterio del profesional interviniente.

-¿Qué es estar integrado?

Una persona integrada ocupa un espacio, desempeña un rol social, realiza acciones tendientes a la satisfacción de sus necesidades. Forma parte activa de un proceso de socialización que incluye el trabajo hacia afuera para ser reconocido y respetado en tanto su condición de persona perteneciente a una comunidad.

Para considerar que una persona está integrada hay que evaluar el cumplimiento de una serie de variables como participación, libertad, justicia, solidaridad.. En la medida que se cumplan estos principios respecto a una persona con discapacidad, se podrá decir que la integración se cumple.

Se está integrado, además, si la persona es protagonista de su propia experiencia, si se respeta su singularidad, en definitiva, si es partícipe en la realización de su proyecto de vida, logrando una apertura de la comunidad de la cual forma parte a través de la eliminación de todo tipo de barreras.

La integración no debe pasar por lo puramente académico, debe abarcar todos los aspectos de la vida de esa persona. El desafío consiste en transformar además, a partir de la integración, al medio, a fin de eliminar prejuicios y actividades segregatorias. Lo que hace significativo a una persona con discapacidades no es su característica peculiar, sino la respuesta específica del medio hacia ellos; ese presupuesto es una de las ideas a superar a través de la integración.

Integrar significa agrupar aquello que está separado del resto; considerando la situación de las personas con discapacidad, la integración consistirá en que esas personas sean consideradas como parte constitutiva de la sociedad.

-Fundamento Sociológico.

Desde que nace el hombre es un ser social. Se necesita permanentemente la interrelación con el otro. No existe posibilidad de crecimiento personal si no es a través de la relación con el entorno. El hombre es parte integrante de una comunidad, comparte costumbres, influye y es influido por la cultura, su vida se constituye sobre la base de la relación con el otro. La integración, desde ese punto de vista, esta fundamentada en la necesidad de toda persona de formar parte de un grupo, de una comunidad. La persona con discapacidad, en esta concepción, debe participar en su comunidad, ser reconocido y aceptado. El considerar que toda persona tiene el derecho de insertarse en su comunidad permitirá eliminar todo tipo de barreras que impidan la integración plena. Que cada persona desempeñe funciones de acuerdo a sus posibilidades contribuirá a lo apuntado.

-Fundamento Psicológico.

El hombre es un ser único e irrepetible, tiene características distintivas que lo diferencian del resto; cada persona tiene una personalidad que lo determina. La personalidad según Gordon Allport, sería la totalidad de los sistemas psicofísicos que,

organizados dinámicamente, determinan los ajustes únicos del individuo al medio.

Lograr que el hombre adquiriera una personalidad sana, dependerá tanto de su propio bagaje, como de los estímulos externos, que recibe a lo largo de su vida. En aquellos casos de personas con discapacidad, la integración permitirá fortalecer el proceso de socialización, adquirir conductas espontáneas, revalorizar la autoimagen, entre otras cosas; acciones todas destinadas a que la personalidad pueda organizarse de la mejor forma, lo que le permitirá además insertarse plenamente en la comunidad, participando activamente.

-Fundamento Pedagógico.

“La labor educativa, como la reunión de solidarios esfuerzos para llevar al hombre a que alcance su plenitud, ha de asentarse en una concepción del hombre como persona, que es el resumen final, que engloba todos los otros conceptos inherentes al ser viviente y que se concreta definitivamente cuando se da en comunidad con los otros hombres.

La educación, el mundo y la vida humana forman una trilogía conceptual indisoluble y no se concibe la comprensión y movilidad de una sin la penetración de las otras.”³³

La integración escolar de una persona con discapacidad tiende a la formación personal, a que el alumno pueda explotar al máximo sus potencialidades y a que pueda ser él mismo el creador de su proyecto de vida, entendiendo por proyecto de vida la capacidad de percibirse a sí mismo como un ser convocado para elegir un modo de presente y una propuesta de futuro en coincidencia con sus posibilidades y su propio ser, por tanto elegir una forma de estar en el mundo.

Existen personas diferentes con necesidades diferentes, pero todas deberán tener las mismas posibilidades de recibir educación. En la medida en que la integración se cumpla, en lo posible en el momento más temprano, la persona con discapacidad podrá participar activamente en las diferentes actividades de su comunidad, contribuyendo a vencer las barreras que separan a los grupos por sus diferentes características.

La integración debe plasmarse en la realidad, en la cotidianeidad.

Integración al Sistema Educativo Común

³³ Fernández, P.; Rímoli, V.; Tesis “Socialización e Integración del Deficiente mental leve....op.cit.; pág. 55.

Intenta favorecer la presencia física de la persona con discapacidad en la estructura escolar, sobre todo, posibilitarle el descubrimiento de sí mismo y la conquista de su propia autonomía.

“La integración escolar no significa el cierre de los centros especiales para insertar a las personas con discapacidad en escuelas comunes. Significa mas bien, la transformación de los centros escolares para adaptarlos a la filosofía de socialización que subyace bajo el concepto "integración".

La integración escolar de las personas discapacitadas tiene como finalidad llevarlas a cumplir, en forma dinámica y participativa, con su proceso de formación personal, a aceptar sus limitaciones y revalorizar sus posibilidades y, por consiguiente, a elaborar su propio proyecto de vida, entendiendo por proyecto de vida la capacidad de percibirse a sí mismo como un ser convocado para elegir un modo de presente y una propuesta de futuro en coincidencia con sus posibilidades y su propio ser, por tanto, elegir una forma de estar en el mundo y esta elección solo será posible si el discapacitado es incorporado, desde el más temprano momento, a todo el quehacer social mediante un sistema de integración que derribe las barreras de la incompreensión y viabilice las de la aceptación.

Ha de tenerse en cuenta que los beneficios que tanto la educación en general, como el sistema educativo en particular, pueden aportar al proceso de prevención de las discapacidades, y de rehabilitación y equiparación de oportunidades e integración para las personas con limitaciones, no constituyen actos o mecanismos espontáneos o automáticos. Un alumno con discapacidad ni mejora ni supera sus problemas actuales o futuros por el sólo hecho de quedar matriculado o concurrir a un establecimiento educativo, sea este común o especial. Para que así ocurra es necesario proceder a un replanteo de los ejes y principios rectores en los que se apoya la calidad de la educación, y la obtención de una educación de calidad para los requerimientos individuales y sociales a la que está destinada. El sistema educativo lleva sobre sí la pesada responsabilidad asignada por la comunidad de representar una de las principales vías de socialización e integración. Ello otorga a la escuela en general, y a sus niveles iniciales y primario de manera fundamental, el carácter de patrimonio común a todos los sectores de la sociedad, donde cada miembro realiza su primera y más extendida actividad integradora desde un marco institucional. Así

se explica la consagración universal del derecho a la educación de todos los niños, más allá del tenor o magnitud de sus eventuales limitaciones."³⁴

"En muchas sociedades resulta difícil convencer a la gente de que las mujeres necesitan instruirse. En los países en que escasean los recursos, con frecuencia las niñas no tienen la oportunidad de ir a la escuela o deben abandonarla para ayudar en la casa o en el campo. Como consecuencia de ello, casi dos tercios de los analfabetos en el mundo son mujeres. Por lo tanto es mucho más difícil convencer a la gente de que las mujeres con discapacidad deben recibir instrucción y formación profesional. Con frecuencia se subestiman las aptitudes de las muchachas y las mujeres con alguna discapacidad, y se las orienta hacia actividades profesionales por debajo de sus posibilidades reales. Por ejemplo, se da por sentado que una mujer en silla de ruedas trabaja mejor con las manos. Pero una mujer que no puede caminar puede ser también una buena abogada, programadora o música. Debido a la concepción de los papeles tradicionales en la sociedad, no se alienta mayormente a las mujeres con discapacidad a seguir instruyéndose, ni siquiera ante el hecho de que casi siempre se tendrán que mantener por sí mismas."³⁵

Uno de los principales obstáculos a la instrucción y formación profesional de las mujeres con discapacidad es la falta de instituciones o servicios de rehabilitación adecuados. Pero los discapacitados en general no siempre necesitan formación especial. Con frecuencia pueden participar muy bien en programas destinados a la población en general si dispone de edificios accesibles, de medios de transporte y si la actitud de los "válidos" no los desalienta o les impide participar. No cabe duda de que para lograr su plena integración social hay que hacer todo lo posible para facilitar y alentar la participación de los discapacitados en los programas normales de instrucción y de formación profesional, reservando las instituciones especializadas a los casos absolutamente necesarios. Aún así, esas instituciones deberían tener por objeto principalmente ayudar a los niños con discapacidad a desarrollar las competencias necesarias para su posible integración en un sistema escolar normal, en la fuerza de trabajo corriente y en la vida cotidiana de la comunidad.

³⁴ Ibidem; pág.55.

³⁵ Boletín de las Naciones Unidas, "Educación de la mujer inválida", Parte III, pág. 7.

Integración Laboral

Tiene tanta importancia como la integración escolar, son dos facetas de una misma realidad que se complementan mutuamente.

La integración laboral es el factor determinante de la autonomía personal. Los procesos de adaptación y aprendizaje tienen como fin primordial, la integración del individuo al sistema productivo. Sin un puesto de trabajo no se es adulto, sin una remuneración adecuada no se es independiente. En un país con un 18% de desocupación, la situación personal de desempleado durante un tiempo prolongado, reduce la integración y conduce a la marginación.

Las personas con discapacidad, los profesionales en contacto con ellas, y quizás cada vez más toda la sociedad, debieran saber, que la marginación del individuo con discapacidad pierde su razón de ser cuando la persona consigue un puesto de trabajo. Si el mismo es adecuado a su hándicap, a su formación profesional y a sus necesidades económicas, la persona con discapacidad se siente partícipe del entorno en el que vive.

“El mercado de trabajo en una economía capitalista es rígido: la demanda viene determinada por el desarrollo demográfico, conociendo el número de nacimientos en un año se puede saber casi con exactitud la demanda de puestos de trabajo que se van a producir en dieciséis o veinte años más. La oferta de trabajo fluctúa continuamente puesto que depende de factores tales como: los beneficios empresariales, el volumen de las inversiones, los niveles de financiación, la estructura de las empresas, la reconversión industrial, el nivel de desarrollo tecnológico, el índice de productividad, el número de horas trabajadas, el nivel de exigencia de las reivindicaciones laborales, el mercado exterior, etc.

El empresario no quiere compromisos de contratación estables, y con un ejército de reserva más que suficiente incrementa sus exigencias de calificación y de polivalencia en los procesos de selección.

La persona con discapacidad, con su hándicap congénito o adquirido, necesita un período más dilatado de adaptación y aprendizaje. Ha pasado una gran parte de su etapa escolar en instituciones sanitarias o reciclando su retraso, tiene dificultades de acceso a las

instituciones escolares o de capacitación laboral, por lo que para conseguir una igualdad de oportunidades con el resto de la población, o se dispone de medios económicos familiares, o se exige que la sociedad cubra las carencias: para ello están las instituciones privadas (sin fines de lucro) que generalmente incluyen dentro de su personal estable personas con discapacidad."³⁶

"Las personas discapacitadas en general, y las mujeres en particular suelen encontrarse desempleados, o trabajando por muy poco dinero. Considerando las tendencias generales de la sociedad, puede calcularse con probabilidad que las mujeres con discapacidad perciben ingresos todavía inferiores. La discriminación contra las mujeres en el mercado de trabajo es sin duda algo más pronunciada contra aquellas con problemas físicos. Cada vez se reconoce más que el mercado de trabajo es menos favorable hacia las mujeres casadas o con menores calificaciones. ¿Cuál será el número de las mujeres discapacitadas que no pueden encontrar trabajo (ni siquiera a tiempo parcial o por salarios inferiores)?, debe ser considerable en todas las sociedades. Las estadísticas existentes revelan que la situación en materia de empleo de las mujeres parcialmente discapacitadas es bastante cercana a la de las mujeres sin discapacidad. Ello indica que la mujer como trabajadora sufre de inconvenientes distintos de los que reconocen formalmente la política, la legislación y las instituciones sociales. En otras palabras, el tradicional reparto de papeles entre los sexos en el mercado de trabajo es más decisivo que una discapacidad.

Se ha observado que las mujeres con problemas físicos suelen recibir menos aliento e incluso menos formación y gozan de menos oportunidades de empleo que los hombres con el mismo problema físico. Ello significa sin duda alguna que la discapacidad en la mujer afecta más gravemente su capacidad como ser humano"³⁷

Integración Social: la integración familiar y la resolución de aspectos residenciales

³⁶ Tesis de grado "La integración social del minusválido como proceso; única posibilidad para su completa rehabilitación"...op.cit.; pág.12.

³⁷ Boletín de las Naciones Unidas, "Las inválidas y el trabajo", Parte III, pág. 13

Trata de asegurar la permanencia de la persona con discapacidad en su propia familia o de ofrecerle una institución de tipo familiar. Además de ser una exigencia y un derecho del individuo, constituye el presupuesto del desenvolvimiento integral de la persona humana y la garantía de la posibilidad participativa de toda forma de actividad social.

Naturalmente, pueden existir muchos grados de integración social, desde los superficiales e infrecuentes contactos hasta la profunda interacción regular, participación válida y sentimientos de pertenencia al mismo grupo. La verdadera integración social significa que se es igual a los demás en términos de recursos, standart de vida y participación. Participación significa aquí, una participación como ciudadano activo en los asuntos políticos y económicos de la sociedad. Se podría decir que esta clase de integración es utópica, pero esto no tiene nada que ver con la discapacidad, sino que tiene que ver con la naturaleza de la sociedad.

“La integración social tiene por propósito la creación de una sociedad para todos, en la que cada persona, con sus propios derechos y responsabilidades, tenga una función activa que desempeñar. El concepto incluye la capacidad de las personas de vivir juntas respetando plenamente la dignidad de cada una de ellas, el bien común, el pluralismo y la diversidad, la eliminación de la violencia, la solidaridad, y la capacidad de participar en la vida social.

Una sociedad integrada es aquella en la cual la población se comporta según patrones socialmente aceptados, y existe un ajuste entre las metas culturales, la estructura de oportunidades de que se dispone para alcanzarlas y la formación de capacidades individuales para aprovechar tales oportunidades. El mejoramiento de las oportunidades de integración social se logra modificando, entre otros factores, las condiciones de empleo, ingresos, vivienda, y educación, de los sectores excluidos, y con el fortalecimiento de las redes sociales de apoyo (basadas en el apoyo mutuo, el concurso de las organizaciones de no gubernamentales y entes descentralizados del gobierno), y políticas públicas sectoriales del área social.”³⁸

³⁸ Fernández, P.; Rímoli, V.; Tesis “Socialización e Integración del Deficiente mental leve....op.cit.; pág. 54.

CAPITULO VII

PRINCIPIO DE NORMALIZACION, VIDA INDEPENDIENTE Y **PROGRAMA DE EQUIPARACION DE OPORTUNIDADES**

En la segunda mitad de este siglo, una corriente del pensamiento político y técnico opta por la presencia de las personas con discapacidad en los espacios sociales comunes. La dialéctica histórica de facilidades y obstáculos sociales se manifiesta ahora en un movimiento propiciatorio y promovedor de la apertura social. El fenómeno se configura en función de varias propuestas ideológicas de participación y equiparación.

La primera iniciativa se manifestó formalmente mediante una ley danesa de 1959, que institucionalizó la política de normalización para las personas con deficiencia mental, apuntando al objetivo de conseguir una vida lo más normal posible para la gente con deficiencia mental. Pero debieron pasar años para que esto llegara a concretarse; sólo actualmente se pudo conocer tanto sus formulaciones ideológicas, como sus realizaciones.

La *normalización*, consiste en el derecho que tienen las personas con discapacidad a vivir de acuerdo a las pautas y condiciones comúnmente aceptadas en que se desenvuelve la vida de cualquier persona de su edad, adecuando los ambientes. Consiste también en que los servicios que se le prestan impliquen el mínimo grado posible de limitación, intrusión o apartamiento de esas pautas y condiciones de vida. Ello significa que las personas con discapacidad han de ser tratadas por las agencias y servicios antes como personas que como personas con discapacidad, y que deben ser libres para ejercitar el más alto nivel de autonomía personal compatible con su capacidad para entender los riesgos y consecuencias de sus elecciones.

La conciencia normalizadora aprecia potencialidades que deben ser desarrolladas mediante la educación y el entrenamiento, que permitirán ciertos grados de autonomía en las tareas de la vida diaria, de actividad laboral, de emancipación residencial y de independencia en las relaciones personales y familiares. No se descartan apoyos especiales para la intervención habilitadora y para la expresión personal de los individuos, pero se procura utilizar las posibilidades de los recursos de uso común. Se propugna que la

sociedad normalice la presencia en su seno de dichas personas y asuma sus derechos y desenvolvimiento.

En cuanto a la *vida independiente*, o "independent living", como se lo llama en el país en el que se inicia, Estados Unidos, se puede describir como un movimiento que nace a finales de los años '60 y que prosperó principalmente en su país de origen y Escandinavia. Sus protagonistas son grandes afectados por deficiencias físicas y también ciegos. La referencia negativa de que parten coincide sustancialmente con la de los normalizadores: tradicional derivación a centros asilares de los afectados por deficiencias graves, con el subsiguiente bloqueo de sus vidas y de sus personalidades. Frente a esta situación de dependencia, se reivindica la vida independiente, en un sentido moral: capacidad personal de elegir y de llevar a cabo las elecciones. Esta filosofía comporta una rehabilitación orientada a la autonomía personal.

Sin embargo, en aquellas personas afectadas de grandes deficiencias físicas, la recuperación de capacidades puede no llegar a permitir el autovalimiento mecánico, de modo que se plantea la necesidad de ayuda personal; para que la misma no hipoteque la deseada independencia espiritual, dicha ayuda debe prestarla un asistente bajo las órdenes del usuario, no un protector tutelar. En todos los casos deben proveerse prestaciones económicas para financiar la ayuda de terceras personas. Por lo demás, la ideología autonomista desarrolla iniciativas de autoayuda y de reivindicación política orientada a la adopción de medidas de apoyo económico y de accesibilidad social.

El movimiento pro vida independiente está teniendo una influencia notable en las áreas citadas y en foros internacionales, como Naciones Unidas. En cambio, su extensión es relativamente escasa en otros territorios diferentes a los citados, así como en otras discapacidades, distintas de la física, - como la mental- , y en otras categorías de dependencia, como la ancianidad. Se interponen a esta propuesta las obvias dificultades económicas y contradicciones culturales que existen en nuestro país, y en toda la región de Latinoamérica. Cabe pensar, además, que el propio movimiento se haya creado él mismo algunos obstáculos por su ostensible rechazo de los actores tradicionales de la atención a la discapacidad, así como por ciertas pulsiones monopolísticas de alguno de sus líderes.

Con respecto a la *equiparación de oportunidades*, éste es un argumento formulado por Naciones Unidas en el párrafo 12 de su programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad:

"Equiparación de oportunidades significa el proceso mediante el cual el sistema general de la sociedad -tal como el medio físico y cultural, la vivienda y el transporte, los servicios sociales y sanitarios, las oportunidades de educación y trabajo, la vida cultural y social, incluidas las instalaciones deportivas y de recreo- se hace accesible para todos."³⁹

La equiparación de oportunidades concierne, sobre todo, al entorno de la persona con discapacidad. El objetivo que posee es de carácter intermedio y no final; no se trata de una meta que implique tal o cual desarrollo o estado de las personas con discapacidad, sino de ciertas condiciones de su entorno material y moral. Es, por tanto, instrumental y, puede ser útil tanto a la normalización como a la vida independiente. "Creo que la idea equiparadora llega al texto de las Naciones Unidas principalmente por el lado del movimiento de vida independiente, pero resulta compatible y funcional con el principio de normalización y con la ideología integracionista. La equiparación de oportunidades es así, propicia al consenso ideológico; cualidad importante, presumo, para su asunción por Naciones Unidas".⁴⁰

Frentes de la Equiparación de Oportunidades

Tanto la prevención de deficiencias como la equiparación de oportunidades están llamadas a ejercerse en cualquier caso en que se detecten riesgos para la primera u obstáculos para la segunda. La acción equiparadora posee una pluralidad de frentes. En primer lugar, el relativo a la vida familiar y personal; debe promoverse que los menores con discapacidad puedan vivir en familia, lo cual lleva a reducir el aislamiento en casos extremos y a franquear el acceso de niños con discapacidad a los servicios comunes para la infancia, convenientemente apoyados. En algún caso puede que se necesite de servicios especiales de atención temprana. Las familias requieren de apoyo, como ayuda

³⁹ Transcrito de la versión española del Real Patronato de Prevención y de Atención a las Personas con Minusvalía, Madrid, 1988, en Demetrio Casado, "Ante la discapacidad, Glosas Iberoamericanas", Colección política, servicios y Trabajo Social, Ed. Lumen, Bs As, Argentina, 1995, pág.129.

⁴⁰ "Ante la Discapacidad, Glosas Iberoamericanas", op. cit., pág. 130.

domiciliaria o centros especializados, y ante la falta o falla de la familia de origen, se debe contar con familias acogedoras.

En lo que respecta al desarrollo personal, el individuo con discapacidad no debe ser objeto de restricciones ajenas al principio de responsabilidad en la expresión de su ser: relaciones personales, vivencia y práctica religiosa, arte, recreación, cultivo personal, vida social y política. En esta perspectiva, llegada la edad apropiada, deberá contarse con las condiciones posibilitantes de opciones como la vida autónoma o la creación de una familia. La más tradicional reivindicación equiparadora versa sobre el medio físico socializado. La persona con discapacidad que decide vivir en forma autónoma debe encontrar infraestructuras que se lo permitan: edificios accesibles a usuarios de sillas de ruedas, semáforos sonoros para ciegos, teléfonos con pantalla para la comunicación de personas sordas, etc. Estos son sólo algunos ejemplos de las mil batallas que han de librarse para lograr la accesibilidad arquitectónica, urbanística, del transporte y las comunicaciones.

Existe además, el frente de la utilería común. Al respecto, Demetrio Casado opina que "es evidente que las personas con discapacidad encontrarán limitadas sus oportunidades de desenvolvimiento personal por una miríada de útiles diseñados al margen de sus capacidades. La acción equiparadora debe ocuparse de que las monedas no sean tan chicas que resulten imposibles para manos artrósicas. Igualmente debe proporcionar libros, cuadernos, bolígrafos usables por quiénes tienen dificultades manipulativas. Los ciegos necesitan cassettes cuyas caras estén identificadas mediante signos en relieve. A los deficientes mentales les convienen camisetas en las que se distinga fácilmente el frente del dorsal. El diseño, tan seducido ahora por la estética, ha de recordar que la utilería debe hacer honor a su denominación....

"...Paso del medio físico al simbólico, en el que riesgos sin cuento acechan a las discapacidades sensoriales y del entendimiento. Para salvarlos es menester, como mínimo, que la información colectiva sea accesible en sus signos y en sus significados. Los libros, además de manejables, han de estar impresos de forma que resulten legibles. Los sordos necesitan que el lenguaje de signos pueda ser utilizado en sus actuaciones públicas, así como que se emitan noticias en "teletexto". Las personas con retardo mental sólo pueden hacer efectiva su formación para la deambulaci3n autónoma si disponen de un sistema de

indicaciones urbanas claro y estable. Es de especial importancia que la información atinente a las personas con discapacidad (desde un diagnóstico hasta una guía de accesibilidad) sea material e intelectualmente asequible."⁴¹

En cuanto a los servicios de uso colectivo, los mismos deben ser accesibles, y también sus prestaciones. Una persona con problemas cardiovasculares debe encontrar en un restaurante platos saludables, también deben poseer cartillas de menús en braille para las personas no videntes. Los bancos y cajeros automáticos deberían ser utilizables sin ayuda desde una silla de ruedas, sólo por citar algunos ejemplos.

Por supuesto que existen también los frentes de la educación, el trabajo y la cultura. En el primero, el ideal de igualdad de oportunidades lleva el derecho universal de los alumnos a la escuela, así como a que la educación se estructure de modo que pueda desarrollarse en régimen de integración. Para unos habrá que quitar escaleras y para otros adaptar las currículas, los niños ciegos o con problemas auditivos requieren de apoyos técnicos (grabaciones especiales) y humanos (compañeros de apuntes). En el segundo caso, se puede decir lo mismo que en la educación. El derecho universal al trabajo obliga a franquear la entrada de esta función a las personas con discapacidad mediante la adaptación de las condiciones del ejercicio laboral. Para las personas con problemas físicos que no puedan acogerse a la misma, se arbitran medidas de trabajo protegido, lo cual entra en el polémico capítulo de la discriminación positiva. Queda, por los demás, un pequeño sector de afectados graves por la discapacidad que no cuentan con la posibilidad de iniciar una carrera productiva o de continuarla.

Se ha mencionado aquí el tema de la discriminación positiva compensatoria, el cual merece especial atención. El concepto pertenece a Jacques Stiker, y se refiere al hecho de que la instauración de políticas sociales constituiría la confesión del fracaso de la integración democrática. Históricamente las personas con discapacidad han tenido dificultades para ser admitidas en el círculo de las relaciones sociales ordinarias, y no se trata sólo de la opresión de una organización social con un sistema de base liberal, capitalista, segregativa, excluyente, sino de la existencia de sistemas de pensamiento invariantes relativos a la enfermedad. No existe cultura que no haya elaborado una visión o antropología de la enfermedad. "La enfermedad constituiría un desviacionismo social (Parsons), puesto que retira al individuo de su rol activo y productor. La sociedad

⁴¹ Ibidem; págs. 132, 133.

industrial, liberal, enfatiza el trabajo y el rendimiento y descalifica a quienes no son capaces de contribuir a la economía sana de la colectividad. Se define a la minusvalía como la restricción de actividades debido a la organización social contemporánea que no tiene en cuenta a las personas con deficiencia y las excluye de la participación en las actividades sociales principales”.⁴²

Al conjunto de la discriminación positiva se lo podría interpretar en el sentido que las personas con discapacidad estarían ubicados en un umbral, entre dos status de validez: ni rechazados ni plenamente aceptados; ni separados ni integrados. Su presencia provoca molestia al perturbar la quietud de la sociedad. Los talleres protegidos serían un ejemplo típico de ello.

En la sociedad existen modelos de diferenciación y de asimilación para considerar la alteridad. El primero es un modelo jerárquico, “las diferencias se reconocen y pueden ser aceptadas pero se sitúan en escala de posiciones y valores desiguales; lleva a estar juntos en un sistema de sometimiento. Una variante es la yuxtaposición, que implica cierta tolerancia, en el sentido de acomodamiento; ni someter ni inferiorizar, pero no es posible integrar, que cada uno se quede en su lugar, destruyendo la posibilidad de un espacio común”⁴³. Por otro lado, el modelo de la asimilación es un modelo normalizador. “Parte de la innegable existencia de las diferencias y la innegable universalidad de la humanidad. El otro no puede ser más que otro yo mismo, reconociendo la igualdad, valores y objetivos comunes...

...El riesgo de este modelo es no advertir las diferencias. Pretendiendo una fuerte integración, puede denegarse la particularidad del otro.”⁴⁴ Queda a consideración de los lectores la siguiente pregunta ¿Qué modelo ha adoptado nuestra sociedad?

Por supuesto que los talleres protegidos, que han sido el ejemplo tomado para definir a los dispositivos de la discriminación positiva, constituyen un espacio que asiste y protege a las personas con discapacidad, pero es necesario crear un espacio compartido de acceso común, compensando la debilidad que tienen algunas personas y poniendo a su disposición lo que necesitan para ser tal cual son en un espacio común.

⁴² Grupo de Trabajo sobre la problemática de la discapacidad; Amelia Dell’Anno comp; “Discapacidad y Educación en la perspectiva de la diversidad”; capítulo de Amelia Dell’Anno: enfoques sobre participación social de la persona con discapacidad; síntesis del artículo de Henri-Jacques Stiker, “Quand les personnes handicapées bousculent les politiques sociales”; Serie Cuaderno de Discapacidad y participación Social- Nro 2; Universidad Nacional de Mar del Plata; Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social; Mar del Plata; año 2002; pág. 46.

⁴³ Ibidem; pág. 46.

Jacques Stiker dice: **"Es necesario desespecializar los espacios especializados y re especializar los espacios comunes"**⁴⁵

Demás está decir que quiénes trabajan recibirán las remuneraciones correspondientes. Para quiénes obtienen por dicha vía rentas insuficientes y, sobre todo, para quienes no trabajan, se plantea el problema de la distribución de los ingresos. Un punto de vista corporativista propone que se facilite a las personas con discapacidad las prestaciones económicas necesarias para su desenvolvimiento autónomo. Un enfoque universalista, como ha de ser el que sirva para la equiparación de oportunidades, añade que esto debe resolverse por los medios generales arbitrados para complementar rentas bajas, sustituir las cesantes o suplir las inexistentes. Propiciar un régimen particular de pensiones para resolver un problema que ciertas personas con discapacidad comparten con jóvenes y adultos desempleados y con niños y ancianos sin recursos sería privilegio contrario al espíritu de la equiparación de oportunidades. "Cuando las personas con discapacidad comprenden que no deben trabajar en cualquier condición, cuando reclaman reconocimiento y dignidad, cuando plantean el problema de la distribución de la riqueza, ¿no hacen otra cosa que llevarnos nuevamente a los fundamentos indispensables de una sociedad democrática y humana?"⁴⁶

En el caso de la cultura, se deben crear las condiciones que faciliten el logro de la excelencia por artistas con discapacidad para el ejercicio de ciertas disciplinas culturales. Una cosa es que no se corte el paso a las manifestaciones artísticas de las personas con discapacidad, por ejemplo, ejerciendo la música, la pintura o la fotografía, pero hace falta cierta ayuda para que pueda ejercerse. La gracia para la danza no se ve anulada por las limitaciones motrices, pero su expresión requiere coreografías adecuadas, para ejemplificar lo expuesto.

⁴⁴ Ibidem; pág. 46.

⁴⁵ Ibidem; pág. 47.

⁴⁶ Ibidem; pág. 47.

CAPITULO VIII

**EL ENTORNO INSTITUCIONAL: LA INTERNACIÓN, LA
DESINSTITUCIONALIZACION Y LA ASISTENCIA DE MANTENIMIENTO**

La convivencia, fruto en gran medida de la solidaridad y comprensión humana, es el primer bien, el gran bien, del que se ha privado frecuentemente a las personas con discapacidad y a los ancianos. La mayoría de las veces, como respuesta consciente o inconsciente de una estructura social que ha postergado y marginado a cuantos, se pensaba, no podían formar parte del engranaje económico- social, y las mujeres, más aún con discapacidad, se hallaban doblemente excluidas del sistema productivo.

La institución cerrada y segregada ha sido un recurso de la sociedad para prestar atención a estos grupos de personas sin advertir que las soluciones institucionalizadas de esta naturaleza, perjudicaban la convivencia y agigantaban las limitaciones.

Debe considerarse por un lado la convivencia en el grupo familiar y por otro la institucionalización en centros que tratan de ofrecer una respuesta integral. Estos no son modos de atención contrarios sino distintos, complementarios. Mientras que la convivencia familiar, ofrece solución a quienes encuentran la continencia adecuada, la institución posibilita respuestas a las mujeres con discapacidad que viven solas, o que han sido abandonadas por su familia, o que padecen un síndrome invalidante, que les impide llevar una vida independiente. Se señala que debe existir un denominador común a cualquier tipo de atención que se preste: la posibilidad de integración, y el ofrecimiento de una calidad de vida adecuada. Dar techo, comida y brindar atención sanitaria no es suficiente. Los discapacitados físicos que acuden a un centro, tienen derecho a ser algo más que meros objetos. Todos ellos deben tener un programa individual de recuperación e integración social, en el que se tenga en cuenta todas sus posibilidades de recuperación: médica, psicológica, pedagógica, laboral y social, sin olvidar los aspectos lúdicos o de ocupación de su ocio.

Los aspectos médicos, de recuperación y mantenimiento funcional son importantes. Puede haber una fisioterapia recuperadora o de mantenimiento, pero siempre que sea posible habrá que organizar esta actividad física subrayando los aspectos lúdicos o deportivos. Es mejor jugar a la pelota, ping- pong-, nadar o realizar una clase de gimnasia

colectiva incluso acompañados de música, que repetir ejercicios monótonos. La creatividad y la imaginación tienen que enseñar los nuevos caminos.

En cuanto al aspecto psicológico de los residentes, se observa que muchos de ellos pueden arrastrar problemas de personalidad por una discapacidad de infancia o por desarraigos familiares o sociales que les han llevado a optar por la internación. En algunos casos los desajustes de personalidad pueden llegar a trastornos psiquiátricos; aquí la moderna psiquiatría tiende a evitar las internaciones crónicas en centros psiquiátricos. Busca los tratamientos de apoyo, los hospitales de día, la recuperación social. La persona con discapacidad física, que además posee una patología psiquiátrica no puede ser atendido establemente en un psiquiátrico por carecer éste del personal necesario para su atención física. En un centro de atención a personas con discapacidad física tampoco, ya que podría desestructurar la residencia. Únicamente en los momentos en que la alteración psicológica está estabilizada en un número porcentualmente pequeño y asumible por la residencia, con un personal instruido y con apoyo de otro centro de referencia capaz de asumir al discapacitado físico cuando se descompensa, puede abordar un problema que existe y no se puede ignorar.

Pero no todos los problemas psicológicos acaban con lo expuesto. Hay un trabajo directo, individual y en grupo con los residentes que debe realizar el profesional de la psicología prestando los debidos apoyos. Se debe trabajar con la emotividad muchas veces dañada de los residentes, integrar una sexualidad presente, sobre todo en los jóvenes.

El campo del psicólogo no se agota únicamente con esto. El personal que trabaja en la residencia en todos sus estamentos, necesita un reciclaje continuo para saber interpretar y dar respuesta adecuada a los problemas interpersonales que constantemente surgen. Sólo se llegará a una situación madura cuando las personas con discapacidad adultas que viven en la institución sean capaces de reivindicar y defender sus derechos y asumir sus obligaciones por sí mismos.

Con respecto al aspecto pedagógico, en el mundo de los discapacitados casi siempre fracasa la formación, porque la misma en el adulto debe tener siempre una referencia al trabajo y en las personas con discapacidad rara vez se da.

La educación permanente de adultos, o la utilización de los estudios a distancia, son alternativas que se debe trabajar en la línea de un enriquecimiento personal motivado.

En lo que se refiere al trabajo, todo residente apto para trabajar debe tener su propio programa de empleo y su tiempo de dedicación al ocio, de manera que su vida diaria se normalice al máximo. Para ello hay que estudiar la creación de centros ocupacionales o centros especiales de empleo en los que las personas con capacidad de realizar trabajos y ser productivos, los realicen.

Todo este programa, tiene que ir muy bien engarzado con un programa social para que si desde el centro se encuentra camino a alternativas laborales fuera del mismo, se realicen, y la residencia se convierta en vehículo para la integración y normalización.

El programa social que debe implementarse, debe buscar las alternativas de salida a otras posibles formas de vida: incorporarse a la familia o formar una nueva, residir con amigos, etc. Los contactos con el exterior, a través de actividades, deben estar fomentados en todos los niveles, para lo que es imprescindible que la residencia esté adecuadamente ubicada y comunicada en red. El área social y el área recreacional deben trabajarse en estrecha colaboración para llegar a un funcionamiento correcto.

Est última área es la columna vertebral que invade a todos los programas anteriores. Sirve para, desde el descubrimiento de las aficiones y gustos de cada uno, reencontrar el sentido de la vida. No se trata tanto de realizar actividades como de apoyar a la persona con discapacidad a descubrir que puede optar, que puede elegir, que puede ser libre, relacionarse, y en definitiva, que puede ser persona.

Una alternativa diferente: la desinstitucionalización

Ya desde el final de la Edad de la Ilustración pueden encontrarse indicios de la tentativa de dar vida a formas asistenciales alternativas, al margen de lo institucional.

“Partiendo de las tan discutidas instituciones de beneficencia cristiana, los reformadores del siglo XVIII prefiguraron en primer lugar la existencia de un derecho del ciudadano a la asistencia por parte del Estado. La manifestación de este derecho se concretó en institutos (hospitales de pobres), pero al mismo tiempo, comenzaron a aflorar otras tendencias. En la Revolución Francesa surgió el Comité de Mendicidad, que otorgó concesiones de trabajo a los pobres, constituyó grupos de ciudadanos para el desarrollo de una especie de asistencia a domicilio y puso en funcionamiento toda una serie de instrumentos destinados más a la prevención que al confinamiento de los mendigos.

Hoy la intervención alternativa a la tradicional presenta características diferentes según el medio socio- cultural en el que se desarrolla. Aún no están consolidadas las tradiciones de solidaridad y el nivel de participación de la comunidad es bajo cuando no inexistente. Por ello, la intervención alternativa pierde parte de su fuerza y amenaza con convertirse en una modalidad parainstitucional en la que cambia el aspecto externo, pero se mantienen sus tradicionales connotaciones asistenciales y marginatorias.

Otra amenaza que puede conducir al fracaso de este tipo de intervención, obedece a un planteamiento poco aproximativo de los países que lo han intentado. El mismo no se ha basado en el conocimiento profundo del caso concreto, ni ha existido una exacta valoración de las implicaciones operativas de la desinstitucionalización, ni en la preparación de estructuras idóneas. Está demasiado subordinado a la mera transposición de modelos que, aún siendo válidos, proceden de contextos muy diferentes.

El entorno socio- cultural es decisivo cuando se trata de dar el alta a personas cuya internación está basada no tanto en la gravedad de su discapacidad, sino en situaciones familiares, económicas y sociales profundamente difíciles y disgregadas. Existen otros factores condicionantes que están muy vinculados a condiciones de viabilidad: presupuesto, conocimiento exhaustivo del caso individual, conocimiento de la comunidad y su sentido de la solidaridad para garantizar la reinserción.

Es muy vasta la gama de soluciones concretas, tendientes a lograr una "vida autónoma". Un instrumento de frecuente utilización, que puede extenderse a casi todas las categorías de marginados, que no pueden vivir en familia, es la denominada comunidad educativa, la cual se manifiesta en diferentes formas: comunidad- albergue, residencias para grupos, grupos familiares.

Estas diversas modalidades tienen como característica principal común a todas ellas, la constitución de un pequeño grupo de composición homogénea (sólo discapacitados) o heterogénea (discapacitados, menores abandonados, ancianos) no superior a las ocho o diez personas que da lugar a una vida de relación en el interior de una vivienda en el contexto social normal del barrio. Los diversos tipos de forma que asume la comunidad educativa están determinados por la presencia continua o intermitente de educadores, profesionales o voluntarios. Pueden ser: comunidad educativa terapéutica con gestión

directa de la administración del centro o comunidad albergue con gestión directa de los residentes."⁴⁷

Junto a estas formas de intervención tendientes a evitar internaciones se sitúa la asistencia domiciliaria. Esta desarrolla una doble función: previene el alejamiento de la familia enfrentándose a diversas dificultades de la vida cotidiana y constituye uno de los instrumentos más válidos de apoyo a la política de desinstitucionalización.

La organización del servicio domiciliario suele ser competencia municipal. Las posibilidades que ofrece no siempre pueden aprovecharse al máximo. La falta de personas y recursos financieros obliga a las entidades públicas a contener las iniciativas; la consecuencia es que sólo una parte de los estratos menos acomodados de la población (por ejemplo un número muy limitado de personas con discapacidad y ancianos) resulta asistida, siendo que debería generalizarse en todos los ámbitos de la asistencia socio-sanitaria. Resulta ser que, en los países pobres, como lamentablemente es el nuestro, lo que se hace relativo a la discapacidad es fundamentalmente asistencia.

La función asistencial es particularmente necesaria en las sociedades pobres justamente porque el escaso despliegue de la prevención, la rehabilitación y la equiparación de oportunidades apenas les resta ningún caso. Es una ley general: cuando no se invierte para evitar o atenuar problemas, se acrecientan las necesidades de mantenimiento.

"La asistencia a la gente con discapacidades graves es un recurso de mucho juego en los países pobres. Y hemos visto que, en los países ricos, la asistencia de mantenimiento es ampliamente demandada...es asunto fallado que la asistencia prestada mediante los tradicionales centros de servicios plenos debe ser evitada. Se suele aducir, como causa principal de este descarte, el conocido efecto del "hospitalismo", es decir el deterioro psíquico y físico que el régimen de internado tradicional genera. Frente a este antecedente hemos de propugnar la asistencia basada en el seno de la comunidad.

La opción preferente ha de ser, claro, un régimen de asistencia que permita al usuario de la misma mantener un modo de vida común: residiendo en su domicilio, saliendo a estudiar o trabajar fuera del mismo, con posibilidad de relaciones sociales ociosas externas, etc. Pese a estos estereotipos, quién más ha contribuido y contribuye a

⁴⁷ Tesis de grado "La integración social del minusválido como proceso...op.cit.; pág.50.

este régimen es la propia familia. Al lado de ella hay que recordar la opción de la familia de acogida. Otro recurso es el asistente. Y no hay que descartar los servicios colectivos."⁴⁸

Pese a todo lo desarrollado anteriormente, no debemos olvidar que, no obstante, la atención institucionalizada tiene sentido y es necesaria. Lo importante será establecer programas de promoción humana, de participación y de integración, para que el pretexto de una rehabilitación y asistencia tecnológica no cueste el precio del aislamiento, del olvido, de la marginación y de la no convivencia

⁴⁸ Demetrio Casado, "Ante la discapacidad, Glosas Iberoamericanas..." op.cit.; págs. 143 y 144.

CAPITULO IX

EVOLUCION DE LAS INSTITUCIONES Y LA REHABILITACION,

PROCESO HISTORICO SOCIAL

PROTECCION JURIDICA

Partiendo del concepto sociológico de sociedad global, marco dentro del cual se insertan las instituciones, se incluyen el conjunto de normas jurídicas vinculadas directa o indirectamente a la rehabilitación de la persona con discapacidad.

“En este momento histórico, caracterizado como “etapa de transición”, la teoría sociológica ha utilizado, para analizar el proceso de cambio global, dos tipos de sociedades opuestas: la tradicional y la industrial. En esta tipificación, ha de considerarse origen y destino, respectivamente, de un proceso de transición. Tiene aplicación dos concepciones distintas, adscriptas a cada tipo: en la sociedad tradicional impera el criterio de beneficencia unido al de riesgo profesional, en tanto que en la sociedad industrial rige el principio de solidaridad unido al criterio de riesgo social.

Originalmente las causas de la discapacidad, en las sociedades tradicionales, eran enfocadas con criterios estrictamente individualistas y de beneficencia: el problema no atacaba la responsabilidad de la comunidad sino solamente la del grupo afectado, que reaccionaba solidarizándose con los pertenecientes a él aportándoles su ayuda filantrópica.”⁴⁹

Según Puig de la Bellacasa, existen diversas categorías de trato y respuestas que la sociedad ha brindado a las personas con discapacidad, a saber:

- **“El modelo tradicional** que se refiere a la actitud mantenida de manera tradicional por las sociedades, que asigna un papel de marginación orgánico- funcional y social a las personas con discapacidad porque las ubica en un sitio marcado permanentemente entre los atípicos y las clases pobres, con un denominador común signado por la dependencia y el sometimiento.
- **El paradigma de la rehabilitación** donde el problema central es el individuo con sus deficiencias y dificultades, y donde es imprescindible rehabilitarlo psíquica, física o sensorialmente por equipos interdisciplinarios que controlan el proceso de

⁴⁹ Tesis de grado "La integración social del minusválido como proceso; única posibilidad para su completa rehabilitación"... op.cit.; págs.63 y 64.

rehabilitación, donde además, el éxito es medido por la cantidad de destrezas o nuevas habilidades que sea capaz de adquirir el individuo bajo este proceso.

- **El paradigma de la autonomía personal** que nace prácticamente a mediados de la década del '70 íntimamente relacionado con aspiraciones de tipo social y que, como su nombre lo indica, apunta a la autodeterminación de la persona para decidir su propio proceso de rehabilitación, proceso que además debe ir acompañado de la eliminación de cualquier tipo de barrera para brindar una adecuada equiparación de oportunidades con los demás componentes de la sociedad consideradas "peyorativas", debido al afán impetuoso de miles de personas pertenecientes a cientos de organizaciones a través del mundo que, a mediados de este siglo, iniciaron un camino lento pero firme en pos de determinadas reivindicaciones sociales y que con marcada lógica, comenzaron a poner en tela de juicio la forma como eran denominadas.⁵⁰

"En nuestro país, en 1901 se funda la Liga Argentina de Lucha contra la Tuberculosis; en 1913 el Patronato de Leprosos; en 1943 la Asociación de Lucha contra la Parálisis Infantil y en 1952 el Centro de Rehabilitación para niños lisiados (Mar del Plata). Todas estas instituciones, más otras numerosas que también se crean entre 1900 y 1956, participan de varias características comunes: nacen como entidades privadas, sin fines de lucro, que desenvuelven su actividad en beneficio de sectores limitados, con recursos también limitados a los aportes que la propia entidad pueda recaudar, y su orientación es predominantemente médica apuntando a la solución de problemas individuales.

Por otro lado, en 1915 se sanciona la ley N° 9688, de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, que prescribe la obligación patronal de indemnizar los accidentes y enfermedades ocurridos a sus empleados y obreros con motivo y en ejercicio de la ocupación en que se los emplea.

Entre los años 1901 y 1955 no se registra la creación de instituciones, incluidas normas legales, que no participen de las características señaladas precedentemente y que corresponden, en general, al modelo de sociedad tradicional, con la única excepción, quizás, de la ley N° 13926, que establece un sistema de trabajo y créditos para ciegos. La

⁵⁰ Puig de la Bellacasa R.; "Conceptos, Paradigmas y Evolución de las Mentalidades sobre Discapacidad"; Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalías; Madrid; 1987.

fecha de sanción de esta ley (1950) y el hecho de que no haya tenido aplicación práctica, hacen dudar sobre su verdadero carácter de excepción a la generalidad del período. El mismo concepto debería aplicarse, probablemente, al proyecto de creación del instituto de Rehabilitación de Inválidos que en 1947 programó el entonces Ministerio de Salud Pública.⁵¹

Con el nacimiento de la actividad industrial y su tipo de organización aparece la cobertura de los riesgos laborales que se funda, inicialmente, en la responsabilidad del empleador y luego la que origina el trabajo en sí. Este otro elemento complementa el anterior para configurar el enfoque del problema en la sociedad tradicional.

El desarrollo y modernización de las sociedades contemporáneas, especialmente las llamadas industriales, apareja otra clase de riesgos. A los accidentes y enfermedades laborales se suman, en la actualidad, una serie de riesgos derivados de la vida en las modernas y tecnificadas sociedades actuales: toda la gama de accidentes que se denominan civiles (de tránsito, de hogar, etc.) y las enfermedades congénitas o adquiridas, y las derivadas de la tensión de la vida moderna, frente a los cuales la comunidad reacciona en un todo, dando nacimiento a las instituciones de rehabilitación y seguridad social, impulsadas por el principio de solidaridad.

La Argentina, como país integrante del continente latinoamericano, responde a las características generales del contexto continental.

En 1956 comienza una nueva etapa que se extiende hasta estos días y que se podría caracterizar como de transición del modelo tradicional al de sociedad industrial.

“Con motivo de la epidemia de poliomelitis de ese año, las instituciones comienzan su proceso de cambio. La mayor de ellas, el Estado, reacciona creando la Comisión Nacional de Rehabilitación del Lisiado (decreto Ley 9276 del 23 de mayo de 1956), la que organiza y pone en ejecución diversos establecimientos en los que el tratamiento y, más aún, la consideración del problema del lisiado comienza a tener un nuevo enfoque, que acentúa su sucesor institucional, el servicio Nacional de Rehabilitación (Ley 18384 del 1 de octubre de 1969) como ser: consideración del problema a nivel global - lisiado, luego discapacitado, y no ciego, sordo, etc., por lo menos a nivel teórico- y de la responsabilidad de la comunidad reflejada en la intervención del Estado, en el abordaje del aspecto

⁵¹ Tesis de grado "La integración social del minusválido como proceso; única posibilidad para su completa rehabilitación"... op.cit.; págs.65 y 66.

socioeconómico del área (creación, por ejemplo, del Centro de Rehabilitación Profesional).

La legislación, a su vez, discurre por caminos paralelos: se sancionan el decreto ley 7604/57 que modifica parcialmente la ley 9688, introduciendo la obligación patronal de facilitar asistencia médica y farmacéutica al accidentado y proveerle aparatos de prótesis y ortesis; la Ley 15924 (año 1961), que instituye el Crédito Nacional de Ayuda al Lisiado; la Ley 18910 (1970), que con el decreto 3177/71 organizan el sistema de pensiones por invalidez; la Ley 19279 (1971), que otorga una contribución para adquirir automóviles para lisiados; la Ley 20881 (1974), que acuerda a los menores disminuidos, psíquica o mentalmente, derecho a viajar gratuitamente por razones de estudio; la Ley 20475 (1973), que establece la jubilación ordinaria para minúválidos; la Ley 20888 (1974), de jubilación ordinaria para ciegos, y la Ley 20923 (1974) que instituye un sistema de trabajo para discapacitados.”⁵²

La Ley Provincial 9767 y la Ley Nacional 22431 (1981) decreto 498 (1983) organizan un sistema de protección integral para discapacitados, tendientes a asegurar atención médica- educación- seguridad social, así como a conceder franquicias y estímulos que permitan en lo posible neutralizar la desventaja. En las primeras jornadas de Acción Social sobre la problemática de la Discapacidad, el tema de discusión se centralizó en que el discapacitado siempre trata de superarse, es parte de su meta diaria para poder sentirse útil, es una necesidad que lo acucia constantemente y cuando obtiene su logro - que generalmente es con mucho sacrificio-, se plantea nuevas metas. Las conclusiones sobre este tema fueron que la Secretaría de Estado de Salud Pública no puede dictaminar en estos casos que tipo de actividad laboral o profesional podrá desarrollar el discapacitado, sino que tipo de actividad no debe desarrollar y que puede afectarle con posterioridad para su futuro.

“Otra temática abordada se refirió a que muy pocas obras sociales afectan sus partidas para contemplar prestaciones específicas a los discapacitados y que en aquellos casos que efectivamente se cubren una gran cantidad de servicios, ello se lleva a cabo con gran dispendio y mala asignación de los mismos, por falta de una debida coordinación de los Servicios. Se concluye que las obras sociales no deben circunscribirse solamente a

⁵² Ibidem; pág. 66.

hacer prestaciones en dinero - en aquellos casos en que ya lo hacen- sino una coordinación que tienda a recuperar a la persona con discapacidad para hacerlo socialmente útil y ser partícipes con ellos de su propio destino; de lo contrario, los discapacitados son simplemente mendigos de la seguridad social.”⁵³

⁵³ Ibidem; pág. 67.

CAPITULO X

REHABILITACION Y TRABAJO SOCIAL

Para comenzar, se considera menester desarrollar algunos conceptos sobre la profesión en general, para luego poder introducirnos en el trabajo social dedicado específicamente a la rehabilitación.

“El Trabajo Social (T.S), tanto por su naturaleza como por la estructura lógica organizadora de su práctica es una profesión científica”.⁵⁴

“El T.S profesional surge con la certeza cognitiva y ética central, de que la única manera acertada de comprender y comunicarse con el objeto social es, con las palabras de Mary Richmond: “tratando lo diferente como diferente”. El T.S. contiene y se inspira en la valoración de la igualdad humana, algo que no solo no contradice sino que coincide con la valoración de las diferencias humanas “lo diferente como diferente”. La igualdad así como la interpreta el T.S, consiste en el reconocimiento de todo ser humano del derecho a darse sus propias orientaciones de valor y vida, dentro de los límites de la convivencia y de la realización de su propia dignidad”.⁵⁵

“La dimensión del hombre como ser pensante en debate con sus circunstancias constituye el objeto específico del T.S.”.⁵⁶

“La comunicación racional es el nervio metodológico central del Trabajo Social, el medio utilizado para lograr transformaciones deseables”.⁵⁷

“Toda tarea con y para los hombres es, en última instancia un trabajo social (educar, curar, recrear). Sin embargo, se recorta un área en la que «lo social» requiere de la presencia de un profesional que sintetiza por lo menos dos funciones: la investigación social que permita el conocimiento y la toma de conciencia sobre la problemática y la temática social; y la intervención, que da lugar a la organización y modificación de dicha problemática.

El método de trabajo se basa en el método científico. Es un método de intervención psico- social de acción- reflexión, a partir de un marco teórico.

⁵⁴ Di Carlo Enrique y Equipo «La comprensión como fundamento de la investigación profesional», Bs, As Ed. Hvmánitas , 1995, pág. 17.

⁵⁵ Ibídem; pág. 20.

⁵⁶ Ibídem; pág. 34.

Los protagonistas de esta práctica social científica son dos: el Sujeto de la Acción y el Trabajador Social. El usuario puede ser una persona – grupo – familia – institución – comunidad – población.

La modalidad de trabajo se establece en base a cada problemática en particular, aplicando diferentes técnicas como: entrevistas (individuales, grupales, familiares), talleres, juegos, técnicas grupales, grupos de reflexión, etc.

El Servicio Social se caracteriza por buscar la resolución de problemas y la transformación de situaciones sociales, basándose en una relación dialógica con los sujetos implicados.

La forma en la que el profesional del Trabajo Social se relaciona con el objeto es a través de la comunicación racional. Esa modalidad de trabajo permite una relación dialógica, donde la persona se puede permitir analizar las formas en qué acciones externas condicionan la situación interna de la persona. El análisis que realice la persona en forma crítica y participativa le permitirá superar la situación que motiva la intervención profesional.

Los pasos metodológicos a seguir en las intervenciones son los siguientes:

1.- Investigación: indagación de la situación junto con el o los sujetos de la acción con apoyo técnico (investigación participativa).

2.- Propuesta diagnóstica: Análisis de la situación con formulación de hipótesis para su comprensión y pronóstico.

3.- Planeamiento: con selección de alternativas que orientan la acción.

4.- Intervención: para la modificación, con roles diferenciados pero igualmente activos y complementarios, del sujeto de la acción y el profesional.

5.- Reflexión evaluativa: descubrimiento de logros y obstáculos que remiten a una nueva acción que volverá a requerir investigaciones participantes.

6.- Conceptualizaciones: nivel superior de síntesis en la que se articula la práctica anterior con la teoría que la enmarca, posibilitando generalizaciones y elaboración de hipótesis.

Estos pasos, no son etapas separadas: se interpenetran y se condicionan mutuamente, en una sucesión de espiral, de permanente retroalimentación. Los primeros cinco pasos pueden ser llamados **intervención integral**, ya que es cuando se investiga y modifica el

⁵⁷ libidem; pág. 37.

campo. En todos ellos el **Sujeto** de la **Acción**, es un co- partícipe activo del **Trabajo Social**.

Por último, la forma de relacionarse con el objeto, le permitirá al profesional realizar una intervención positiva o negativa, más allá del éxito en el cumplimiento del objetivo final. Para ello es necesario tener presente que el trabajo social es una profesión que trabaja con el objeto que es sujeto (ser humano) por lo tanto es necesario adecuarse creativamente a esas circunstancias y a ese objetivo que se determina en forma única e irrepetible.”⁵⁸

OBJETIVOS Y ACTIVIDADES DEL TRABAJO SOCIAL EN REHABILITACION

Aquí cabe aclarar que el concepto de **rehabilitación** es tomado como “la aplicación coordinada de un conjunto de medidas médicas, sociales, educativas y profesionales, para preparar al individuo con el objeto de que alcance la mayor proporción posible de capacidad funcional, tendiendo al logro de su máxima autonomía, a los efectos de posibilitar su plena integración en la sociedad.

La **rehabilitación** como filosofía depende fundamentalmente de la educación de la comunidad, es necesario persuadir al paciente, a la familia, a los empleadores y a la comunidad en general que en esta filosofía recuperarse no es “curar” en el sentido clásico de la palabra sino mejorarse al máximo de sus posibilidades.

El compromiso consciente de todos los afectados al proceso rehabilitador propende al aumento de la calidad de las acciones, en la medida en que se comprenda que el verdadero fin no es la actividad rehabilitadora sino la rehabilitación, en cuanto brinda la posibilidad de la integración social de toda persona con vistas a su dignificación y desarrollo pleno y armónico.”⁵⁹

En este trabajo se utiliza el término "persona con discapacidad", ya que significa que la persona posee una desventaja y una alteración funcional, pero esto no implica una negación rotunda, como sería el concepto de inválido, por ejemplo, ya que ninguna

⁵⁸ Fernández, P.; Rímoli, V.; Tesis "Socialización e Integración del Deficiente mental leve....op.cit.; págs. 79 y 80.

persona puede ser no válida o no capaz, sino que puede ser "menos sano", "menos fuerte" o "menos autónomo".

Si bien "las dificultades funcionales para llevar una vida autónoma en su entorno familiar y social, en algunos casos están implantadas de por vida, esto no significa un obstáculo para considerar cualquier posibilidad de recuperación y mejora, así como su capacidad de protagonismo activo en todo el proceso de atención, que no se limita al desarrollo de la función misma.

La atención que el Trabajo Social debe prestar, se corresponde con lo expuesto anteriormente pues considera al sujeto en su totalidad, en su unidad bio- psico- social. Superado cualquier planteamiento basado en contenidos exclusivamente médicos o económicos, la atención, parte de este principio de unidad, de una perspectiva global de la persona, cuyas dimensiones no se agotan en su capacidad física o laboral, sino que, tratándose de sujetos cuyo psiquismo permanece íntegro, pueden ejercer su ser social más allá de la discapacidad corporal. En consecuencia, las acciones de rehabilitación social, deben referirse a todos y cada uno de los aspectos que impliquen la habilitación para la autonomía personal.

Otro principio metodológico de atención es la personalización, a través del cual se pretende dar respuesta a las peculiaridades individuales en sus distintas variables: edad, calidad y cantidad de la afección, nivel cultural, personalidad básica y demás condicionantes psicológicos y sociales, que van a determinar actitudes y reacciones específicas.

El propio déficit físico u orgánico desencadena una serie de limitaciones de tipo afectivo o social, que aunque generalizables, adquieren una dimensión e implantación propias en cada sujeto. Por ello no es posible categorizar acerca de las consecuencias que una determinada afección somática va a tener en el equilibrio personal, en el desenvolvimiento y autonomía en la vida cotidiana, en suma, en la integración o posible reinserción.

⁵⁹ Pantano, Liliana; La discapacidad como problema social; un enfoque sociológico; Ediciones Eudeba; Buenos Aires; 1987; pág. 121.

Es necesario trascender lo paliativo, curativo y paternalista para cooperar efectivamente con el proceso de desarrollo de la persona con discapacidad desde su base primera, la promoción de las personas.”⁶⁰

Esta cosmovisión del problema implica un replanteo de base:

- necesidad de integrarse en el proceso de desarrollo.
- participación activa de los grupos para que el hombre pueda ser sujeto activo de su desarrollo y no un mero receptor pasivo.

ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN REHABILITACION

“El Trabajador Social es un profesional de las relaciones interpersonales, que a partir del proceso de socialización facilita la desobstrucción de inhibiciones, capacidad de relacionamiento, comunicación y desempeño de papeles sociales a través de la promoción y de la participación.

Dicho proceso apunta, a que la salud sea responsabilidad compartida por todos en una comunidad, generando actitudes solidarias frente a todos los problemas que la afectan.

En relación a lo expuesto, el Trabajador Social en rehabilitación tendría dos líneas de acción bien definidas:

1- aquella determinada por el trabajo con las personas afectadas por la problemática, donde se le asigna el rol de orientador. Al comprender las necesidades del grupo y de las personas que lo integran, prestar ayuda, guiando u orientando el proceso para que el mismo grupo satisfaga sus necesidades sentidas.

2- aquella determinada por el trabajo para generar conciencia de responsabilidad comunitaria, donde se le asigna el rol de concientizador. Despertar la conciencia del valor y dignidad del hombre (en cuanto hombre), del sentido de lo humano y de su vocación de ser, implica no solo tomar conciencia del propio valor como persona sino que yo valgo y puedo ser si el otro está; posibilitando una conciencia social.

El Trabajador Social en rehabilitación de personas con discapacidad, debe reunir determinadas condiciones:

I) Conocimiento de la problemática de la persona con discapacidad

⁶⁰ Tesis de grado “La integración social del minusválido...op.cit; págs.122 y 123.

Introducción al tema a partir de bibliografía, contactos con profesionales e instituciones pertinentes; estar familiarizado con la problemática.

II) Mantener una actitud sana y positiva hacia la persona

Ello implica no sólo conocer la terminología o distinguir categorías de discapacidades, sino además establecer una relación empática con la persona, comprenderla afectivamente. Muchas veces el problema no es tanto la imposibilidad física de actuar, sino el bloqueo psicológico ante la existencia misma.

Es necesario tener una supervisión constante, para lograr una buena disociación instrumental, con la cual se evitarán actitudes compasivas o paternalistas.

La compasión provoca rechazo por parte de la persona con discapacidad y el paternalismo (que encubre autoritarismo) establece una relación de dependencia.

III) Trabajo interdisciplinario

Supone una buena disposición para colaborar y trabajar en equipo que, además, debe romper los "moldes" de las denominadas "reuniones de áreas" para llegar a ser un auténtico trabajo interdisciplinario.⁶¹

En estas coordenadas - educador, orientador, concientizador, conocimiento de la problemática, actitud sana y positiva hacia las personas, capacidad para el trabajo en equipo y supervisión constante- es, a grandes rasgos, donde cabe situar el perfil profesional del Trabajador Social.

ACTUACIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LAS FASES DEL PROCESO REHABILITADOR

Adoptando conceptos vertidos por Castellanos, Vita y Palermo; las diversas fases que deben articularse en la labor del Trabajador Social, pueden resumirse de la siguiente manera:

a) recepción:

al ingresar las personas con discapacidad, deben recibir toda clase de explicaciones y aclaraciones concernientes a la organización y finalidad que se propone la

⁶¹ Ibidem; págs.125 y 126.

institución, prestaciones que brinda, así como el reconocimiento físico del lugar y de las personas con quienes se va a relacionar (profesionales y pares).

b) entrevista individual:

el sujeto de la rehabilitación debe ser entrevistado privadamente con un doble objetivo:

- conocer su situación actual , sus vivencias, sus expectativas y su actitud frente a la problemática, con vista a obtener elementos para la elaboración de un diagnóstico presuntivo. Se debe realizar una observación minuciosa de su presentación (mímica, porte, conducta verbal), reacciones a la entrevista y al contacto con el trabajador social (confianza y cooperación, o control y agresividad e indiferencia) y comportamiento en la vida cotidiana (relaciones familiares, sociales, laborales).

- establecer una relación que permita disminuir el nivel de ansiedad que produce este primer contacto, para posibilitar una actitud positiva hacia el tratamiento.

c) contactos con la familia:

el trabajador social debe mantener frecuentes contactos con la familia, centrando su observación en los siguientes aspectos:

- 1- Situación familiar (composición, estructura social y cultural, ocupación e ingresos de sus miembros, vivienda, salud física).

- 2- Dinámica familiar (interacción, roles, clima emocional, estructura grupal, comunicación, participación y amistades).

- 3- Actitud familiar hacia la problemática (aceptación, rechazo, indiferencia o negación).

- 4- Actitud familiar hacia la persona con discapacidad (aprobación, estímulo, rechazo, sobreprotección, autoritarismo, abandono, etc.).

- 5- Actitud del grupo hacia la intervención del trabajador social, hacia la Institución y hacia el resto del equipo interdisciplinario (cooperación, indiferencia o rechazo).

Todos estos aspectos amplían los elementos para la elaboración del diagnóstico. Las sucesivas entrevistas permiten al trabajador social realizar señalamientos que lleven al grupo a un compromiso activo, que los involucre a todos en el tratamiento. Brindándoles apoyo y capacitándolos para concentrar sus energías en la elaboración del problema,

también aminorando el sentimiento de culpa, si es que existe, y ayudándolos a reestablecer el equilibrio emocional si fuera necesario. En el caso de detectar conflictos psicológicos en el grupo o en alguno de sus miembros es fundamental la derivación psicológica.

d) contacto con otras instituciones:

deben entablarse y mantenerse para ser utilizadas no sólo como fuente de información sino como recursos. Tanto con aquellas por las que transita en su proceso de socialización, como por las que intervienen en el de rehabilitación. No deben descuidarse aquellas instituciones de otras jurisdicciones a las que se debe acudir para que para que proporcionen información, la que se considera de suma importancia para el éxito del tratamiento. Tampoco desestimar aquellas que no cuentan con departamento de Servicio Social ya que el párroco o pastor de una iglesia, incluso el club del barrio pueden ser fuentes válidas de información.

La perspectiva de empleo, implícita en toda la rehabilitación, hace necesario el continuo estudio del mercado y puestos de trabajo. Es condición imprescindible el abordaje a las empresas públicas o privadas, elaborando alternativas de acción con aquellas empresas que por sus características posibiliten la inserción laboral de la mujer con discapacidad.

e) trabajo interdisciplinario:

mediante reuniones periódicas y regulares, con el objetivo de elaborar un diagnóstico y tratamiento que desentrañen los problemas específicos de cada caso y propongan soluciones integrales y armónicas.

f) egreso:

al término del proceso de rehabilitación, el trabajador social debe redactar un informe donde consigne la situación actual de la persona con discapacidad, evaluando acciones y resultados obtenidos en relación a los objetivos propuestos.

El egreso es el cierre de una etapa. Ha recibido una serie de elementos que le permitirán continuar su proceso de integración social; es fundamental el seguimiento posterior como prevención.

LA INSTITUCION COMO CAMPO DEL TRABAJADOR SOCIAL

Es de fundamental importancia que el trabajador social no pierda de vista a la institución como un campo en sí misma, para operar profesionalmente.

“Como señala Natalio Kisnerman...Nuestra profesionalidad no nace solamente frente al sistema cliente, sino que es necesario ubicarse dentro del campo institucional; a partir del conocimiento del marco normativo, de su historia, de las formas de relación internas- externas de la comunicación, de los tipos de autoridad, de su organización y de la función social que cumple o debería cumplir; así como del análisis del contexto social en la que está inserta y las circunstancias coyunturales determinadas por el desarrollo del país, el sistema político, las políticas internas y la presión socioeconómica- cultural- política que ejercen las grandes potencias mundiales.

El trabajador social debe partir de un diagnóstico de situación, que le permita conocer los problemas vinculados, tanto al contexto, como a la vida interna institucional. Así podrá establecer estrategias y tácticas de intervención profesional destinadas a los diferentes grupos que la integran. Tanto para organizar, capacitar y promover los recursos humanos, como para favorecer el establecimiento de convenientes canales de comunicación intra- extra institucional.

Nuestros objetivos desde la institución, se insertan en los objetivos generales del Trabajo Social, enfocados desde el punto de vista de las necesidades y los problemas sociales.

..."Una institución sana asegura la máxima libertad y creatividad de sus miembros, facilitándoles el permanente intercambio con la sociedad y centrando en la participación uno de sus ejes participativos..."

"Un Trabajador Social en la institución, a partir de un encuadre que focaliza su acción en el trabajo grupal e intergrupal, no se ubica como agente de la productividad ni como promotor de la misma porque ésta no es su función profesional. Su objetivo es el bienestar de los seres humanos y el establecimiento de vínculos sanos en la Institución y en todos aquellos grupos con los que trabaja" (Natalio Kisnerman).⁶²

IDEAS PRINCIPALES

- ✓ Las mujeres sufren, en general, de algún tipo de inconveniente asociado a las atribuciones correspondientes al género que poseen. Muchas de ellas cuentan con menos educación, menos inserción laboral, o poseen trabajos menos remunerados que los hombres, tienen más responsabilidades ya que recaen sobre ellas las tareas de producción (en el caso de las mujeres que trabajan) y las tareas domésticas y de cuidado de los hijos. A su vez, detentan más problemas de salud asociados al género, los hogares cuya cabeza de familia es una mujer son mucho más pobres y vulnerables, la pobreza se magnifica en las mujeres y les resulta más difícil salir de ella. Mucho del abandono y discriminación que sufren las mujeres con discapacidad se debe no sólo a la discapacidad sino también al sexo. Pero la desigualdad en materia de oportunidades, en el caso de las mujeres que poseen alguna discapacidad, magnifica los inconvenientes de ésta, y sufren así de una discriminación doble o múltiple. En otras palabras, la desigualdad que existe en cuanto a los derechos y oportunidades de la mujer para participar en la vida económica, social, política y para obtener una educación; se une a las limitaciones adicionales, tanto físicas como sociales, que acompañan a la mayor parte de las discapacidades.
- ✓ Las mujeres con discapacidad suelen tener dificultades para aceptarse a sí mismas y en ser aceptadas como seres con vida sexual, porque la imagen corporal es enormemente importante en este contexto. Por el mismo motivo, las personas sanas con frecuencia tratan a las discapacitadas como "asexuadas". Es evidente que se trata de un enorme error, pero como consecuencia de tales actitudes las mujeres con discapacidad se refugian en una especie de aislamiento social.
- ✓ Si las actitudes del grupo familiar no se orientan adecuadamente, pueden constituir un obstáculo a la rehabilitación. Por ejemplo, algunos padres sienten la necesidad de proteger en exceso a sus hijos con discapacidad, y aún más a las niñas, ya que existe en la sociedad la idea generalizada de que la mujer es el

⁶² Ibidem; págs. 128 y 129.

sexo débil, a la cual debe protegerse de por sí, y mucho más si ésta sufre de algún problema físico. De esta manera, se podría hipotetizar que los padres les limitan así sus posibilidades de aprender a llevar una vida independiente, y cuando las niñas se convierten en adultas, los padres son ancianos o ya han fallecido, no poseen otra alternativa que internarse para que puedan seguir cuidando de ellas, ya que las actitudes familiares las convirtieron en sujetos pasivos de la sociedad.

- ✓ En muchas sociedades resulta difícil convencer a la gente de que las mujeres necesitan instruirse. En los países en que escasean los recursos, con frecuencia las niñas no tienen la oportunidad de ir a la escuela o deben abandonarla para ayudar en la casa o en el campo. Como consecuencia de ello, casi dos tercios de los analfabetos en el mundo son mujeres. Por lo tanto es mucho más difícil convencer a la gente de que las mujeres con discapacidad deben recibir instrucción y formación profesional. Con frecuencia se subestiman las aptitudes de las muchachas y las mujeres con alguna discapacidad, y se las orienta hacia actividades profesionales por debajo de sus posibilidades reales. Debido a la concepción de los papeles tradicionales en la sociedad, no se alienta mayormente a las mujeres con discapacidad a seguir instruyéndose. Se ha observado que las mujeres con problemas físicos suelen recibir menos aliento e incluso menos formación y gozan de menos oportunidades de empleo que los hombres con el mismo problema físico. Ello significa sin duda alguna que la discapacidad en la mujer afecta más gravemente su capacidad como ser humano.
- ✓ La integración social tiene por propósito la creación de una sociedad para todos, en la que cada persona, con sus propios derechos y responsabilidades, tenga una función activa que desempeñar. El concepto incluye la capacidad de las personas de vivir juntas respetando plenamente la dignidad de cada una de ellas, el bien común, el pluralismo y la diversidad, la eliminación de la violencia, la ampliación de la solidaridad y de la oportunidad de participar. Queda a consideración de los lectores preguntarse que nivel de integración social ha logrado nuestra sociedad, y qué podría hacer cada uno de nosotros para alcanzar el máximo nivel de la misma.

- ✓ Mientras que la convivencia familiar, ofrece solución a quienes encuentran la continencia adecuada, la institución posibilita respuestas a las mujeres con discapacidad que viven solas, o que han sido abandonadas por su familia, o que padecen un síndrome invalidante, que les impide llevar una vida independiente. Se señala que debe existir un denominador común a cualquier tipo de atención que se preste: la posibilidad de integración, y el ofrecimiento de una calidad de vida adecuada. Dar techo, comida y brindar atención sanitaria no es suficiente. Los discapacitados físicos que acuden a un centro, tienen derecho a ser algo más que meros objetos. Todos ellos deben tener un programa individual de recuperación e integración social, en el que se tenga en cuenta todas sus posibilidades de recuperación: médica, psicológica, pedagógica, laboral y social, sin olvidar los aspectos lúdicos o de ocupación de su ocio.
- ✓ El programa social que debe implementarse en cada Institución, debe buscar las alternativas de salida a otras posibles formas de vida: reincorporarse a la familia o formar una nueva, residir con amigos, etc. Los contactos con el exterior, a través de actividades, deben estar fomentados en todos los niveles, para lo que es imprescindible que la residencia esté adecuadamente ubicada y comunicada en red, de manera que si desde ésta se encuentra camino a alternativas laborales fuera del mismo, se realicen, y la Institución se convierta en vehículo para la integración y la normalización. El área social y el área recreacional deben trabajarse en estrecha colaboración para llegar a un funcionamiento correcto.
- ✓ En el caso de que mujeres adultas con discapacidad física se hallen residiendo en hogares geriátricos, es de singular importancia analizar las características de la convivencia diaria de éstas con el resto de los residentes, que serán mayormente ancianos, ya que se cree que podrían surgir problemas de relación entre ellos, por las diferencias generacionales existentes.
- ✓ Una alternativa diferente son las políticas de desinstitucionalización. Es muy vasta la gama de soluciones concretas, tendientes a lograr una "vida autónoma". Un instrumento de frecuente utilización, que puede extenderse a casi todas las categorías de personas con discapacidad que no pueden vivir en familia, es la denominada comunidad educativa, la cual se manifiesta en diferentes formas:

comunidad- albergue, residencias para grupos, o grupos familiares. Estas diversas modalidades tienen como característica principal común a todas ellas, la constitución de un pequeño grupo de composición homogénea (sólo discapacitados) o heterógena (discapacitados, menores abandonados, ancianos) no superior a las ocho o diez personas que da lugar a una vida de relación en el interior de una vivienda en el contexto social normal del barrio. Los diversos tipos de forma que asume la comunidad educativa están determinados por la presencia continua o intermitente de educadores, profesionales o voluntarios. Pueden ser: comunidad educativa terapéutica con gestión directa de la administración del centro o comunidad albergue con gestión directa de los residentes.

Junto a estas formas de intervención tendientes a evitar internaciones se sitúa la asistencia domiciliaria. Esta desarrolla una doble función: previene el alejamiento de la familia enfrentándose a diversas dificultades de la vida cotidiana y constituye uno de los instrumentos más válidos de apoyo a la política de desinstitucionalización. La opción preferente ha de ser un régimen de asistencia que permita al usuario de la misma mantener un modo de vida común: residiendo en su domicilio, saliendo a estudiar o trabajar fuera de éste, con posibilidad de relaciones sociales ociosas externas, etc. Quién más ha contribuido y contribuye a este régimen es la propia familia. Al lado de ella hay que recordar la opción de la familia de acogida. Otro recurso es el asistente. Y no hay que descartar los servicios colectivos.

- ✓ El perfil profesional del Trabajador Social en rehabilitación cabe situarlo en las coordenadas de -educador, orientador, concientizador, conocimiento de la problemática, actitud sana y positiva hacia las personas, capacidad para el trabajo en equipo y supervisión constante-.

*B- SISTEMATIZACIÓN DE
LA INVESTIGACIÓN.*

Aspectos generales de la investigación.

El trabajo llevado a cabo se centró en el estudio de la situación **de las mujeres adultas con discapacidad internadas en hogares o residencias, la actuación del trabajador social ante ellas y la propuesta de algunas alternativas de acción desde esta disciplina.**

De acuerdo a la temática planteada, se desprende la siguiente problematización: **la posible existencia de obstáculos que pueden impedir la total integración y rehabilitación de la mujer de entre 25 y 60 años de edad con discapacidad física, que se encuentra internada en hogares o residencias, además del estudio de su cotidianeidad, oportunidades y estrategias de vida en la Institución.**

El proceso de investigación se realizó a través de un diseño de campo, ya que los datos debieron ser recogidos en forma directa sobre la realidad. Debido a la complejidad de la realidad en la cual investiga el Trabajador Social, se consideró apropiada la implementación de la investigación exploratoria - descriptiva con el fin de alcanzar el objetivo planteado por la investigadora del presente trabajo: conocer, diagnosticar la situación problema con el fin de modificarla favorablemente, contando con la participación activa del sujeto.

La etapa inicial consistió en conocer y explorar todo el conjunto de fuentes capaces de ser útiles, se empleó tanto la observación documental como la realización de entrevistas a informantes clave, con el fin de “ganar familiaridad” con la situación antes de formular el problema de manera específica.

En la segunda etapa el interés está enfocado en las propiedades del objeto y de la situación, permitiendo descubrir cómo se presenta la problemática en las experiencias empíricas observadas. En esta etapa se visitaron las Instituciones y se entrevistaron las mujeres internadas, así como también al personal profesional y no profesional que se encuentra en contacto con ellas.

Finalmente, se analizaron los hallazgos obtenidos en la investigación, tendientes a plantear posibles alternativas de intervención en la realidad social, y de realizar aportes al desarrollo y enriquecimiento del quehacer específico del Trabajo Social inserto en equipos interdisciplinarios.

En base a lo anteriormente mencionado es que se realizó una investigación cualitativa, ya que se estudia la realidad en su contexto natural, tal y como sucede, intentando sacar sentido de, o interpretar los fenómenos de acuerdo con los significados que tienen para las personas implicadas.

Taylor y Bogdan (1986: 20) consideran, en un sentido amplio, la investigación cualitativa como “aquella que produce datos descriptivos: las propias palabras de las personas, habladas o escritas, y la conducta observable”. Estos autores llegan a señalar las siguientes características propias de la investigación cualitativa.

1 – Es inductiva.

2 – El investigador ve al escenario y a las personas desde una perspectiva holística; las personas, los escenarios o los grupos no son reducidos a variables, sino considerados como un todo.

3 – Los investigadores cualitativos son sensibles a los efectos que ellos mismos causan sobre las personas que son objeto de su estudio.

4 – Los investigadores cualitativos tratan de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas.

5 – El investigador cualitativo suspende o aparta sus propias creencias, perspectivas y predisposiciones.

6 – Para el investigador cualitativo, todas las perspectivas son valiosas.

7 – Los métodos cualitativos son humanistas.

8 – Los investigadores cualitativos dan énfasis a la validez en su investigación.

9 – Para el investigador cualitativo, todos los escenarios y personas son dignos de estudio.

10 – La investigación cualitativa es un arte.

Asimismo, Irene Vasilachis de Gialdino, en su libro *Métodos Cualitativos De Investigación*,(1985:46) explica que en los métodos cualitativos el

observador procura acceder a las estructuras de significados propias de los contextos a investigar mediante su participación en los mismos.

Las metodologías cualitativas son un enfoque realista del estudio científico del comportamiento y la vida de grupos humanos siendo su mundo empírico, el mundo real de la vida y el comportamiento.

La investigación cualitativa depende fundamentalmente de la observación de los actores en su propio terreno y de la interacción con ellos en su lenguaje y con sus mismos términos.

Los individuos para comunicarse interpretan significados que son, además, creados en la interacción cotidiana.

Cabe destacar que no se plantea específicamente una hipótesis para la investigación (aunque sin duda todo el marco teórico opera como marco hipotético); las dimensiones de análisis resultan de los objetivos planteados.

A continuación se detallan los objetivos que han orientado la presente indagación, guiando el trabajo de campo.

Objetivos Generales:

- Conocer la situación social de las mujeres con discapacidad física de entre 25 y 60 años de edad que se encuentren internadas en hogares y/o residencias de la ciudad de Mar del Plata.
- Conocer la labor actual del Trabajador Social inserto en dichas Instituciones y plantear adecuadas alternativas de intervención profesional, en pos de la integración social de dicha población.

Objetivos Específicos:

- Describir la realidad de la vida cotidiana de las mujeres adultas con discapacidad física en el contexto de la Institución donde residan.

- Identificar los motivos explícitos que conllevan la internación de mujeres con discapacidad motriz.
- Indagar acerca de las funciones y actividades del Servicio Social en el contexto de las mencionadas Instituciones.
- Proponer lineamientos generales y específicos para la intervención profesional en dichos ámbitos.

UNIDAD DE ANÁLISIS: Se abarcan dos unidades de análisis acerca de las cuales se requerirá información:

- Residencias u hogares para personas con discapacidad física, así como también geriátricos donde residan mujeres adultas con discapacidad física, incorporando diferentes sectores de pertenencia de estas Instituciones.
- Personas con discapacidad física de sexo femenino, de entre 25 y 60 años de edad; moradoras en hogares, residencias o geriátricos de nuestra ciudad.

El criterio de selección fue el de constituir una muestra intencional sobre la base del conocimiento de la existencia de personas con las características expuestas dentro de las poblaciones atendidas por estas Instituciones.

Etapas Iniciales: Se aborda la misma a partir de la lectura de diferentes materiales teóricos y entrevistas con informantes calificadas.

- Informantes claves: mujeres adultas con discapacidad física que se integraron favorablemente en la sociedad. Ellas son:
 - Sra. Mirta Medvedovsky, Supervisora del Dpto. de Telemarketing y cobranzas y recupero de socios en C.I.L.SA.(Club Integral de Lisiados Santafesinos)

- Lic. Gloria Perez Romaniega, jefe de servicio del departamento de psicología en el Instituto Nacional de Rehabilitación Psicosfísica del Sur.
- Sra. Marta Andriuolo, directora del Consejo del Discapacitado del Municipio de Gral. Pueyrredón.
- Lic. Stella Iglesias, T.S. de C.I.L.SA.

Segunda etapa: Para llevar a cabo la investigación y posterior análisis, se visitaron los siguientes hogares e Institutos de nuestra ciudad:

- Sector público: Instituto Nacional de Rehabilitación Psicosfísica del Sur INAREPS, sito en Ruta 88 Km. 5 y 1/2, T.E.: 482-0011/12.
- Sector privado:
 - * Residencia Geriátrica Casagrande, sito en Independencia y 3 de Febrero, T.E.: 494-0686.
 - * Hogar geriátrico San Francisco de Asís, sito en Vergara 1581, T.E.: -
 - * Instituto Geriátrico Larvi SRL, sito en San Juan 1452, T.E.: 475-7560.
 - * Residencia Geriátrica Puesta de Sol, sito en Caseros 5224, T.E.: -
- Sector Religioso: Hogar Don Orione, sito en Mathew 3330, T.E.: 472-2081.

En el mes de abril de 2003, se realizó el acceso a campo, el cual se extendió hasta agosto del mismo año. En cuanto a los procedimientos formales para acceder a los escenarios estudiados, en primer lugar se tomó contacto con los directivos de las Instituciones y Hogares señalados, solicitando permiso para la realización de los estudios. En la mayoría de los casos, ante el pedido de los directivos de la institución, se detalló la solicitud formalmente a través de cartas.(ver anexo 1)

Cabe destacar que las Instituciones y Hogares visitados no concuerdan con lo planificado durante la etapa de diseño de la investigación, debido a que a la hora de comenzar la investigación de campo, surgieron las siguientes dificultades: el Hogar “Renacer”, cerró sus puertas definitivamente, y el hogar de H.O.M.A.B aún no cuenta con personas internadas, por lo cual no se halla funcionando. Ante estas situaciones se comenzó a indagar sobre la presencia de la población escogida para la investigación en otros Hogares o Instituciones, consultando para ello guías Institucionales, personas relacionadas con el tema, y a representantes de Instituciones vinculadas a la problemática, descubriendo así que **no existe en la actualidad en la ciudad de Mar del Plata una Institución de residencia permanente para personas con discapacidad física exclusivamente.**

Es muy importante señalar que si bien en esta investigación se incorpora como unidad de análisis el Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur (INAREPS) y el Hogar Don Orión, estas Instituciones no son hogares para personas con discapacidad crónica ni albergan específicamente a personas con discapacidad física respectivamente. En el primer caso, la Institución sólo alberga a personas que tengan posibilidades de recuperarse, siendo el fin último la rehabilitación de la persona y el alta institucional. En el presente trabajo el Instituto se toma debido a que se adquiere conocimiento de la existencia en la actualidad de un caso excepcional de una mujer joven allí internada desde hace un año que no posee recursos de ningún tipo ni familia que la contenga, y permanece allí hasta que se pueda localizar el lugar físico indicado adonde derivar a esta persona. En el segundo caso, si bien el Hogar apunta a recibir a personas con cualquier tipo de discapacidad, históricamente y en la actualidad todas las personas internadas poseen discapacidad mental, de leve a profunda, algunos de ellos con discapacidad física incluida. En este caso el Hogar se toma como unidad de investigación ya que se adquiere el dato de que de todos los casos de mujeres jóvenes allí internadas se puede mantener entrevista con una de ellas, que si bien posee una discapacidad mental, la misma es lo suficientemente leve como para comprender, reflexionar y participar junto a la investigadora, no siendo así en el resto de los casos.

Una vez realizadas las entrevistas a los directivos, integrantes del equipo interdisciplinario, especialmente al Trabajador/a Social, al personal no profesional y a las

mujeres internadas de las Instituciones mencionadas, se tomó conocimiento de aquellos Hogares Geriátricos de nuestra ciudad que cuentan entre sus pacientes internados con mujeres de las características escogidas; realizándose el contacto formal pertinente con los directivos de los correspondientes hogares.

Para recoger y registrar información se utilizaron anotaciones de campo y grabaciones, las que permitieron optimizar la investigación, considerando criterios de suficiencia y adecuación de los datos.

En esta investigación cualitativa se utilizaron diferentes técnicas de recolección de datos – entrevistas –, observaciones,– que describen la rutina y las situaciones problemáticas y los significados en la vida de las personas.

Se consideró apropiado la utilización de **entrevistas por pautas**, ya que poseen la ventaja de permitir un diálogo más profundo y rico de presentar los hechos en toda su complejidad, captando no solo las respuestas a los temas elegidos, sino también actitudes, valores, formas de pensar que subyacen en el entrevistado.

Se entrevistó a:

- * Directivos y personal de la Institución donde residen mujeres con discapacidad.

- * Miembros del Equipo Interdisciplinario, especialmente al Trabajador/a Social de la Institución.

- * Personal no profesional en contacto con la población escogida.

- * Mujeres con discapacidad física que residen en la Institución.

Se consideraron diferentes pautas para cada entrevista en particular, las mismas son:

Directivos Y Personal De La Institución Donde Residen Mujeres Con Discapacidad

Motriz

- Del tipo de programas que se llevan a cabo, existencia del tipo recuperación/ rehabilitación, y existencia del tipo integración.
- Características y regularidad de dichos programas.
- Logros a alcanzar con la integración, en el caso de que existan programas de ese tipo.
- Cada paciente posee un programa específico para su recuperación o todos llevan adelante el mismo.
- Existen trabajos con los pacientes a nivel psicológico

-individuales

-grupales

-ambos

- En el caso de que así sea, se realizan según cada persona lo requiera o todos reciben el mismo tratamiento.
- Existen programas de formación o apertura a nuevos conocimientos

-Cursos (idioma, literatura, etc.)

-Educación (programa de educación de adultos, alfabetización).

- Existen programas de formación laboral, cursos de capacitación laboral, diferentes especialidades.
- Realización de actividades recreacionales: cuáles.
- Consideran que las mismas poseen valor terapéutico.

- Realizan salidas al exterior de la institución

-donde

-cuales

-objetivos que persiguen con ellas.

- Programa que considera es indispensable llevar a cabo para la mejor integración de las mujeres con discapacidad internadas.
- Contacto que poseen las pacientes internadas con el exterior, es decir, con las personas externas a la institución (familia, amigos).
- Proyección de futuro respecto a las mujeres con discapacidad allí internadas.

Miembros Del Equipo Interdisciplinario, Especialmente Trabajador/a Social De La Institución

- Rol que posee dentro de la Institución.
- Que tipo de intervenciones lleva adelante con la mujer con discapacidad allí internada.
- Actividades que realiza con la persona con discapacidad desde el momento en que ingresa a la Institución.
- Realiza diagnóstico de situación; pautas que toma en cuenta para su realización.
- Primer reacción de la mujer que ingresa a la Institución ante la entrevista con la TS, y forma en que se relaciona con la misma, a medida que se desarrolla el vínculo.
- En el caso de la mujer internada con discapacidad que posee familia, posee contacto con ella, aspectos a tener en cuenta de dicha familia.
- Actitud de la familia ante el Trabajador/a Social.
- Intervenciones a llevar a cabo con el grupo familiar de la mujer con discapacidad internada.

Tipos de intervenciones llevadas a cabo
(Orientación, apoyo, etc.).

- Estrategias que se llevan a cabo para facilitar la normalización e integración en la comunidad.
- Obstáculos para llevar a cabo la integración.
- Gestiones llevadas a cabo con otras instituciones a favor de la integración de la mujer con discapacidad.
- Realización de trabajo interdisciplinario.
Objetivos del mismo. Dificultades.
- Considera que la cuestión de género influye negativamente para la máxima integración de la mujer con discapacidad .

Personal No Profesional En Contacto Con La Población Escogida

- Nombre-edad-cargo.
- Actividad que realiza en la institución.
- Relación que posee con las mujeres internadas.
- Tipo de demandas que recibe de las mismas.
- En caso de que éstas posean familiares, forma en que observa Ud. que ellas se relacionan con los mismos.
- Acciones que lleva a cabo dentro de la institución que considere útiles para una mejor calidad de vida de estas mujeres.
- Actividades que no se realizan en la actualidad dentro de la Institución, que Ud. considere deberían efectuarse para mejorar la condición de vida de las mujeres internadas.

- Considera que la desinstitucionalización es un medio viable para el aumento del bienestar de la mujer internada.
- Forma en que, a su parecer, las mujeres viven la internación.
- Relación con el resto de los empleados/as (profesionales y no profesionales) de la Institución.
- Realización de trabajo en equipo. Objetivos del mismo.
- Observaciones que desee agregar.

Mujeres Con Discapacidad Física Que Residen En La Institución

- Nombre- Edad- Estado Civil
- Situación familiar.
- Diagnóstico.
- Tiempo de internación.
- Situación familiar anterior a la internación.
- Forma y calidad de vida, nivel sociocultural que posee y actividades que desempeñaba antes de la internación.
- Motivo del ingreso a la institución.
- Tipo de relación que mantiene actualmente con la familia.
- Estuvo o está en la actualidad casada o en pareja.
- Tuvo hijos. Cuantos. Relación que posee con ellos.
- Forma de vivir la sexualidad. Prejuicios propios o ajenos hacia ella.
- Sentimientos en cuanto al trato que la sociedad le ha dispensado.

- Actividades cotidianas que realiza en la institución.
- Actividades que en la actualidad no realiza pero le interesaría efectuar.
- Realización de actividades rentadas, las efectuó, que actividad llevaba a cabo.
- Percepción de actitudes de discriminación, ya sea por su condición de mujer, de persona con discapacidad, o ambas.
- Relación que posee con los demás pacientes internados.
- Relación que posee con autoridades y empleados de la Institución de residencia.
- Expectativas para el futuro.
- Considera que se deben anexar o restar actividades de las que se efectúan actualmente en la Institución.
- Otras observaciones que desee realizar.

ANALISIS DE DATOS.

Luego de la recolección de la información se analizan las recurrencias que llevan a estructurar el conjunto de información en un todo coherente y significativo. El conjunto de manipulaciones, transformaciones, operaciones, reflexiones y comprobaciones que se efectúa sobre los datos, tuvo el fin de extraer un significado relevante en relación a los objetivos de la investigación.

Cabe señalar que el carácter polisémico de los datos, su naturaleza predominantemente verbal, su irrepetibilidad o el gran volumen de datos que suelen recogerse en el curso de la investigación, hacen que el análisis entrañe dificultad y complejidad.

El proceso de análisis de datos cualitativos, se efectuó en base al esquema general propuesto por Miles y Huberman (1994), según el cual en el análisis concurren tareas de reducción de datos, presentación de datos o extracción y verificación de conclusiones.

El primer paso llevado a cabo consistió en reducción de los datos, es decir la selección de la información provista por los entrevistados, para hacerla abarcable y manejable. Cabe señalar que se ha realizado una reducción de datos anticipada, al focalizar y delimitar la recogida de datos, al descartar determinadas pautas y relaciones y atender a las extraídas de los objetivos de la presente investigación.

En primer lugar, se presentan los datos obtenidos por medio de las entrevistas realizadas a informantes claves, que permitieron conocer la opinión calificada sobre el tema propuesto por parte de mujeres con discapacidad que se integraron plenamente a la sociedad (las entrevistas completas se hallan transcriptas en el anexo2)

Es importante destacar que por la diversidad de los datos aportados, se ha realizado una síntesis de los mismos en el siguiente cuadro de doble entrada:

	Informante clave A	Informante clave B	Informante clave C	Informante clave D
Vinculación con la discapacidad	Directa. Patología: poliomelitis	Directa. Patología: Síndrome espinocerebeloso. Ataxia arrefléxica y atónica.	Directa. Patología: poliomelitis	Directa Patología: artrosis reumatoidea juvenil
Vivencias personales	Aceptación de la discapacidad. Pide ayuda si la necesita Poca autonomía	Aceptación de la discapacidad. Naturalidad e independencia en la vida cotidiana. Autovalimiento. Le cuesta pedir ayuda.	Aceptación de la discapacidad. Autonomía e independencia total.	Aceptación total y positividad.
Inserción en la sociedad	Por medio de la educación recibida y la obtención de trabajo	Por medio de la aceptación personal, familiar y de la comunidad donde residía.	Por medio de la educación recibida, el carácter personal y la aceptación de amigos y compañeros.	Por medio de la educación, atención profesional recibida y la contención familiar, además del carácter personal.
Forma en que se comporta la sociedad con las mujeres con discapacidad	Discriminación por dos motivos: género y discapacidad, especialmente el último	Existencia de barreras físicas, sociales e ideológicas para ambos sexos de discapacitados. Discriminación hacia las mujeres por no cumplir con el ideal estético actual.	Existencia de barreras físicas e ideológicas para ambos sexos de discapacitados. Otorgamiento de menores oportunidades laborales.	Falta de apertura y de aceptación de lo diferente. Existencia de prejuicios y de discriminación
Dificultades que existen para que estas mujeres se inserten en la sociedad	Machismo específicamente en cuanto al género, las mismas que los hombres en cuanto a la discapacidad(para obtener trabajo, para movilizarse)	La discriminación hacia las personas con discapacidad en general. Poca participación de las mujeres con discapacidad en todos los ámbitos.	Falta de estudios y/o de recursos internos (emocionales y de estructura yoica) para vencer barreras ideológicas, culturales, arquitectónicas y sociales.	Prejuicios de la sociedad
Influencia de las condiciones socioeconómicas	El nivel socioeconómico que se posea es fundamental para lograr la integración	Alta influencia de los recursos económicos para la integración, rehabilitación y en la adquisición de discapacidades congénitas.	Preponderante los recursos económicos con que se cuente para realizar cualquier actividad.	Preponderante. Imposibilidad de realizar cualquier actividad si no se posee recursos económicos
Influencia de las condiciones culturales	El machismo y la cultura de lo estético son condicionantes negativos	El nivel de instrucción de la familia influye en la inserción. Presencia de pautas culturales negativas hacia las personas con discapacidad que influyen negativamente	Pequeña apertura ideológica de la sociedad en cuanto a la discapacidad. La cultura de la estética perfecta incide negativamente.	No visualiza. Observa que lo estético influye negativamente
Diferencias observadas en el nivel de integración según sexo	Mínimo para ambos sexos, no hay grandes diferencias	La mujer con discapacidad se halla menos integrada. Motivos: poca participación de éstas por retraining, autodiscriminación o poca autoestima y el machismo instalado en la sociedad	No visualiza diferencias en cuanto a sexo, existen diferencias de personalidad	Mejor integración femenina. Mayor presencia de las mujeres en la sociedad
Prejuicios hacia la mujer con discapacidad	-Minusvaloración -Creencia de menor responsabilidad -Derivados del machismo	-Incapacidad para formar una familia	-Incapacidad para ser madre. -No poseer una sexualidad desarrollada	-Incapacidad para ser madres y para formar una familia.
Ventajas y desventajas de la institucionalización	Ventajas: compañía y cuidados. Desventajas: inexistencia de Instituciones específicas para discapacidades físicas.	Ventajas: ayuda, contención, cobertura de la dependencia (si existe), y de las necesidades personales y mecánicas, socialización. Desventajas: encasillamiento dentro de la Institución, pautas rígidas y rutinarias, dependencia extrema.	Ventajas: contención si no posee familia. Desventajas: resta a las potencialidades y a las posibilidades de integración.	Ventajas: contención médica. Desventajas: resta a la rehabilitación no estar en el hogar, en familia.

Posibilidades de desinstitutionalización	Imposible si no se posee familia o un elevado nivel socioeconómico para contratar asistentes	Imposible si no se posee familia o recursos económicos para tener un ayudante terapéutico.	Es difícil hasta que no se desarrollen políticas sociales integradas desde el punto de vista económico, sanitario, educacional y social.	Difícil si no se posee una familia. Las posibilidades tendrían que crearlas las propias personas internadas.
Propuestas para una mejor calidad de internación	Crear un hogar de dependencia pública específico para personas con discapacidad física	Instituciones abiertas, con personal capacitado y con alta vocación de servicio. Potenciación de las capacidades existentes. Mayor presencia estatal.	Otorgar alternativas laborales, otorgar formación laboral. Atender la recreación.	Mayor imaginación de los profesionales para crear programas o proyectos laborales, recreativos, educativos.

Referencias:

Informante clave A: Mirta Medvedovsky

Informante clave B: Lic. Stella Iglesias

Informante clave C: Lic. Gloria Perez Romaniega

Informante clave D: Marta Andriuolo

Luego de la lectura de la información brindada por los informantes claves se procedió a la primera reducción de los datos, la misma se efectúa realizando una comparación entre los datos agrupados bajo una misma categoría, o a partir de la comparación con los datos incluidos en otras diferentes estableciéndose las siguientes unidades temáticas en función del tema tratado, considerando en primer lugar la información brindada por directivos, profesionales y no profesionales de las diferentes Instituciones abordadas, conformando 13 categorías:

- 1- Presencia de programas de integración y/o rehabilitación en la Institución- regularidad
- 2- Logros a alcanzar con estos programas.
- 3- Existencia de programas individualizados para cada persona.
- 4- Trabajos a nivel psicológico con los pacientes.
- 5- Presencia de programas de formación educativa o laboral.
- 6- Actividades que se realizan.
- 7- Actividades que no se realizan y que sería útil implementar.
- 8- Presencia de actividades recreativas- objetivos que persiguen- valor terapéutico.
- 9- Contacto de los pacientes con el exterior (familia- amigos)
- 10- Programa indispensable a llevar a cabo con la población escogida.
- 11-Proyección de futuro para las mujeres internadas.

12- Forma en que las mujeres viven la internación.

13- Viabilidad de la desinstitucionalización.

Considerando la información ofrecida por los profesionales pertenecientes a los diferentes equipos interdisciplinarios contactados, especialmente los Trabajadores Sociales, se conforman 11 categorías:

- 1- Rol del TS en la Institución.
- 2- Tipo de intervenciones.
- 3- Actividades que realiza el equipo interdisciplinario a favor de la integración/rehabilitación.
- 4- Pautas que se toma en cuenta para el diagnóstico de situación.
- 5- Relación que se establece con las mujeres internadas.
- 6- Demandas recibidas.
- 7- Contacto con la familia- actitud de la misma hacia el familiar internado y los profesionales del equipo- intervenciones que realiza con ellas.
- 8- Estrategias y obstáculos para lograr la integración/rehabilitación.
- 9- Trabajo interdisciplinario- objetivos- dificultades.
- 10- Gestiones con otras Instituciones a favor de la integración/rehabilitación
- 11- Tipo de influencia que posee la cuestión de género para la integración de las mujeres con discapacidad.

En último término, se procedió a la reducción de los datos otorgados por las mujeres con discapacidad entrevistadas, conformándose las siguientes unidades temáticas, que se dividen en 12 categorías:

- 1- Diagnóstico- Tiempo de internación.
- 2- Motivo del ingreso.
- 3- Nivel sociocultural y de vida anterior a la internación.
- 4- Actividades rentadas llevadas a cabo.

- 5- Situación familiar
 - 5(a)- Situación anterior a la internación
 - 5(b)- Relación actual.
- 6- Matrimonio o pareja/Hijos- Relación.
- 7- Sexualidad.
 - 7(a)- Prejuicios.
- 8- Actividades que le interesaría efectuar en la Institución (no llevadas a cabo en la actualidad).
- 9- Relaciones con otros pacientes- profesionales y no profesionales de la Institución.
- 10- Conducta de la sociedad.
- 11- Percepción de actitudes de discriminación- razones.
- 12- Expectativas de futuro.

Luego se procedió a la **codificación**, asignándole a cada unidad un indicativo propio de la categoría en que consideramos incluida⁽¹⁾. Las categorías utilizadas fueron definidas en función de los objetivos que guiaron la investigación :

Directivos y no profesionales:

- 1. Presencia de programas de integración y/o rehabilitación en la Institución-regularidad: PROG
- 2. Logros a alcanzar con estos programas: LOG
- 3. Existencia de programas individualizados para cada persona: IND
- 4. Trabajos a nivel psicológico con los pacientes: PSI
- 5. Presencia de programas de formación educativa o laboral: FORM
- 6. Actividades que se realizan: ACT
- 7. Actividades que no se realizan y que sería útil implementar: A.A.I.
- 8. Presencia de actividades recreativas- objetivos que persiguen- valor terapéutico: A.R.
- 9. Contacto de los pacientes con el exterior (familia- amigos): EXT

10. Programa indispensable a llevar a cabo con la población escogida: P.I.
11. Proyección de futuro para las mujeres internadas: FUT
12. Forma en que las mujeres viven la internación: VIV
13. Viabilidad de la desinstitucionalización: DESINST

Integrantes del equipo interdisciplinario, especialmente Trabajadores Sociales:

1. Rol del TS en la Institución: RO
2. Tipo de intervenciones: T. DE I.
3. Actividades que realiza el equipo interdisciplinario a favor de la integración/rehabilitación: A. P.I.
4. Pautas que se toma en cuenta para el diagnóstico de situación: P.D.DIAG
5. Relación que se establece con las mujeres internadas: REL.MUJ.
6. Demandas recibidas de parte de las mujeres internadas: DEM
7. Contacto con la familia- actitud de la misma hacia el familiar internado y los profesionales del equipo- intervenciones que realiza con ellas: FAM
8. Obstáculos para lograr la integración/rehabilitación: E.O.
9. Trabajo interdisciplinario- objetivos- dificultades: T.I.
10. Gestiones con otras Instituciones a favor de la integración/ rehabilitación: GES
11. Tipo de influencia que posee la cuestión de género para la integración de las mujeres con discapacidad: INF

Mujeres con discapacidad internadas en la Institución:

1. Diagnóstico- Tiempo de internación: DIAG-INTERN
2. Motivo del ingreso: ING
3. Nivel sociocultural y de vida anterior a la internación: N.S.
4. Actividades rentadas llevadas a cabo: ACT. RENT.
5. Situación familiar: S.F.
- 5(a)- Situación anterior a la internación: S.F.A.
- 5(b)- Relación actual: S.F.R.
6. Matrimonio o pareja/Hijos- Relación: MAT. HIJ

⁽¹⁾ Esta codificación no es utilizada en el presente trabajo, dado el limitado número de casos tomados. Su inclusión se efectúa con el fin de respetar el esquema general propuesto por el

- 7. Sexualidad: S
- 7 (a)- Prejuicios propios o ajenos: P.
- 8. Actividades que le interesaría efectuar en la Institución (no llevadas a cabo en la actualidad): A.D.I.
- 9. Relaciones con otros pacientes- profesionales y no profesionales de la Institución: REL
- 10. Conducta de la sociedad: COND
- 11. Percepción de actitudes de discriminación- razones: DISCR
- 12. Expectativas de futuro: E.FUT.

Debido a la complejidad que presenta el análisis de datos cualitativos, se realiza una disposición y transformación de los datos, a través del diseño de **matrices**. Las mismas consisten en tablas de doble entrada, realizadas en base a las respuestas obtenidas por las diferentes personas entrevistadas, en cuyas celdas se aloja un símbolo, de acuerdo con los aspectos especificados en filas y columnas. (Ver cuadros)

De los Directivos y No profesionales de las Instituciones

Cuadro N° 1: *Presencia de programas de integración y/o rehabilitación en la Institución*

	Directivos No Prof. INAREPS	Directivos No Prof. Hogar Don Orione	Directivos No Prof. Geriátrico Casagrande	Directivos No Prof. Geriátrico Larvi SRL	Directivos No Prof. Geriátrico San F. De Asís	Directivos No Prof. Geriátrico Puesta de Sol
Programas de integración diarios						
Programas de rehabilitación diarios		x	x	x	x	x
Ambos	x					

La mayoría de las instituciones contactadas coinciden en implementar programas de rehabilitación diarios.

Cuadro N° 2: *Logros a alcanzar con estos programas*

autor, así como para utilizarla en estudios más amplios.

	Directivos No Prof. INAREPS	Directivos No Prof. Hogar Don Orione	Directivos No Prof. Geriátrico Casagrande	Directivos No Prof. Geriátrico Larvi SRL	Directivos No Prof. Geriátrico San F. De Asís	Directivos No Prof. Geriátrico Puesta de Sol
Rehabilitación física, psíquica y social	x				x	
Rehabilitación física			x	x		x
Promoción personal		x				

Las instituciones especializadas en la atención gerontológica coinciden en su mayoría en el fin de rehabilitar físicamente (con excepción de uno), no sucediendo lo mismo en las instituciones especializadas en discapacidad.

Cuadro N° 3: *Existencia de programas individualizados para cada persona*

	Directivos No Prof. INAREPS	Directivos No Prof. Hogar Don Orione	Directivos No Prof. Geriátrico Casagrande	Directivos No Prof. Geriátrico Larvi SRL	Directivos No Prof. Geriátrico San F. De Asís	Directivos No Prof. Geriátrico Puesta de Sol
Programas similares		x		x	x	x
Programas individualizados	x		x			

En la mayor parte de las Instituciones los programas implementados son similares para todos los pacientes.

Cuadro N° 4: *Existencia de trabajos a nivel psicológico con los pacientes*

	Directivos No Prof. INAREPS	Directivos No Prof. Hogar Don Orione	Directivos No Prof. Geriátrico Casagrande	Directivos No Prof. Geriátrico Larvi SRL	Directivos No Prof. Geriátrico San F. De Asís	Directivos No Prof. Geriátrico Puesta de Sol
Se trabaja a nivel individual						
Se trabaja a nivel grupal						
Se trabaja en ambos niveles (indiv. y grupal) según cada persona lo requiera	x	x				
No se trabaja			x	x	x	x

En los hogares geriátricos visitados no se realizan trabajos a nivel psicológico, sí sucede en las Instituciones especializadas en discapacidad.

Cuadro N° 5: *Presencia de programas de formación educativa o laboral*

	Directivos No Prof. INAREPS	Directivos No Prof. Hogar Don Orione	Directivos No Prof. Geriátrico Casagrande	Directivos No Prof. Geriátrico Larvi SRL	Directivos No Prof. Geriátrico San F. De Asís	Directivos No Prof. Geriátrico Puesta de Sol
Existen						

programas de formación educativa						
Existen programas de formación laboral	x					
No existen programas de ninguno de los dos tipos		x	x	x	x	x

La mayoría de las Instituciones visitadas no poseen programas laborales, ninguna de ellas cuenta con programas de formación educativos(cursos, alfabetización, educación de adultos, etc.)

Cuadro N° 6: Actividades que se realizan

	Directivos No Prof. INAREPS	Directivos No Prof. Hogar Don Orione	Directivos No Prof. Geriátrico Casagrande	Directivos No Prof. Geriátrico Larvi SRL	Directivos No Prof. Geriátrico San F. De Asís	Directivos No Prof. Geriátrico Puesta de Sol
Actividades recreativas(taller de lectura, cine, eventos musicales, etc.)	x	x	x	X	x	x
Salidas al exterior (campamentos, teatro, conciertos, pic-nics, etc.)	x	x	x	X	x	x
Actividades deportivas y de movilización psicomotriz (partidos de fútbol, gimnasia, yoga, etc.)	x		x	x	x	x
Huerta		x				
Tejido					x	
Cocina		X			x	
Artesanías		X				
Visitas a otras Instituciones		x	x	x	x	
Cursos de capacitación laboral	x					
Taller de memoria			x			
Pintura					x	
Charlas de profesionales o especialistas					x	
Festejos de fiestas patrias					x	
Festejo de cumpleaños		x	x	x	x	x

La mayoría de las Instituciones realizan festejo de cumpleaños, la totalidad de ellas efectúa actividades recreativas y salidas al exterior, generalmente incorporan actividades físicas y visitas a otras Instituciones para realizar actividades conjuntas. Sólo el Hogar Don Orione, San Francisco de Asís y Casagrande poseen otros tipos de actividades, y únicamente el Instituto Nacional de Rehabilitación Psicofísica del Sur posee cursos de formación laboral.

Cuadro N° 7: Actividades que no se realizan y sería útil implementar

	Directivos No Prof. INAREPS	Directivos No Prof. Hogar Don Orione	Directivos No Prof. Geriátrico Casagrande	Directivos No Prof. Geriátrico Larvi SRL	Directivos No Prof. Geriátrico San F. De Asís	Directivos No Prof. Geriátrico Puesta de Sol
Cursos varios (cocina, idioma,	x	x			x	x

formación laboral, etc.)						
Computación	x	x				
Cerámica					x	
Manualidades (tejido, bordado, costura, artesanías)		x		x		x
Ninguna			x			

Varios no profesionales entrevistados coincidieron en afirmar que sería útil implementar cursos de diferentes tipos, educativos y laborales, también muchos de ellos afirmaron la importancia de realizar manualidades. Ninguna persona entrevistada perteneciente a alguno de los Institutos de atención gerontológica mencionó computación, sí lo hicieron el personal de las dos Instituciones especializadas en discapacidad.

Cuadro N° 8: *Presencia de actividades recreativas- objetivos que persiguen- valor terapéutico*

	Directivos No Prof. INAREPS	Directivos No Prof. Hogar Don Orione	Directivos No Prof. Geriátrico Casagrande	Directivos No Prof. Geriátrico Larvi SRL	Directivos No Prof. Geriátrico San F. De Asís	Directivos No Prof. Geriátrico Puesta de Sol
Las actividades recreativas se realizan con el objetivo de lograr el esparcimiento y la socialización de los pacientes (no poseen valor terapéutico)			x		x	x
Las actividades recreativas se realizan para lograr que se evite el deterioro cognitivo (poseen valor terapéutico)				x		
Las actividades recreativas se realizan con el fin de despertar reminiscencias del pasado (poseen valor terapéutico)				x		
Las actividades recreativas se realizan con el fin de rehabilitar y fortalecer las relaciones entre los pacientes (posee valor terapéutico)		x				
Las actividades recreativas se efectúan con el fin de ocupar el tiempo libre, equilibrar los tratamientos y orientar a las personas hacia la realización de actividades (posee valor terapéutico)	x					

Cada Institución posee objetivos diferentes en sus actividades recreativas, en varias de ellas estas actividades poseen valor terapéutico; la mitad de los Hogares Geriátricos coinciden en sus fines sin el valor mencionado.

Cuadro N° 9: Contacto de los pacientes con el exterior (familia- amigos)

	Directivos No Prof. INAREPS	Directivos No Prof. Hogar Don Orione	Directivos No Prof. Geriátrico Casagrande	Directivos No Prof. Geriátrico Larvi SRL	Directivos No Prof. Geriátrico San F. De Asís	Directivos No Prof. Geriátrico Puesta de Sol
Poseen altas transitorias (fines de semana pueden volver a su hogar)	x	x				
Cuentan con horarios de visitas amplios y flexibles Posibilidad de llevar a la persona a la casa de su familia durante una semana o más			x	x	x	x
Visitas diarias	x		x	x	x	x
Visitas los fines de semana		x				
Ninguno						

Todas las instituciones contactadas permiten un contacto permanente con la familia y amigos de los pacientes internados, la mayor flexibilidad se halla presente en los Hogares Geriátricos.

Cuadro N° 10: Programa indispensable a llevar a cabo con la población escogida

	Directivos No Prof. INAREPS	Directivos No Prof. Hogar Don Orione	Directivos No Prof. Geriátrico Casagrande	Directivos No Prof. Geriátrico Larvi SRL	Directivos No Prof. Geriátrico San F. De Asís	Directivos No Prof. Geriátrico Puesta de Sol
Programa de asistencia para la cobertura de sus necesidades básicas	x		x			x
Estimulación física y cognitiva			x	x		
Fortalecimiento de los vínculos con la familia		x				
Todos					x	

La mitad de las Instituciones coincide en la indispensabilidad de la cobertura de necesidades básicas (en algunos casos se entiende como cobertura de la dependencia de las personas).

Cuadro N° 11: Proyección de futuro para las mujeres internadas

	Directivos No Prof. INAREPS	Directivos No Prof. Hogar Don Orione	Directivos No Prof. Geriátrico Casagrande	Directivos No Prof. Geriátrico Larvi SRL	Directivos No Prof. Geriátrico San F. De Asís	Directivos No Prof. Geriátrico Puesta de Sol
Institucionalizaci ón permanente con buena calidad de vida		x	x	x	x	x
Alta Institucional a partir de su rehabilitación física, psíquica y social	x					

La mayoría de las personas entrevistadas coinciden en proyectar una institucionalización permanente para la mujeres internadas.

Cuadro N° 12: Forma en que las mujeres viven la internación

	Directivos No Prof. INAREPS	Directivos No Prof. Hogar Don Orione	Directivos No Prof. Geriatrico Casagrande	Directivos No Prof. Geriatrico Larvi SRL	Directivos No Prof. Geriatrico San F. De Asis	Directivos No Prof. Geriatrico Puesta de Sol
Positivamente		x	x	x	x	
Neutral	x					
Negativamente						x

La mayor parte de las personas entrevistadas coinciden en opinar que las mujeres viven la internación en la Institución positivamente.

Cuadro N° 13: Viabilidad de la desinstitucionalización

	Directivos No Prof. INAREPS	Directivos No Prof. Hogar Don Orione	Directivos No Prof. Geriatrico Casagrande	Directivos No Prof. Geriatrico Larvi SRL	Directivos No Prof. Geriatrico San F. De Asis	Directivos No Prof. Geriatrico Puesta de Sol
Viable	x					
No viable		x	x	x	x	x

La mayoría de las personas entrevistadas coincide en opinar que, en relación a los casos en cuestión, la desinstitucionalización no es viable ya que no cuentan con familia que los pueda contener, poseen altos grados de discapacidad y dependencia, y en algunos casos, tampoco poseen los recursos económicos necesarios.

De los integrantes del equipo interdisciplinario, especialmente Trabajadores Sociales

Cuadro N° 1: Rol del TS en la Institución

	Equipo Interdisciplinario. Trabajadores Sociales INAREPS	Equipo Interdisciplinario. Trabajadores Sociales Hogar Don Orione	Equipo Interdisciplinario. Geriatrico Casagrande (*)	Equipo Interdisciplinario. Trabajadores Sociales Geriatrico Larvi SRL	Equipo Interdisciplinario. Trabajadores Sociales Geriatrico San F. De Asis	Equipo Interdisciplinario. Trabajadores Sociales Geriatrico Puesta de Sol
Entrevistas de admisión	x	x				x
Orientador en situaciones de crisis	x	x			x	x
Trabajar en conjunto con los familiares, contención de los mismos		x		x	x	x
Tramitar juicios de insania		x				
Estimular				x		
Mantener contacto con otras Instituciones para lograr la realización de act. recreativas				x		
Seguimiento		x				
Contención de		x			x	x

los pacientes						
Clarificación	x	x				
Gestión de pensiones por discapacidad		x				

(*) El hogar geriátrico Casagrande no posee Trabajadora Social. El rol de las terapistas ocupacionales que forman parte del equipo interdisciplinario es coordinar las actividades de terapia ocupacional, planificar los eventos especiales (cumpleaños, paseos) y atender a pacientes que necesitan de tratamientos individuales de rehabilitación física.

Existe una variedad de roles que los profesionales desempeñan, aunque las mayores coincidencias se presentan en los roles de orientador y contenedor de los pacientes y trabajo en conjunto con la familia y contención de ésta.

Cuadro N° 2: Tipo de intervenciones

	Equipo Interdisciplinario. Trabajadores Sociales INAREPS	Equipo Interdisciplinario. Trabajadores Sociales Hogar Don Orione	Equipo Interdisciplinario. Geriátrico Casagrande	Equipo Interdisciplinario. Trabajadores Sociales Geriátrico Larvi SRL	Equipo Interdisciplinario. Trabajadores Sociales Geriátrico San F. De Asís	Equipo Interdisciplinario. Trabajadores Sociales Geriátrico Puesta de Sol
Apoyo	x	x		x	x	x
Información	x	x				
Orientación	x	x		x	x	x
Mediador en situaciones de conflicto		x			x	
Estimulación cognitiva y física			x			
Asistencial	x					
Clarificación						x

La mayoría de los profesionales entrevistados coincide en efectuar intervenciones de orientación, apoyo e información.

Cuadro N° 3: Actividades que realiza el equipo interdisciplinario a favor de la integración/rehabilitación

	Equipo Interdisciplinario. Trabajadores Sociales INAREPS	Equipo Interdisciplinario. Trabajadores Sociales Hogar Don Orione	Equipo Interdisciplinario. Geriátrico Casagrande	Equipo Interdisciplinario. Trabajadores Sociales Geriátrico Larvi SRL	Equipo Interdisciplinario. Trabajadores Sociales Geriátrico San F. De Asís	Equipo Interdisciplinario. Trabajadores Sociales Geriátrico Puesta de Sol
Integración con otras Instituciones		x		x		
Orientar a la mujer y a su familia para que aprenda a manejarse en su situación	x		x		x	x
Mantener las redes sociales				x		
Organización de jornadas, campañas, stands de donativos atendidos por personas con disc.		x				

La mayoría de los profesionales coincide en llevar adelante acciones relacionadas con orientar para aprender a actuar en forma independiente ante la discapacidad (adaptación de la casa, aprender a transitar solas en la calle, cruzarla, bajar cordones, etc.) y realizar acciones conjuntas con otras Instituciones relacionadas con la problemática planteada.

Cuadro N° 4: Pautas que se toma en cuenta para el diagnóstico de situación

	Equipo Interdisciplinario. Trabajadores Sociales INAREPS	Equipo Interdisciplinario. Trabajadores Sociales Hogar Don Orione	Equipo Interdisciplinario. Trabajadores Sociales Geriátrico Casagrande	Equipo Interdisciplinario. Trabajadores Sociales Geriátrico Larvi SRL	Equipo Interdisciplinario. Trabajadores Sociales Geriátrico San F. De Asís	Equipo Interdisciplinario. Trabajadores Sociales Geriátrico Puesta de Sol
Situación física y médica			x			
Situación familiar	x	x		x	x	x
Aspecto socioeconómico	x	x		x	x	x
Tratamiento a seguir				x		
Aspecto cultural	x	x		x	x	x
Situación de riesgo para la persona con discapacidad (si es necesaria la internación en caso de maltrato familiar, por ej.)		x				
Motivo de la decisión de ingresar				x		x

La mayoría de los profesionales coinciden en tomar en cuenta para realizar el diagnóstico de situación las circunstancias familiares, el aspecto socioeconómico y el cultural de la mujer con discapacidad.

Cuadro N° 5: Relación que se establece con las mujeres internadas

	Equipo Interdisciplinario. Trabajadores Sociales INAREPS	Equipo Interdisciplinario. Trabajadores Sociales Hogar Don Orione	Equipo Interdisciplinario. Trabajadores Sociales Geriátrico Casagrande	Equipo Interdisciplinario. Trabajadores Sociales Geriátrico Larvi SRL	Equipo Interdisciplinario. Trabajadores Sociales Geriátrico San F. De Asís	Equipo Interdisciplinario. Trabajadores Sociales Geriátrico Puesta de Sol
Positivas desde el comienzo		x				
Se conforma el vínculo a medida que las mujeres perciben afecto				x	x	x
Buenas al inicio, con mayor confianza en los profesionales a medida que se van conociendo	x		x			

Las relaciones que los profesionales establecen son positivas en su totalidad, generalmente esto sucede a medida que se afianza el vínculo entre ellos.

Cuadro N° 6: Demandas recibidas

	Equipo Interdisciplinario. Trabajadores Sociales INAREPS	Equipo Interdisciplinario. Trabajadores Sociales Hogar Don Orione	Equipo Interdisciplinario. Trabajadores Sociales Geriátrico Casagrande	Equipo Interdisciplinario. Trabajadores Sociales Geriátrico Larvi SRL	Equipo Interdisciplinario. Trabajadores Sociales Geriátrico San F. De Asís	Equipo Interdisciplinario. Trabajadores Sociales Geriátrico Puesta de Sol
Asistenciales (cobertura de necesidades básicas)	x					
Información	x					
Esparcimiento		x	x	x		x

(salidas)						
Actividades culturales y educativas (cursos, lectura)			x		x	x
Llamadas a la familia		x				

La mayor parte de las demandas recibidas tiene que ver con efectuar actividades para el esparcimiento y con la realización de actividades culturales y educativas.

Cuadro N° 7: *Contacto con la familia- actitud de la misma hacia el familiar internado y los profesionales del equipo- intervenciones que realiza con ellas*

	Equipo Interdisciplinario. Trabajadores Sociales INAREPS	Equipo Interdisciplinario. Trabajadores Sociales Hogar Don Orione	Equipo Interdisciplinario. Geriátrico Casagrande	Equipo Interdisciplinario. Trabajadores Sociales Geriátrico Larvi SRL	Equipo Interdisciplinario. Trabajadores Sociales Geriátrico San F. De Asís	Equipo Interdisciplinario. Trabajadores Sociales Geriátrico Puesta de Sol
Buena actitud. Intervenciones de apoyo, información y control				x	x	
Buena actitud. No se llevan adelante intervenciones con la familia			x			
Actitud positiva. Orientación para la mejor atención del familiar con discapacidad y apoyo al proceso de rehabilitación, asistencia para cubrir necesidades	x					
Actitud positiva. Intervenciones de clarificación de rol, orientación, apoyo y derivación a tratamientos psicológicos		x				
El único caso existente en la Institución ha sido abandonado por su único familiar (cónyuge) y se desconoce su paradero						x

En todos los casos en los que las mujeres internadas poseen familia, el equipo interdisciplinario, especialmente el Trabajador Social, posee contacto con ella, siendo en todos los casos las actitudes del grupo familiar hacia los profesionales y su familiar internado buenas y positivas. Generalmente, las intervenciones que se llevan a cabo con ellos son de orientación y apoyo.

Cuadro N° 8: *Obstáculos para lograr la integración/rehabilitación*

	Equipo Interdisciplinario. Trabajadores Sociales INAREPS	Equipo Interdisciplinario. Trabajadores Sociales Hogar Don Orione	Equipo Interdisciplinario. Geriátrico Casagrande	Equipo Interdisciplinario. Trabajadores Sociales Geriátrico Larvi SRL	Equipo Interdisciplinario. Trabajadores Sociales Geriátrico San F. De Asís	Equipo Interdisciplinario. Trabajadores Sociales Geriátrico Puesta de Sol
Casos de		x	x		x	

patologías crónicas en los que sólo se puede mantener pero no rehabilitar y/o integrar, existe gran limitación para realizar actividades						
Deterioro estético y social actual, que conduce al aumento de actitudes abandonicas por parte de los familiares	x					
No se detectan obstáculos				x		
Actitud discriminatoria de la sociedad						x

Los obstáculos que visualizan los profesionales son de variada índole, existe una coincidencia en la dificultad que presenta la propia discapacidad cuando la misma es severa para realizar actividades y desenvolverse.

Cuadro N° 9: Trabajo interdisciplinario- objetivos- dificultades

	Equipo Interdisciplinario. Trabajadores Sociales INAREPS	Equipo Interdisciplinario. Trabajadores Sociales Hogar Don Orione	Equipo Interdisciplinario. Geriátrico Casagrande	Equipo Interdisciplinario. Trabajadores Sociales Geriátrico Larvi SRL	Equipo Interdisciplinario. Trabajadores Sociales Geriátrico San F. De Asís	Equipo Interdisciplinario. Trabajadores Sociales Geriátrico Puesta de Sol
Se trabaja interdisciplinaria mente. El objetivo del equipo es volver a habilitar desde las distintas especialidades para mantener o mejorar la calidad de vida. No existen dificultades		x				
El trabajo en forma interdisciplinaria es la forma de trabajo. El fin es lograr la rehabilitación del paciente de un modo integral. Existe la dificultad de que algunos profesionales no se integran al trabajo en equipo	x					
Se trabaja interdisciplinaria mente. El objetivo es brindar una atención geriátrica especializada Diferencias en la capacitación de algunos profesionales que dificultan la interacción			x			
Se trabaja interdisciplinaria mente. El objetivo es la atención integral (bio-psico-				x	x	x

social) del paciente No existen dificultades						
---	--	--	--	--	--	--

En todas las Instituciones contactadas se trabaja interdisciplinariamente, sólo en las Instituciones dedicadas a la discapacidad el objetivo del trabajo es la rehabilitación. No se detectan dificultades de gran envergadura para el trabajo interdisciplinario.

Cuadro N° 10: Gestiones con otras Instituciones a favor de la integración/ rehabilitación

	Equipo Interdisciplinario. Trabajadores Sociales INAREPS	Equipo Interdisciplinario. Trabajadores Sociales Hogar Don Orione	Equipo Interdisciplinario. Geriátrico Casagrande	Equipo Interdisciplinario. Trabajadores Sociales Geriátrico Larvi SRL	Equipo Interdisciplinario. Trabajadores Sociales Geriátrico San F. De Asís	Equipo Interdisciplinario. Trabajadores Sociales Geriátrico Puesta de Sol
Se trabaja en red con el Hospital Interzonal General de Agudos, Calidad de Vida de la Municipalidad(pr ovisión de alimentos) y CILSA (provisión de elementos ortopédicos)	x					
Se mantiene contacto con Tribunales, PAMI, ANSES, IOMA y Hospitales		x				
Se mantiene contacto con el dpto. de 3ra edad y área de deportes de la Municipalidad (para recreación)				x		
No se realizan gestiones con otras Instituciones			x			
Se mantiene contacto con Instituciones educativas del barrio y otros hogares Geriátricos					x	x

Los profesionales mantienen contacto con Instituciones de variada índole, sólo en un Hogar no se realizan este tipo de gestiones.

Cuadro N° 11: Tipo de influencia que posee la cuestión de género para la integración de las mujeres con discapacidad

	Equipo Interdisciplinario. Trabajadores Sociales INAREPS	Equipo Interdisciplinario. Trabajadores Sociales Hogar Don Orione	Equipo Interdisciplinario. Geriátrico Casagrande	Equipo Interdisciplinario. Trabajadores Sociales Geriátrico Larvi SRL	Equipo Interdisciplinario. Trabajadores Sociales Geriátrico San F. De Asís	Equipo Interdisciplinario. Trabajadores Sociales Geriátrico Puesta de Sol
Influencia negativa para obtener trabajo. Las dificultades son iguales para ambos sexos cuando se posee una		x				

discapacidad en el resto de los aspectos						
Influencia negativa para obtener trabajo, formar una familia, llevar adelante una casa.				x		
Influencia negativa para la integración en la sociedad en todos los aspectos	x		x		x	x

Los profesionales entrevistados coinciden por unanimidad en afirmar que la influencia es negativa, para la mayoría de ellos para la integración en la sociedad en todos los aspectos.

De las mujeres con discapacidad internadas en la Institución

Cuadro N° 1: *Diagnóstico- Tiempo de internación*

	INAREPS	Hogar Don Orione	Geriátrico Casagrande	Geriátrico Larvi SRL	Geriátrico San F. De Asís	Geriátrico San F. De Asís	Geriátrico Puesta de Sol
	Sra. A 45 años	Sra. G 52 años	Sra. D 56 años	Sra. E 47 años	Sra. M 59 años	Sra. T 60 años	Sra. I 40 años
Discapacidad motora severa; congénita y adquirida. 5 años de internación				x			
Discapacidad motora severa y afasia. Enfermedad adquirida. 4 meses de internación.			x				
Discapacidad motora severa y retraso mental leve, de tipo congénito. 10 años de internación		x					
Discapacidad adquirida, motora severa y trastornos psiquiátricos. 10 años de internación					x		
Discapacidad motora severa, adquirida. 3 años de internación							x
Discapacidad motora severa, adquirida. 7 meses de internación	x						
Discapacidad motora severa, adquirida. 1 año de internación						x	

En todos los casos entrevistados la discapacidad es motora y severa. Todas estas mujeres son altamente dependientes ya que la movilidad de que disponen es nula. Los tiempos de internación son variados, aunque no sobrepasan los 10 años.

Cuadro N° 2: *Motivo del ingreso*

	INAREPS	Hogar Don Orione	Geriátrico Casagrande	Geriátrico Larvi SRL	Geriátrico San F. De Asís	Geriátrico San F. De Asís	Geriátrico Puesta de Sol
	Sra. A 45 años	Sra. G 52 años	Sra. D 56 años	Sra. E 47 años	Sra. M 59 años	Sra. T 60 años	Sra. I 40 años
Fallecimiento de los padres y desentendimiento del resto del grupo familiar	x	x					x
Necesidad de atención constante, imposibilidad de la flia. de cuidarla			x		x	x	
Decisión propia por conflictos familiares graves				x			

En la mayoría de los casos entrevistados, el motivo del ingreso a la Institución se halla relacionado con conflictos familiares o abandono. Existen tres casos en donde la internación sobreviene debido a la imposibilidad de la familia de atender a su familiar con discapacidad.

Cuadro N° 3: *Nivel sociocultural y de vida anterior a la internación*

	INAREPS	Hogar Don Orione	Geriátrico Casagrande	Geriátrico Larvi SRL	Geriátrico San F. De Asís	Geriátrico San F. De Asís	Geriátrico Puesta de Sol
	Sra. A 45 años	Sra. G 52 años	Sra. D 56 años	Sra. E 47 años	Sra. M 59 años	Sra. T 60 años	Sra. I 40 años
Nivel de vida medio. Primaria incompleta		x					
Nivel de vida medio. Primaria completa				x		x	
Nivel de vida alto. Terciario completo			x				
Nivel de vida medio. Secundario completo	x						x
Nivel de vida medio. Secundario incompleto					x		

En la mayoría de los casos, las mujeres poseían un nivel de vida medio, con diversos niveles de instrucción.

Cuadro N° 4: *Actividades rentadas llevadas a cabo*

	INAREPS Sra. A 45 años	Hogar Don Orione Sra. G 52 años	Geriátrico Casagrande Sra. D 56 años	Geriátrico Larvi SRL Sra. E 47 años	Geriátrico San F. De Asís Sra. M 59 años	Geriátrico San F. De Asís Sra. T 60 años	Geriátrico Puesta de Sol Sra. I 40 años
Ejerció distintas actividades (vendedora, secretaria, telemarketer, etc.)							x
Docente de EGB			x				
Nunca realizó ningún tipo de actividad rentada	x	x		x	x	x	

En la mayoría de los casos, las mujeres entrevistadas nunca realizaron actividades rentadas, ya sea por su discapacidad, por sobreprotección de la familia, o debido a que efectuaron tareas de ama de casa exclusivamente.

Cuadro N° 5: Situación familiar (a) Situación anterior a la internación (b) Relación actual

	INAREPS Sra. A 45 años	Hogar Don Orione Sra. G 52 años	Geriátrico Casagrande Sra. D 56 años	Geriátrico Larvi SRL Sra. E 47 años	Geriátrico San F. De Asís Sra. M 59 años	Geriátrico San F. De Asís Sra. T 60 años	Geriátrico Puesta de Sol Sra. I 40 años
Posee 6 hermanos				x			
Posee 3 hijos mayores			x				
No posee familia directa	x						x
Posee 1 hijo mayor						x	
Posee esposo							x
Posee dos hijas mayores					x		
Posee 1 hermano		x					
Padre, madre, siete hermanos				x			
Madre	x						
Esposo, un hijo						x	
Esposo, dos hijas					x		
Esposo, tres hijos			x				
Madre, esposo							x
Padre, madre, un hermano		x					
Visitas esporádicas				x	x		
Fluida y permanente, visitas regulares			x			x	
Ninguna relación-abandono total		x					x
Ninguna relación-fallecimiento del único familiar directo	x						

En cuanto a la situación familiar actual, las mismas son variadas, sólo un caso no posee familiares directos. Anteriormente a la internación, todos los casos poseían familiares directos. La relación actual con la familia

presenta una gran variedad, tres casos no poseen relación por abandono o fallecimiento y cuatro mantienen algún tipo de relación, de éstos mitad son lazos fuertes y mitad débiles.

Cuadro N° 6: Matrimonio o pareja/Hijos- Relación

	INAREPS Sra. A 45 años	Hogar Don Orione Sra. G 52 años	Geriátrico Casagrande Sra. D 56 años	Geriátrico Larvi SRL Sra. E 47 años	Geriátrico San F. De Asís Sra. M 59 años	Geriátrico San F. De Asís Sra. T 60 años	Geriátrico Puesta de Sol Sra. I 40 años
Viuda. Tres hijos. Buena relación			x				
Separada Sin hijos. No hay relación.							x
Nunca se casó o tuvo pareja. Sin hijos	x	x		x			
Viuda. Un hijo. Buena relación						x	
Viuda. Dos hijas. Relación conflictiva					x		

De la totalidad de los casos entrevistados, cuatro de ellas han estado casadas, tres tuvieron hijos, y de ellas sólo una posee una relación conflictiva en la actualidad con sus hijas. El resto de los casos nunca se casó o tuvo pareja, tampoco hijos.

Cuadro N° 7: Sexualidad- Prejuicios

	INAREPS Sra. A 45 años	Hogar Don Orione Sra. G 52 años	Geriátrico Casagrande Sra. D 56 años	Geriátrico Larvi SRL Sra. E 47 años	Geriátrico San F. De Asís Sra. M 59 años	Geriátrico San F. De Asís Sra. T 60 años	Geriátrico Puesta de Sol Sra. I 40 años
No mantiene relaciones sexuales desde el inicio o agravamiento de la discapacidad.			x		x	x	x
Nunca mantuvo relaciones sexuales		x		x			
Mantiene relaciones sexuales en la actualidad	x						
Piensa que no podrá mantenerlas por su discapacidad			x	x	x		
Piensa que no sabe como hacerlo		x		x			
Piensa que nadie se va a interesar en ella		x				x	x
Cree que los hombres piensan que ella no puede hacerlo	x						x

La generalidad de las mujeres no mantiene relaciones sexuales desde que se inicia o se agrava su discapacidad, los prejuicios que reconocen en cuanto a su sexualidad son de variada índole, en su mayoría se relacionan con la creencia de que no podrán hacerlo debido a la discapacidad que poseen o que ninguna persona se interesaría en ellas.

Cuadro N° 8: *Actividades que le interesaría efectuar en la Institución (no llevadas a cabo en la actualidad)*

	INAREPS Sra. A 45 años	Hogar Don Orione Sra. G 52 años	Geriátrico Casagrande Sra. D 56 años	Geriátrico Larvi SRL Sra. E 47 años	Geriátrico San F. De Asís Sra. M 59 años	Geriátrico San F. De Asís Sra. T 60 años	Geriátrico Puesta de Sol Sra. I 40 años
Computación		x					x
Ir a la playa			x				
Manualidades				x			
Taller de arte (pintura, escultura)	x						
Repostería							x
Lectura- Biblioteca			x				
Taller de música y canto				x			
Ninguna					x	x	

Las actividades propuestas son variadas, dos mujeres expresan estar conformes con las actividades que realizan en la actualidad y no desean efectuar ninguna nueva.

Cuadro N° 9: *Relaciones con otros pacientes- profesionales y no profesionales de la Institución*

	INAREPS Sra. A 45 años	Hogar Don Orione Sra. G 52 años	Geriátrico Casagrande Sra. D 56 años	Geriátrico Larvi SRL Sra. E 47 años	Geriátrico San F. De Asís Sra. M 59 años	Geriátrico San F. De Asís Sra. T 60 años	Geriátrico Puesta de Sol Sra. I 40 años
Buena relación con todos	x	x		x		x	x
Buena con los empleados, problemas de comunicación y/o relación con algunos pacientes			x		x		

En la mayoría de los casos entrevistados, las mujeres mantienen buena relación con empleados de la Institución y con los otros pacientes.

Cuadro N° 10: *Conducta de la sociedad*

	INAREPS Sra. A 45 años	Hogar Don Orione Sra. G 52 años	Geriátrico Casagrande Sra. D 56 años	Geriátrico Larvi SRL Sra. E 47 años	Geriátrico San F. De Asís Sra. M 59 años	Geriátrico San F. De Asís Sra. T 60 años	Geriátrico Puesta de Sol Sra. I 40 años
Indiferencia	x				x		
Discriminación		x		x		x	x
No sabe			x				

La mayoría de las mujeres entrevistadas opina que la conducta de la sociedad hacia las mujeres con discapacidad es de discriminación.

Cuadro N° 11: *Percepción de actitudes de discriminación- razones*

	INAREPS Sra. A 45 años	Hogar Don Orione Sra. G 52 años	Geriátrico Casagrande Sra. D 56 años	Geriátrico Larvi SRL Sra. E 47 años	Geriátrico San F. De Asís Sra. M 59 años	Geriátrico San F. De Asís Sra. T 60 años	Geriátrico Puesta de Sol Sra. I 40 años
Se ha sentido discriminada. Por ser mujer y discapacitada	x	x				x	x
Se ha sentido discriminada. Por ser discapacitada				x			
Se ha sentido discriminada. Por ser mujer			x		x		

En la totalidad de los casos, las mujeres se han sentido discriminadas en diferentes situaciones, en la mayoría de ellos por ambas razones: ser mujer y discapacitada.

Cuadro N° 12: *Expectativas de futuro*

	INAREPS Sra. A 45 años	Hogar Don Orione Sra. G 52 años	Geriátrico Casagrande Sra. D 56 años	Geriátrico Larvi SRL Sra. E 47 años	Geriátrico San F. De Asís Sra. M 59 años	Geriátrico San F. De Asís Sra. T 60 años	Geriátrico Puesta De sol Sra. I 40 años
Estudiar y tener un título				x			
Volver a la casa			x			x	
Seguir viviendo en la Institución		x					
Vivir sola					x		x
Casarse y formar una familia	x						x

Las mujeres entrevistadas poseen diversas expectativas para el futuro, existen coincidencias en las aspiraciones de volver a sus hogares y de vivir solas, el resto posee otro tipo de expectativas.

Para cerrar este capítulo y con finalidad ilustrativa, se ha seleccionado un caso, para la realización de un **relato referido a una experiencia personal**, el cual se presenta a modo de historia de vida ilustrativa de la situación, relativa a la exclusión- inclusión y marginación- integración experimentada por una mujer con discapacidad. Por este medio se intentará registrar tanto los acontecimientos como las valoraciones que dicha persona hace de su propia existencia.

Una vez presentado el relato, con el cual se cierra el análisis de datos realizado, y considerando los objetivos de la investigación, se expondrán los resultados y conclusiones. Los mismos intentarán avanzar en la comprensión y conocimiento de la realidad investigada, contribuyendo a la intervención sobre la misma.

Relato de una experiencia personal

La Sra. I. tiene 40 años. Le diagnosticaron esclerosis múltiple cuando tenía 26 años de edad. Actualmente esta enfermedad la detiene en silla de ruedas ya que su movilidad es nula.

Hija única, su padre murió cuando ella tenía 4 meses y su madre nunca se volvió a casar. Esta última murió hace seis años atrás. Si bien la Sra. I. estaba casada, hoy se encuentra separada de hecho por decisión de su marido, quién determina su institucionalización.

Anteriormente al diagnóstico de su enfermedad, ella llevaba una vida “normal”. Estudió el ciclo primario y secundario, efectuó varias actividades rentadas, como vendedora en una boutique, secretaria en un consultorio oftalmológico y telemarketer en una empresa. Posteriormente, a los 25 años, se casa y se dedica a ejercer sólo actividades de ama de casa. A los pocos meses de casada surgen los primeros síntomas de la enfermedad, y al año le diagnostican esclerosis múltiple.

A causa del diagnóstico, el matrimonio decide no tener hijos, ya que, como ella verbaliza *“Yo pensaba que no podría cuidarlos y mi marido trabajaba muchas horas y tampoco podría...era muy joven y estaba asustada”*.

Debido a que los medicamentos que ella debe tomar con regularidad son altamente costosos, a pesar de la cobertura social que poseía, la Sra. intenta, durante los primeros años del curso de la esclerosis, cuando los síntomas aún no le impedían movilizarse y deambular, obtener empleo, para ayudar a su esposo a costear el tratamiento. Es allí cuando, según ella explicita, *“experimento mi primer encuentro con la discriminación, el primero de muchos...”*. Las causas de esta exclusión, tal como ella las ha percibido, se deben tanto a su situación de salud como a su género *“En muchos lugares era obvio que no querían mujeres, el trato que ofrecían a los hombres era mejor. Y cuando encima yo les decía que tenía esclerosis múltiple, cosa que debía decir ya que podía sufrir síntomas durante las horas de trabajo, me despedían con amabilidad, pero me despedían”*.

Con motivo de esta actitud de los empleadores en donde la Sra. I. buscó trabajo, ella ya no pudo ejercer actividades rentadas; excepto algunos empleos ocasionales.

A partir del fallecimiento de la madre de la Sra., su enfermedad empeora ostensiblemente, ya que también comienza a sufrir de una gran depresión causada por esta pérdida *“Ella era todo para mí, mi sostén. Mi marido me atendía, pero estaba casi todo el día afuera de mi casa, solamente mi madre estaba conmigo todo el día, y sufrí muchísimo cuando se fue, me sentía muy sola y creo que me dejé estar con todo, ya no quería luchar más...”*.

A pesar de que, por medio de tratamientos psicológicos y su intención de mejorar, ella pudo superar su estado depresivo y recommenzó el tratamiento médico necesario para enfrentar su enfermedad física, ésta continuó avanzando irreversiblemente. Al mismo tiempo que se quebraba, también irremediablemente, su matrimonio. Tres años después de la muerte de su madre, único familiar directo que ella poseía, sobreviene la separación de su esposo, quién decide internarla en el lugar en donde reside hasta el día de hoy, desentendiéndose de ella por completo.

La Sra. I. manifiesta sentirse cómoda en el hogar geriátrico adonde vive, a pesar de que su mayor anhelo es poder vivir sola, estudiar computación y repostería; además de volver a formar una pareja con un hombre que *“no tenga prejuicios y me acepte tal como soy”*.

Al respecto del futuro, la Sra. I expresa *“todavía tengo mucha vida por vivir y voy a seguir luchando siempre, todavía tengo mucho para dar, se me presentaron muchos obstáculos en la vida, pero los he ido superando y eso me ha hecho crecer.”*

RESULTADOS

En primer lugar, se analizará lo expuesto por las informantes clave entrevistadas, ya que su visión sobre la realidad estudiada direccionó en gran parte la investigación.

En cuanto a la forma en que la sociedad se comporta con las mujeres con discapacidad, por unanimidad coincidieron en afirmar que existía discriminación hacia ellas, aunque también para los hombres con discapacidad. *“Las barreras físicas, ideológicas y sociales son iguales para ambos sexos de discapacitados”*, como lo explicitaron las Licenciadas Gloria Perez Romaniega y Stella Iglesias. Sin embargo, también visualizan que, hacia las mujeres con discapacidad en particular, la discriminación se acentúa porque no cumplen con el ideal estético actual y surgen menos oportunidades laborales.

Las dificultades actuales para que las mujeres con discapacidad se inserten en la sociedad se refieren, para todas ellas, a la discriminación y los prejuicios, pero que son aplicables tanto a hombres como a mujeres con discapacidad. Existen dos aportes significativos en cuanto a los obstáculos visualizados: la escasa participación de las mujeres con discapacidad en todos los ámbitos, con lo cual el escollo estaría siendo generado por las mismas mujeres, que se autodiscriminan; y la visión de que las dificultades tienen también que ver con la estructura de la personalidad de cada mujer con discapacidad: *“la falta de recursos internos (emocionales y de estructura yoica) para vencer las barreras ideológicas, culturales, arquitectónicas y sociales”*.

Con respecto a la influencia de las condiciones socioeconómicas en la problemática estudiada, todas las informantes entrevistadas afirman que la misma es alta, tanto para lograr la integración y la rehabilitación, como para adquirir discapacidades congénitas: *“Si las madres no se alimentan bien, porque viven en condiciones de extrema pobreza, es muy probable que el bebé por nacer desarrolle alguna discapacidad o esté más predispuesto a adquirirlas después”* como lo explicita la Lic. Stella Iglesias. Asimismo, al respecto la Sra. Marta Andriuolo refiere *“Es preponderante la situación económica que se tenga cuando uno tiene una discapacidad, ya que es imposible realizar cualquier actividad, ya sea para la rehabilitación física, para buscar trabajo o para ir a algún lado, si no se*

cuenta con recursos económicos". En lo relativo a la influencia de las condiciones culturales, la mayoría de las entrevistadas coinciden en opinar que la cultura actual, que se afirma en la predominancia de lo estético por sobre otros valores, incide negativamente y condiciona fuertemente a las mujeres con discapacidad, que generalmente no cumplen con los "ideales" estéticos actuales.

En cuanto a las diferencias en el nivel de integración según el sexo de que se trate, las informantes claves expresaron pareceres variados, dos de ellas coincidieron en afirmar que no hay diferencias entre géneros, la integración es mínima para ambos o se relaciona con la personalidad de cada persona y no con su sexo. Por otro lado, el resto de ellas posee opiniones encontradas: la mujer con discapacidad se halla menos integrada, por razones de poca participación, retraimiento, autodiscriminación o por el machismo presente en nuestra sociedad; o se cree lo contrario: las mujeres con discapacidad poseen mayor presencia en la sociedad y se integran mejor que los hombres. Con ello, es evidente que al día de hoy no se halla en la sociedad una tendencia marcada hacia una mayor integración de un sexo que de otro, ya que existen juicios tan marcadamente encontrados en este aspecto.

Los prejuicios hacia la mujer con discapacidad están relacionados con:

- ☐ Incapacidad para ser madres y formar una familia.
- ☐ No poseer una sexualidad desarrollada.
- ☐ Creencia de que las mujeres con discapacidad poseen menor responsabilidad y rinden menos laboralmente.
- ☐ Prejuicios derivados del machismo *"no es necesario que mi hija estudie, sólo necesita encontrar un marido que la cuide"* ejemplo expresado por la Sra. Mirta Medvedovsky.

En lo que respecta a las ventajas y a las desventajas con que cuenta la internación en Hogares o Instituciones, las informantes opinan que las primeras son la compañía, socialización, cuidados más la contención médica adecuada y la cobertura de la dependencia y/o las necesidades personales. Las desventajas se vinculan con una variedad de razones: la dependencia extrema de la Institución, el encasillamiento dentro de ella, la existencia de pautas rígidas y rutinarias que resta a las potencialidades y a las

posibilidades de integración y/o rehabilitación, además de la inexistencia de Instituciones especializadas en la atención específica de discapacidades físicas.

En el tema de las posibilidades de desinstitucionalización de las mujeres que actualmente se hallan internadas, todas ellas coincidieron en que es imposible o muy difícil si no se posee una familia o un elevado nivel socioeconómico que permita contar con la ayuda de un asistente terapéutico que cubra las dependencias, así como también hasta que no se desarrollen políticas sociales integradas desde el punto de vista económico, sanitario, social y educacional hacia las mujeres con discapacidad, de manera que la institucionalización no sea la única salida ante la pérdida de una familia que cubra las dependencias, sino que se pueda contar con los recursos económicos para mantener un hogar, las posibilidades sociales de obtener trabajo para hacerlo y la educación necesaria que capacite a la mujer para encarar la vida independientemente. En este sentido, las informantes coinciden del mismo modo en que las posibilidades pasan también por la voluntad de las propias personas internadas por crear las condiciones necesarias.

En lo que respecta a las propuestas que permitan una mejor calidad de internación, las mismas tienen que ver con la creación y puesta en marcha en las Instituciones de programas y/o proyectos de formación laboral, educativos y de recreación que otorguen posibilidades de obtener empleo y potencien las capacidades existentes; asimismo se propone que las Instituciones sean abiertas y que su personal se encuentre debidamente capacitado y posea una alta vocación de servicio. Es importante destacar que debería haber mayor presencia estatal en el tema de la discapacidad, por ejemplo creando un Hogar de internación permanente de dependencia pública para personas con discapacidad física, tal como lo explicitan la Sra. Mirta Medvedovsky y la Lic. Stella Iglesias.

En segundo lugar, para adentrarnos ya en la investigación realizada, surgen los siguientes datos:

Las Instituciones y Hogares visitados en su mayoría implementan programas de rehabilitación, los mismos se efectúan con una frecuencia diaria, sólo los responsables del Instituto Nacional de Rehabilitación Psicosfísica del Sur consideran que, si bien los programas que se implementan en la Institución son de rehabilitación, los mismos llevan consigo implícitamente la integración, debido al concepto que ellos poseen de rehabilitación, el cual se refiere no sólo al aspecto físico, sino también psíquico y social.

En este sentido, los logros que esperan alcanzar con la implementación de dichos programas es lo anteriormente mencionado, al igual que uno de los Hogares Geriátricos visitados, no sucediendo lo mismo con el resto, que buscan únicamente la rehabilitación física. Sólo el Hogar Don Orione detenta como objetivo primordial de la rehabilitación que proponen la promoción personal. El resultado verificado de lo expuesto es que, en su mayoría, las Instituciones especializadas en la atención gerontológica visitadas implementan programas de rehabilitación con el único objetivo de rehabilitar desde el aspecto físico exclusivamente, no sucediendo lo mismo en aquellas Instituciones especializadas en tratar personas con discapacidad, que si bien implementan el mismo tipo de programas, lo hacen con objetivos relacionados con el aumento de las potencialidades personales.

Continuando con el tema de los programas que se implementan en las Instituciones entrevistadas, se observa que, mayormente, los mismos son similares para todas las personas internadas, sin discriminación de edades, sexos o patologías, con excepción de dos establecimientos: El Instituto de Rehabilitación Psicofísica del Sur (en adelante INAREPS) y el Hogar Geriátrico Casagrande, el primero individualiza a sus pacientes y deriva a cada uno al tratamiento específico que le corresponde; el segundo otorga tratamientos individuales adicionales cuando éstos son necesarios. Con respecto a la existencia de trabajos a nivel psicológico con los pacientes, se pudo visualizar que en la totalidad de los Hogares geriátricos visitados este tipo de trabajos no se lleva a cabo, sí sucede en las Instituciones especializadas en discapacidad, como son el Hogar Don Orione e INAREPS, que los implementan en dos niveles: grupal e individual, según cada persona lo requiera y/o lo necesite.

En cuanto a la presencia de programas de formación educativa o laboral, se verifica que la mayoría de las Instituciones estudiadas no cuenta con este tipo de proyectos, tan sólo existen en INAREPS. Esto sucede debido a que, según lo fundamentado por los representantes de las organizaciones, únicamente INAREPS tiene como objetivo Institucional lograr el alta y la reinserción en la sociedad, no sucediendo lo mismo en las restantes residencias u hogares, donde se espera una internación constante y de por vida, sin reinclusión en la comunidad de la mayoría de los pacientes que se encuentran allí internados. Lo aquí expuesto se relaciona directamente con la proyección de futuro que

hacen los directivos de las Instituciones tomadas con respecto a las mujeres con discapacidad que se encuentran internadas, exclusivamente en INAREPS opinan que lograrán la rehabilitación física, psíquica y social necesaria para reintegrarse plenamente en la sociedad, en el resto se plantea que el futuro de éstas es la institucionalización permanente.

Las actividades que se realizan en la totalidad de las Instituciones u Hogares visitados son extremadamente variadas, prevaleciendo las actividades de tipo recreativo, en especial en las residencias especializadas en la atención geriátrica; sumándose a éstas las actividades físicas y deportivas y las visitas a otras Instituciones. Se registran actividades de otra índole a éstas en dos Institutos Geriátricos y en el Hogar Don Orión. En lo que respecta a las actividades que sería interesante introducir, desde la perspectiva del personal no profesional de los establecimientos, se consideró en gran medida los cursos de tipo educativo y/o laboral, y también las tareas manuales. Es importante destacar que se mencionó la importancia de realizar cursos de computación, pero únicamente en las Instituciones especializadas en discapacidad y no en los Hogares geriátricos, lo cual es fundamentado en la edad de la mayoría de los pacientes de dichos hogares, quienes no se hallan interesados en efectuar ese tipo de actividades. La totalidad de los establecimientos estudiados ejecuta actividades de tipo recreativo, los objetivos que persiguen con ellas son de variada índole, aunque varios las realizan para la socialización y el esparcimiento, sin buscar logros terapéuticos con las mismas. Aquellas Instituciones que intentan lo contrario poseen como objetivos lo siguiente:

- ☐ Evitar el deterioro cognitivo.
- ☐ Despertar reminiscencias del pasado.
- ☐ Rehabilitar y fortalecer las relaciones entre los pacientes.
- ☐ Ocupar el tiempo libre, equilibrar los tratamientos y orientar a las personas

hacia la realización de actividades.

Tal como puede verse, es de resaltar que los dos primeros objetivos corresponden a hogares de atención geriátrica, los últimos corresponden a los dos Institutos que atienden exclusivamente personas con discapacidad.

Con respecto al contacto que los pacientes internados en las organizaciones estudiadas pueden poseer con su familia y/o amigos, se encontró que en todas ellas se

permite un acercamiento constante con éstos, pero algunas cuentan con mayor flexibilidad que otras en este sentido. La mayor flexibilidad se halla presente en los hogares de atención geriátrica, las Instituciones especializadas en el tratamiento de personas con discapacidad exigen mayor regularidad en lo que respecta a la presencia de la persona dentro del establecimiento. Esto se debe, según lo fundamentado por los directivos entrevistados, a que en estas organizaciones se realiza con los pacientes un tratamiento, basado en programas o proyectos de índole médica y social, que no pueden ser interrumpidos. Esto sucedería, con la consiguiente consecuencia negativa para la rehabilitación del paciente, si la familia se lo llevara durante períodos de tiempo no determinados a su casa, tal como sucede en las residencias especializadas en la atención geriátrica.

El programa que, a opinión de los directivos de las Instituciones visitadas, es fundamental llevar a cabo con las mujeres con discapacidad internadas es, para muchos de ellos, aquél que está relacionado con la cobertura de las necesidades básicas de las mujeres, pero no solamente desde el punto de vista de manutención de ellas, sino también la entienden como la cobertura de la dependencia que estas mujeres puedan detentar. Otras respuestas fueron:

- ☐ Estimulación física y cognitiva
- ☐ Fortalecimiento de los vínculos con la familia
- ☐ Todos son indispensables

En cuanto a la forma en que las mujeres viven la internación, desde el punto de vista del personal no profesional que se halla en permanente contacto con ellas, la mayoría coincide en que la viven positivamente, sin conflictos personales o de convivencia con el resto de las personas internadas o el personal de la Institución. Tal como lo explicita la Srita. L., mucama de uno de los hogares geriátricos... *“Ella está contenta acá, desde ya que extraña a su familia, pero desde que ellos ya no están, esto es como una segunda familia y un segundo hogar para ella...”*

En lo que respecta a la posibilidad de lograr la desinstitucionalización para estas mujeres, la mayor parte de los directivos entrevistados acuerdan en la opinión de que la misma no es viable, por una o todas las siguientes razones:

☐ No cuentan con familia o la misma no puede o no quiere contener adecuadamente a su familiar.

☐ Poseen una discapacidad severa con un alto grado de dependencia que les impide desenvolverse solas.

☐ No cuentan con recursos económicos suficientes para autosustentarse.

El equipo interdisciplinario de las Instituciones u Hogares estudiados, especialmente los Trabajadores Sociales entrevistados, cumplen una variedad de roles dentro de éstas, a saber:

☐ Orientar, estimular, clarificar.

☐ Contención de los pacientes.

☐ Realizar entrevista de admisión.

☐ Efectuar el seguimiento de los pacientes.

☐ Trabajar en conjunto con los familiares de los pacientes internados y contener a los mismos.

☐ Mantener contacto con otras Instituciones para lograr la realización de actividades recreativas.

☐ Tramitar juicios de insania y/o pensiones por discapacidad.

La mayor coincidencia se encuentra en los roles de orientador y contenedor de los pacientes, así como la contención y el trabajo en conjunto con la familia de éstos. Los tipos de intervenciones utilizados con más frecuencia son los de orientación, apoyo e información, dirigidas a los pacientes y a su familia.

En cuanto a las actividades que el equipo interdisciplinario desarrolla, exclusivamente con el fin de favorecer la integración y/o rehabilitación de las personas internadas, las mismas tienen que ver con la realización de tareas conjuntas con otras Instituciones relacionadas con la problemática, y acciones tendientes a orientar para el aprendizaje que les permita desenvolverse independientemente ante la discapacidad. Un ejemplo de esto último sería *“Nosotros les enseñamos a caminar otra vez, pero ahora con una silla de ruedas, a cruzar la calle, a subir el cordón de la vereda, son pequeñas cosas pero que resultan muy importantes a la hora de enfrentarse con ellas...A la familia también hay que orientarla, hay muchos artefactos, amoblamientos y aspectos edilicios de las casas que hay que modificar, por ejemplo...”* Así lo explicitan la Terapista

Ocupacional y una de las Trabajadoras Sociales del Hogar Casagrande e INAREPS, respectivamente.

La totalidad de los profesionales consultados efectúan diagnóstico de situación, refiriéndonos únicamente a los Licenciados en Servicio Social entrevistados, se verifica que las pautas tenidas en cuenta por todos ellos son el aspecto familiar, socioeconómico y cultural de las mujeres. A ellos se suma, en algunos casos, otros ítems tenidos en cuenta por algunos de ellos, como ser:

- Motivo de la decisión de ingresar.
- Situación de riesgo para la persona con discapacidad, es decir, si es necesaria la internación debido a maltrato familiar, abandono, etc.
- Tratamiento a seguir.
- Situación física y médica. Esta pauta es utilizada por las Terapistas Ocupacionales integrantes del equipo interdisciplinario.

Las relaciones que el equipo establece con las mujeres con discapacidad internadas son positivas en todos los casos, aunque esto sucede, la mayoría de las veces, a medida que se afianza el vínculo entre profesional- asistido. *“En un principio la relación es buena, aunque se nota que les cuesta abrirse, contarnos sus cosas, confiar... Luego, cuando ven que el interés pasa por brindarles ayuda, ya sea médica o social, se van abriendo y se conforma una relación positiva con un verdadero ida y vuelta”* como lo explicita la Lic. Virginia Palomino, Jefa de Servicio del Departamento de Servicio Social de INAREPS.

En cuanto a las demandas que el equipo recibe de las mujeres con discapacidad internadas, las mismas varían desde las asistenciales hasta la puesta en práctica de actividades culturales y educativas, pasando también por las demandas de información, esparcimiento y llamados a la familia, si esto último lo controla algún integrante del equipo profesional. La mayor parte de las demandas se refieren a efectuar actividades recreativas, de esparcimiento (salidas al exterior de la Institución), y culturales y educativas (realización de cursos, lectura en grupo, etc.).

Debido a que una función importante del equipo interdisciplinario, especialmente los Trabajadores Sociales, se refiere al trato con la familia de la mujer con discapacidad, todos los profesionales vistos mantienen contacto asiduo con ésta, siempre y cuando la

mujer internada posea familia. Las disposiciones del grupo familiar hacia los profesionales son buenas y positivas en todos los casos, de la misma índole son las actitudes hacia su familiar internado. En lo que respecta al tipo de intervenciones que se llevan a cabo con ellos, las mismas se relacionan, la mayor parte de las veces, con el apoyo y la orientación, aunque también se destacan las intervenciones de clarificación de rol, control, asistencia, información y derivación hacia tratamientos psicológicos, llegada la ocasión. Cabe destacar que, en el caso del Hogar geriátrico visitado que no cuenta con Trabajadora Social dentro del equipo interdisciplinario, no se efectúa ningún tipo de intervención con la familia.

En la totalidad de las Instituciones contactadas se trabaja interdisciplinariamente, aunque los objetivos que persiguen con este tipo de trabajo difiere si la organización en cuestión es un geriátrico o una Institución dedicada a las persona con discapacidad. En el último caso, el objeto del trabajo en conjunto es la rehabilitación integral de los pacientes internados, para los profesionales que intervienen en hogares especializados en atención a ancianos, la meta del trabajo en equipo es la atención integral de los pacientes, sin tener en cuenta la rehabilitación y/o integración de las personas internadas. Existen algunas dificultades para efectuar este tipo de trabajo en algunas Instituciones visitadas, aunque sólo sucede en dos de ellas, y se relacionan con las diferencias en el nivel de capacitación de los distintos miembros, que conlleva dificultades de interacción entre ellos (Hogar Casagrande), y las actitudes personales de algunos profesionales, que en ocasiones no se integran al trabajo en equipo (INAREPS).

En cuanto a la puesta en práctica de gestiones con otras Instituciones, para favorecer la integración y/o rehabilitación de las mujeres con discapacidad internadas, los profesionales se contactan con diferentes organizaciones de la comunidad, con el fin de efectuar actividades recreativas, brindar asistencia alimentaria y sanitaria, ofrecer elementos ortopédicos y socializar con otras personas, tan sólo en dos casos se reconoce no efectuar gestiones de este tipo.

Con referencia a la existencia de obstáculos para el logro de la rehabilitación/integración de las mujeres, únicamente uno de los profesionales entrevistados refiere no detectar ninguno, en el resto de los casos, los Trabajadores Sociales y Terapistas Ocupacionales visualizan que la dificultad principal se observa en aquellos casos que

poseen patologías crónicas, gran dependencia y limitación para realizar cualquier tipo de actividad, donde la rehabilitación no es posible, mantener al paciente es lo meramente probable. Asimismo, otros obstáculos señalados son el deterioro estético y social actual que conduce al aumento de actitudes abandonicas por parte de los familiares y la disposición discriminatoria de la sociedad.

Según el parecer de todos los integrantes del equipo interdisciplinario en contacto permanente con mujeres con discapacidad que se pudo contactar, la influencia de la cuestión de género para la integración de ellas es negativa, la mayoría refiere que esta influencia negativa se extiende hacia la integración en la sociedad en todos los ámbitos. Otros opinan que lo es para obtener trabajo, y en el resto de los aspectos igual para ambos sexos, o que lo es para formar una familia, llevar adelante una casa y adquirir empleo.

Adentrándonos ya en las entrevistas realizadas a las mujeres con discapacidad internadas que se pudo contactar, se registra que todas ellas poseen una discapacidad motora severa, siendo por la característica de la discapacidad que detentan, altamente dependientes, sin ningún tipo de posibilidad de deambule en todos los casos. Los tiempos de internación de ellas son múltiples, aunque en ningún caso sobrepasan los 10 años.

Las causas que motivaron la internación de estas mujeres se relacionan, la mayor parte de las veces, con conflictos familiares o desamparo, o también por imposibilidad del grupo familiar de atenderlas debidamente. Cabe destacar que únicamente una de ellas toma la decisión personal de ingresar a una Institución. La Srita. E. verbaliza que *“la situación en mi casa era terrible, no se podía vivir más así. Yo tuve que tomar una decisión, o me iba o me moría, porque estaba muy deprimida... por último decidí que lo único que me quedaba por hacer era internarme en algún lado, y lo hice”*. El resto se institucionaliza porque “debe” hacerlo, por decisión familiar o razones de fuerza mayor (abandono o fallecimiento del o los único/s familiar/es a cargo).

Con respecto al estilo de vida y status sociocultural anterior a la internación, la mayor parte de las mujeres entrevistadas expresan que poseyeron un nivel de vida de clase media, una de ellas alto. El nivel sociocultural es heterogéneo, desde contar con un nivel de enseñanza mínimo (primaria incompleta), hasta gozar de una instrucción alta. La generalidad de estas mujeres nunca efectuó ningún tipo de actividad rentada, por diferentes motivos tales como:

- ❑ Sobreprotección de la familia.
- ❑ Limitadas por la discapacidad que poseen, que les impide movilizarse desde niñas.
- ❑ Se dedicaron a realizar tareas de ama de casa.

En otros casos, las mujeres obtuvieron empleos diversos o siempre se desempeñaron como docentes, antes de adquirir la discapacidad actual.

En lo relativo a los grupos familiares de estas mujeres, actualmente la mayoría de ellas poseen familia directa, sólo un caso no cuenta con ningún tipo de parientes directos (sí indirectos, pero sin contacto con ellos), debido al fallecimiento de ambos padres. Anteriormente a la internación, la totalidad de ellas contaban con familiares directos, ya sea familia de origen o producto de casamiento. Actualmente, existe una pluralidad en cuanto a la relación que mantienen con su grupo familiar, refiriéndonos siempre a los casos que detentan familiares, los lazos relacionales van desde muy fuertes, fluídos y permanentes, con visitas regulares (dos casos), lazos débiles con visitas esporádicas (dos casos), hasta nulos por abandono total (dos casos).

En lo referente a la existencia de pareja o esposo, actualmente o en el pasado, así como de hijos, cuatro mujeres han estado casadas y tres de ellas tuvieron descendencia, de éstas últimas, la relación actual es para la mayoría buena, exclusivamente una de ellas tiene una relación conflictiva con sus hijas. Se habla tan sólo de la relación con los hijos ya que actualmente estas cuatro mujeres se hallan viudas o separadas. El resto nunca se casó o tuvo pareja, y tampoco descendencia.

En cuanto a la sexualidad de estas mujeres, y los prejuicios propios o ajenos hacia ella, se puede verificar que la generalidad de ellas no mantiene relaciones sexuales desde que su discapacidad se inició o agravó. Es importante destacar que aquellos dos casos de mujeres que poseen discapacidad congénita nunca mantuvieron relaciones sexuales, ni tampoco tuvieron nunca ninguna relación sentimental. Sólo una de ellas sostiene relaciones sexuales en la actualidad, ya que se encuentra en pareja. Los prejuicios referidos por ellas son múltiples, aunque mayormente son propios, tales como:

- ❑ No podrá mantenerlas debido a su discapacidad.
- ❑ No sabrá como hacerlo ya que nunca lo hizo con anterioridad.
- ❑ Nadie se interesaría en ella debido a su discapacidad.

Unicamente dos mujeres exponen la existencia de un prejuicio ajeno, relativo a que piensan que los hombres creen que no pueden hacerlo debido a la discapacidad. Una de ellas expresa *“yo nunca me sentí imposibilitada para ejercer mi sexualidad, ni antes de estar discapacitada ni después, me sentí limitada en ese sentido. Lo que sí encontré una vez estando discapacitada es la limitación que me ponían los demás, los hombres. Se acercaban a mí como mujer, y me demostraban que estaban interesados, pero no se atrevían a proponerme nada, alguno por que estaba convencido de que era inútil porque yo no podía, otro por miedo a que no pudiera hacerlo. Tuvimos que hablar mucho para que cambiara su actitud”*.

Las actividades que les interesaría efectuar y que no realizan en la actualidad, ya que la Institución de pertenencia no las implementa, son:

- ☐ Repostería.
- ☐ Taller de Lectura- Biblioteca.
- ☐ Manualidades.
- ☐ Taller de Arte (pintura, escultura).
- ☐ Taller de música y canto.
- ☐ Computación.
- ☐ Ir a la playa.

La única actividad propuesta en donde existe más de una interesada es computación (dos mujeres la proponen). Es importante destacar que dos mujeres no proponen ninguna actividad nueva que les interese efectuar, ya que declaran sentirse conformes con las que realizan diariamente en la Institución, y resulta coincidente también el hogar de pertenencia, ya que ambas residen en el mismo.

Las relaciones que ellas establecen con el personal de la Institución y con el resto de los pacientes son, para la mayoría de estas mujeres, positivas. Dos casos verbalizan mantener buenas relaciones con el personal pero no con la totalidad de los pacientes, con quienes tienen problemas de comunicación y/o relación, pero es importante resaltar que una de las mujeres que refiere esto lo hace debido a que posee afasia, y la manera de comunicarse que ella implementó a veces no es comprensible para los abuelos del hogar donde ella vive, por lo que se evidencia que las dificultades no resultan del mantenimiento de una mala relación.

La percepción que estas mujeres tienen de la conducta de la sociedad hacia ellas es, por lo general, de discriminación. Otras refieren que existe indiferencia, opinan que la sociedad no ejerce una conducta de directa agresión como podría ser la discriminación, pero que no se interesan por la problemática y por lo tanto, no llevan a cabo ninguna acción de cambio. A pesar de esto, las dos mujeres que creen que la actitud de la sociedad no es discriminatoria, sí se han sentido discriminadas en algún momento por alguna persona, por la razón de ser mujer o por ser mujer y además discapacitada. De hecho, la totalidad de las mujeres entrevistadas han sentido la discriminación en algún momento de sus vidas, y la mayor parte de ellas la han experimentado por dos razones aunadas: ser mujer y ser discapacitada. Otro caso, además del ya nombrado, se ha sentido discriminada exclusivamente por ser una mujer, y uno más lo ha sentido por la discapacidad que sufre, independientemente del sexo.

Para finalizar, las mujeres internadas contactadas expresaron distintas expectativas para su futuro, varias de ellas aseveraron el anhelo de volver a sus hogares junto a sus familias, y otras, vivir solas. También existen otras aspiraciones, tales como casarse y formar una familia, en el caso de la señora que se halla en pareja en la actualidad o continuar viviendo en la Institución adonde se encuentra en el presente, tal como lo expresa una de ellas, ya que allí descubrió una segunda familia. Otra mujer desea estudiar para obtener un título, que le permita ejercer alguna actividad calificada.

C-CONCLUSIONES.

Para comenzar, la primer situación que se estima conveniente destacar es que, comúnmente, cuando alguien se refiere a las personas con discapacidad, plantea una dicotomía entre “normales” y “anormales”. Esto no debe ser de esta manera, pues la cuestión se refiere a hablar de personas con capacidades, en mayor o menor medida, distintas del patrón cultural vigente. Por lo tanto, sería importante para el trato diario, para el trabajo y para la integración de las personas con discapacidad, acordar conceptos de base, librados de prejuicios y no peyorativos, como así también emplear palabras que complementen lo que se predica desde el discurso.

Se considera adecuado aclarar, tal como ya se ha realizado en la introducción a esta tesis, que este estudio es una indagación sobre el tema en cuestión, que no se fundamenta en una cuestión cuantitativa respecto a una alta incidencia de casos estudiados, por lo cual estas conclusiones no intentan dar lugar a generalizaciones taxativas.

Debido a las dificultades ya mencionadas con anterioridad para acceder a investigaciones científicas sobre el tema escogido, se decide confeccionar el cuerpo teórico que sustenta esta exploración, combinando dos temas que generalmente han sido tratados individualmente: por un lado la discapacidad en general, sin discriminar el sexo de quién la detenta, y por otro, la cuestión de género, tan en boga en nuestros días, por supuesto referida a la situación de las mujeres en general.

Se considera que ha quedado correctamente explicitado, mediante la conjunción mencionada y por las entrevistas efectuadas a informantes claves que ofrecieron una aproximación empírica a la realidad estudiada, que las mujeres con discapacidad física, sufren de una doble discriminación, tanto debido a la discapacidad que poseen, como por el hecho de ser mujeres en una sociedad que se ha formado sobre bases eminentemente patriarcales. A esta situación de extrema vulnerabilidad, se suman los obstáculos que devienen de las exigencias culturales actuales para las mujeres, especialmente aquellas referidas a la sobrevaloración de la apariencia física “perfecta. Este fenómeno implica que las mujeres que sufren “defectos” físicos (según el juicio de la sociedad), sean objeto, en muchos casos, de críticas, burlas y rechazo social, lo cual conduce a detentar profundos desequilibrios psicológicos, especialmente minusvaloración, tendencia al retraimiento y a

la autodiscriminación, aunado a un permanente estado de angustia debido a la imposibilidad de responder a estos parámetros externos de gran exigencia.

Lo anteriormente mencionado, coadyuvado por los intensos prejuicios existentes, referidos a la imposibilidad que estas mujeres tienen para ejercer su sexualidad y a la incapacidad que ellas poseen para ser madres, para poder fundar y atender a las necesidades de una familia, reflejarían la extrema vulnerabilidad, exclusión y marginalidad de la mujer con discapacidad en nuestra sociedad.

En cuanto a la información recogida en campo, la primera observación de envergadura que se considera prioritario destacar es la inexistencia de hogares, Instituciones o residencias que actúen como albergues permanentes y atiendan exclusivamente a individuos con discapacidad física, en particular de dependencia pública, ya que en la esfera privada existe el proyecto de implementar un hogar cooperativo dedicado a estas personas. Sin embargo, y debido a que hasta el momento de realizar este estudio el proyecto del hogar cooperativo mencionado no se encuentra en ejecución, estas personas deben, en el caso de no poseer una familia que los contenga o un alto nivel de recursos económicos que les permita contar con un asistente personal, residir en Instituciones u Hogares geriátricos que no se hallarían diseñados para atender las necesidades específicas de individuos con discapacidad exclusivamente física. Por ello sus objetivos, disposición edilicia, recursos humanos y actividades y/o programas que implementan, resultarían inadecuados para cubrir las necesidades bio- psico- sociales de las personas adultas con discapacidad, incluídas las mujeres.

En particular sobre las mujeres con discapacidad entrevistadas para la presente investigación, es importante destacar que, de los siete casos observados, cinco de ellos residen en Hogares geriátricos, residencias que, según los datos obtenidos, resultarían ser las Instituciones menos adecuadas para albergar y atender las necesidades de estas mujeres no gerontes. Se arriba a esta conclusión debido a las variables empíricas observadas en las diferentes organizaciones visitadas, a saber:

Los programas y/o proyectos que implementan buscan exclusivamente la rehabilitación de la persona residente en el hogar, en la mayoría de ellos el concepto de “rehabilitar”, implica el aspecto físico del concepto exclusivamente, y los tratamientos que llevan a cabo, generalmente, son similares para todos los internados.

A diferencia de las Instituciones que trabajan con personas con discapacidad, las residencias de atención gerontológica no efectuarían trabajos a nivel psicológico con los pacientes, ya que en ningún caso contactado se detectó la presencia de profesionales expertos en la materia.

Otro aspecto importante a destacar sobre este tipo de moradas para las mujeres con discapacidad, considerando exclusivamente aquellas visitadas para efectuar el presente trabajo, es que en ninguna de ellas se implementan programas y/o proyectos de tipo educativo o de formación laboral, sólo se efectúan actividades de tipo recreativo (en varios de los casos, sin valor terapéutico, y en el caso de aquellas que poseen un valor de este tipo sólo buscan despertar reminiscencias del pasado o evitar el deterioro cognitivo); físico y/o deportivo en la mayoría de ellos, aunque los no profesionales pertenecientes a estos hogares consideraron que sería importante implementar actividades de otro tipo, tales como cursos o manualidades. Las mismas, como personalmente se opina, podrían ser útiles para el posterior desenvolvimiento de la persona internada.

En este tipo de organismos se permitiría que los residentes se ausenten de la Institución durante períodos de tiempo prolongados, se estima que esto sucede debido a que no se llevarían a cabo programas y/o proyectos de tipo médico y/o social que requieran un seguimiento continuo de los profesionales intervinientes, para arribar al objetivo de la rehabilitación bio- psico- social de la persona internada. Por la misma causa, y debido a que se considera que los profesionales y directivos de los hogares geriátricos visitados se hallarían encuadrados únicamente en el logro de la rehabilitación física, consideran que los programas indispensables que se deben llevar adelante con las mujeres con discapacidad son relativos exclusivamente a la cobertura de las necesidades básicas (tanto de manutención como dependencia) y a la estimulación física y cognitiva, ninguno de ellos consideró importante la integración y/o la normalización para estas mujeres.

Es necesario destacar que las residencias especializadas en la atención gerontológica, tal como su nombre lo indica, se encontrarían abocadas a responder a las necesidades de otro tipo de población- meta, distinto de las personas con discapacidad. No se trata de demonizar este tipo de hogares, sino de comprender que producto de su especialidad surgen los objetivos direccionadores de este tipo de Instituciones, que no persiguen la reinserción en la sociedad de sus pacientes ni la integración de los mismos, sino

únicamente ofrecer una atención integral a aquellas personas que, por diferentes causas, permanecerán institucionalizadas de por vida. Como ya se ha dicho, son estos hogares los que albergan en la actualidad a la mayor parte de los casos contactados, lo cual evidencia la gran falla que existe al no contar con residencias exclusivas para discapacitados físicos, y que se traduce en la vulnerabilidad y la falta de atención prevaleciente actualmente para los individuos con discapacidad en general, ya que se detecta la presencia de ambos sexos de este tipo de personas residiendo en estos hogares.

En cuanto al resto de las Instituciones contactadas, éstas dedicadas a la temática de la discapacidad, tanto física como mental, se observó la presencia de programas y/o proyectos dedicados a la rehabilitación física, psíquica y social de sus pacientes, la existencia de trabajos a nivel psicológico con los mismos, la presencia de proyectos y actividades tendientes a la capacitación y la formación educativa y laboral, en uno de ellos, y la existencia de actividades recreativas con valor terapéutico tales como “rehabilitar y fortalecer las relaciones entre los pacientes”, todo lo cual se considera profundamente positivo para la integración de las personas con discapacidad, pero con la salvedad de que ninguna de ellas es en sí misma una residencia permanente para estas personas, sólo residen en éstas casos excepcionales que no intentan multiplicar.

Con respecto a la labor de los Trabajadores Sociales dentro de las Instituciones de referencia, se ha observado que, en todos los casos, ya sea que éstos desempeñen sus funciones en organizaciones dedicadas a la discapacidad como en geriátricos, cumplirían con aquello que se espera debe ser la correcta intervención profesional en rehabilitación, ya que orientan, contienen e informan a la mujer con discapacidad, siempre dentro de la formación de un vínculo de empatía con ellas, que les permite establecer y mantener relaciones positivas desde el comienzo. Asimismo, trabajan en conjunto con la familia de estas mujeres, también conteniendo, orientando y apoyando al grupo familiar con el objetivo de detectar posibles situaciones de rechazo, negación, sobreprotección o actitudes abandonicas en ellos, tratando constantemente de generar, mediante este tipo de intervenciones, actitudes de aceptación y de estímulo hacia la mujer con discapacidades, intentando que éste pueda comprometerse realmente con la situación de su familiar y participar activamente de su tratamiento. Esto se logra mediante el establecimiento de relaciones positivas que permiten que no exista en ninguno de los casos detectados que

cuentan con familiares directos, actitudes negativas de la familia hacia el profesional o hacia la mujer con discapacidad internada.

Se considera necesario destacar que, como implícitamente ha quedado demostrado, realizar intervenciones conjuntas con la familia de la mujer con discapacidad es fundamental, y se ha observado que, de la totalidad de las Instituciones estudiadas sólo en una de ellas no se realizaba trabajos con el grupo familiar de la mujer con discapacidad allí internada, y ese Hogar resulta ser la única residencia visitada que no contaba con Trabajadoras/res Sociales dentro de su plantel institucional, ya que ninguno de los profesionales existentes contaba con la preparación adecuada para efectuarlas.

La totalidad de las Trabajadoras Sociales entrevistadas realiza diagnóstico de situación, el cual es sumamente relevante para conocer la situación personal y familiar de la mujer con quien se intervendrá, conocer cuáles son sus percepciones sobre la discapacidad que detenta, sus expectativas y vivencias, para de esta forma establecer las más adecuadas estrategias a seguir, para así lograr la rehabilitación integral de la mujer.

Otro aspecto observado, y que se considera sumamente valioso en cuanto a la labor que desempeña la profesión dentro de la problemática analizada, es que en todos los casos estudiados, se trabaja interdisciplinariamente con el objetivo de brindarle a la mujer con discapacidad internada el máximo de atención profesional. Sin embargo, también es necesario tener en cuenta que los Trabajadores Sociales, debido a que no efectúan su trabajo aisladamente de la Institución donde se hallan insertos, deben amoldar sus acciones de acuerdo a los objetivos institucionales, y, como ya se ha dicho, en aquellos hogares especializados en atender población geronte, el trabajo interdisciplinario que se realiza a favor de las mujeres con discapacidad internadas se hallaría circunspecto sólo a brindarles una atención integral y no a la rehabilitación, a pesar de los profesionales del Servicio Social intervinientes.

Se estima conveniente resaltar que, ya que se considera que el contacto permanente con otras Instituciones de la comunidad es parte primordial del proceso rehabilitador, se ha buscado detectar la presencia de este tipo de contactos entre profesionales de diferentes organizaciones, encontrándolo en la gran parte de los casos estudiados. A pesar de ello, se evalúa que los acercamientos efectuados, la mayor parte de las veces, no se realizarían con el fin de lograr una verdadera integración a la comunidad de las mujeres con discapacidad

internadas (como por ejemplo, realizar contactos con empresas o centros de formación que les permita capacitarse y/o obtener empleos a estas mujeres), sino con el fin de proveerles elementos ortopédicos, asistirlos materialmente o efectuar actividades recreativas conjuntas.

Es importante destacar que los profesionales entrevistados desarrollan su labor sobrellevando importantes dificultades que se derivan de la disposición discriminatoria de la sociedad y el gran deterioro estético y social actual, que conduce al aumento de actitudes abandonicas por parte de las familias, a la marginación y la exclusión social. Frente a esto, se evalúa que los Trabajadores Sociales realizan una lucha cotidiana para encarar estos problemas y revertirlos, mediante la comunicación racional, la reflexión y la deliberación común, tanto con el paciente como con su familia, evitando el esquematismo en la resolución de los casos y el puro trabajo “de oficina”.

El trabajador social, a través de la ejecución de diferentes proyectos, ha participado en el intento de integrar a la comunidad a la persona con discapacidad; dicho intento ha generado a través del tiempo y en las diferentes culturas, actitudes que fueron evolucionando. La presencia de la persona con discapacidad en el ámbito comunitario ha motivado diferentes conductas propias y de los demás como automarginación, marginación, rechazo, agresión verbal o física, lo cual evidencia diferentes niveles de conocimiento y conciencia social. Por eso, es de relevancia la intervención del trabajador social en la implementación de proyectos que intenten generar una toma de conciencia, en forma programada, como punto de partida de la acción en materia de discapacidad. Esto implica precisamente, la difusión de los valores para prevenir sus causas y hacer a cada miembro de la comunidad responsable de una sana, respetuosa e igualitaria conciencia.

Es por esto que se estima de substancial importancia generar programas con el objetivo de conocer y comprender las diferencias en las capacidades de las personas, ya que esto es la base de su aceptación .

Se evalúa que la actuación del profesional en Servicio Social en relación con la temática planteada debería considerar algunos lineamientos tales como:

- Generar y desarrollar la capacidad de las personas de vivir juntas respetando los derechos y diferencias de cada individuo, motivando la participación activa en la toma de decisiones que le afectan directamente.

- Propiciar un consenso entre mujeres con discapacidad física, familiares, directores y responsables de las diferentes Instituciones vinculadas a la problemática, y organismos decisores de gobierno en cuanto a los bosquejos generales a tener en cuenta a la hora de generar proyectos de integración. Para ello los asesorará en la búsqueda de alternativas con miras a la resolución de los obstáculos existentes y a la satisfacción de las necesidades detectadas.
- Informar a las mujeres con discapacidad acerca de los recursos institucionales disponibles, ya sean servicios especializados o legislación social, así como sobre temas relacionados con problemas sociales y derechos sociales.
- Actuar como mediador entre el individuo, familia, grupo u organización, con las instituciones que prestan los servicios que necesitan y/o demandan.
- Facilitar a través de la implementación de actividades, el acceso de las mujeres con discapacidad a ámbitos de participación social.

Se considera como alternativa adecuada la posibilidad de que los trabajadores sociales actúen como mediadores entre las diferentes fuerzas existentes, a favor de los principios de normalización e integración; privilegiando el valor de la singularidad de cada persona, sus potencialidades antes que el déficit. Se debería basar la intervención en la participación, la cooperación, y la solidaridad para la formación de una sociedad que acepta las diferentes capacidades individuales, brindando las mismas oportunidades y derechos a cada uno de los integrantes.

Las conclusiones a las que se arriba a partir de las entrevistas realizadas a las mujeres con discapacidad internadas son de variada índole, como ser:

El hecho de que todas las mujeres detectadas posean una discapacidad física que por sus características las torne altamente dependientes, y que la mayor parte de ellas sufran de abandono, desamparo o conflictos familiares, son indicadores de que la institucionalización sería el último recurso al que se acude, ya que estas mujeres unánimemente expresan preferir vivir con su familia o solas, sólo que les resulta imposible hacerlo. Tal vez si existieran dentro de la comunidad Instituciones adecuadas, especializadas en la atención de la discapacidad física, de dependencia pública o inclusive privada, pero que tome en cuenta los recursos disponibles de cada mujer, y donde el

objetivo principal sea la reinserción y la integración a la sociedad en la medida de lo posible, la institucionalización dejaría de ser un recurso negativo para convertirse en una verdadera opción.

Es importante el hecho de que, aquellas mujeres entrevistadas que nacieron con una discapacidad física o la adquirieron a edades tempranas, a diferencia de algunas de ellas que la obtuvieron o sus síntomas se manifestaron después (con excepción de quienes siempre fueron amas de casa), nunca efectuaron actividades rentadas de ningún tipo, y las razones de ello tienen que ver, en la mayor parte de los casos, con la presencia de actitudes sobreprotectoras en la familia de origen, lo cual verifica la hipótesis expresada en el marco teórico acerca de que dichas actitudes favorecerían en gran medida la institucionalización futura, ya que estas mujeres no estaban capacitadas para desenvolverse independientemente en la vida, una vez desaparecidos sus familiares.

Otro aspecto importante a analizar se refiere a la sexualidad de estas mujeres y los prejuicios que existen, tanto en la comunidad como las aprensiones interiores en ellas, las cuales seguramente devienen de la educación familiar y también producto de los prejuicios sociales presentes. Se verificó que la mayor parte de ellas no mantiene relaciones sexuales desde que su discapacidad se inició o agravó, pero aquello más destacable es el hecho de que las mujeres contactadas que poseen discapacidad física desde su nacimiento nunca mantuvieron relaciones sexuales o tuvieron algún tipo de relación de pareja, y ello sucede debido a que poseen prejuicios propios, tales como imposibilidad para hacerlo, incompetencia o desinterés de los demás, los cuales son meramente figurados, ya que ninguna de ellas ha verificado en la realidad estas conductas, y se considera, como ya se ha dicho, que estas aprensiones son reflejos de actitudes prejuiciosas existentes en la sociedad, actuando la familia de cada una de estas mujeres como correa de transmisión de los mencionados prejuicios.

Existe una gran variedad de actividades que a estas mujeres les interesaría efectuar dentro de la Institución donde residen, y éstas se refieren a la adquisición de saberes, al arte y la lectura, por lo general, lo cual debería ser un llamado de atención para los responsables de las Instituciones y sobre todo para los Trabajadores Sociales, que deberían arbitrar los medios para poder ejercerlas, ya que aumentarían la percepción de “ser persona” para estas mujeres, lo cual no se logra sólo con actividades recreativas.

Se evidencia que, a pesar de que en la mayoría de los casos, estas mujeres conviven diariamente con personas que no pertenecen a su grupo étnico, las relaciones que ellas establecen con sus compañeros gerontes son buenas y positivas, creando verdaderos vínculos de compañerismo y amistad, y lo mismo sucede con estos últimos hacia las mujeres jóvenes con discapacidad internadas. Es por ello que se estima que las diferencias generacionales que se creía, al iniciar este estudio, podrían generar problemas relacionales, no traen aparejados dichos conflictos.

Las mujeres entrevistadas han coincidido, en su mayor parte, en referir que la conducta de la sociedad hacia ellas es de discriminación. La generalidad de estas mujeres se ha sentido discriminada, y es importante destacar que, según varias de ellas, esto sucede debido a la conjunción de dos razones: por la cuestión de género sumada a la cuestión de la discapacidad que detentan. Esto viene a reconfirmar aquello que ya se había visualizado al analizar el material teórico existente sobre el tema; con lo cual se reafirma lo anteriormente mencionado: las mujeres con discapacidad sufren de una doble segregación. El resultado de esto es, considerando las opiniones vertidas por los equipos interdisciplinarios contactados, específicamente acerca del asunto del género, que la integración de las mujeres se ve seriamente obstaculizada, debido la influencia negativa que trae aparejado este tema. Dicha influencia se extiende hacia todos los ámbitos, y dificultaría tanto la oportunidad de recibir la misma calidad de educación, como la ocasión de obtener un empleo.

Es de resaltar que, analizando las expectativas que estas mujeres verbalizan para su porvenir, las mismas distan sobremanera de acercarse a las opiniones que los profesionales y directivos de las Instituciones visitadas tienen sobre sus posibles futuros, ya que éstos generalmente opinan que la institucionalización permanente es lo único que ellas pueden esperar, mientras que las mujeres contactadas poseen aspiraciones de salir de la Institución en su abrumadora mayoría. Esta contradicción presenta para los profesionales, por un lado, la necesidad de exponer claramente a estas mujeres sus puntos de vista y debatirlos con ellas, y por otro, el desafío de comenzar a imaginar nuevas formas de lograr la tan ansiada desinstitucionalización que las mujeres reclaman, sin descartarla por imposible, como lo consideran la mayor parte de ellos. Si bien es cierto que actualmente, por múltiples razones, la misma es inviable, esto no significa que continúe siendo de la misma

manera, y es responsabilidad de estos profesionales en contacto directo con quiénes poseen la necesidad, abrir los caminos que sean necesarios para revertir la situación existente.

PROPUESTA DE INTERVENCION.

Teniendo en cuenta las conclusiones expuestas, que se derivan tanto del material teórico hallado como del estudio en campo realizado, se estima que una propuesta exclusiva no sería suficiente para solucionar los problemas descubiertos. Es por ello que se esbozan varias **propuestas**, todas ellas con el fin de aportar **alternativas de intervención** que intenten, no sólo mejorar la calidad de vida de las mujeres adultas con discapacidad internadas dentro de la Institución, sino aportar para lograr su integración en la sociedad.

La primer propuesta es básicamente lograr un trabajo en red, impulsada por el equipo interdisciplinario de las Instituciones de pertenencia de las mujeres, con la participación de ellas. Este trabajo de red, no significa únicamente mantener contacto esporádicamente con otras entidades con el objetivo de efectuar una salida, por ejemplo. El objetivo aquí sería incluir todas las organizaciones no gubernamentales incluídas dentro del barrio, los organismos públicos decisorios relacionados con la temática, empresas y centros de formación profesional, buscando que las mujeres, a través de la existencia y del efecto de la red, logren participar en las decisiones que las afectan, capacitarse, ingresar a un empleo. De más está aclarar que de esta manera se lograrían resultados más ajustados en cuanto al ideal de alcanzar una verdadera integración social para estas mujeres.

Las redes, son “sistemas abiertos que a través de un intercambio dinámico entre sus integrantes y los de otros grupos sociales posibilitan la potenciación de los recursos que poseen. El efecto red es la creación permanente de respuestas novedosas y creativas para satisfacer las necesidades e intereses de los miembros de una comunidad, de forma solidaria y autogestora”.⁶³

El trabajo en red se fundamenta en la hipótesis de que ninguna institución o grupo podrá por sí sola dar respuesta a las necesidades manifestadas.

De forma de aprovechar al máximo la existencia de la red, es necesario que las mujeres se encuentren debidamente informadas y concientizadas acerca de sus derechos, conocer la legislación sobre el tema, para tener así la oportunidad de participar plenamente en la elaboración de demandas debidamente calificadas. Otra propuesta sería que el equipo

⁶³ Dabas, Elina Dora; “Red de Redes, las prácticas de la intervención en redes sociales”; Ed. Paidós; Bs.As.; 1993; pág. 16.

interdisciplinario inserto en la Institución generara un ciclo de charlas informativas, apoyadas por la presencia de profesionales expertos en la materia, que lograra informar y concientizar debidamente a estas mujeres y a la red en general. Logrado este objetivo, podría conformarse un grupo unificado que produzca y difunda esta información sustancial a la comunidad, de forma que se logre combatir adecuadamente el desconocimiento que existe en la sociedad, que se considera conduce a la discriminación. Se debe lograr que este grupo posea una presencia fuerte en la comunidad, que presione acertadamente dentro de ella y de los organismos públicos decisores, con el fin de combatir la indiferencia actual. Un actor social que se debe tener muy en cuenta son los medios masivos de comunicación, que pueden ser un instrumento sumamente útil para esto. A través de este esfuerzo conjunto, se podría avanzar certeramente hacia la real integración.

Será el Trabajador Social, como integrante del equipo interdisciplinario, el coordinador de las acciones llevadas a cabo. Facilitará las relaciones interpersonales, intentando crear un marco participativo, cooperativo, superador de las diferencias, proveyendo la asistencia técnica necesaria.

Es necesario tener en cuenta la situación de aquellas mujeres que, por las limitaciones que le impone su propia discapacidad y la inexistencia de familiares a cargo de ellas, deben permanecer institucionalizadas. Si bien se ha observado que los profesionales que las atienden realizarían un trabajo adecuado, se propone que sería importante anexar actividades que incluyan la educación, la cultura, el arte, la capacitación en oficios y tareas manuales, así como la informática. Asimismo, se requeriría efectuar una indagación individualizada acerca del tipo de actividad que le interesaría realizar a cada mujer, evitando caer en generalizaciones que podrían resultar inadecuadas para algunas de ellas. El objetivo es que el equipo interdisciplinario pueda brindarles a estas mujeres conocimientos generales que alimenten su espíritu, además de herramientas para el futuro, ya que no se debe considerar, por difícil que esto pueda presentarse a simple vista, que la mujer en cuestión no pueda, en algún momento de su vida, obtener la oportunidad de desinstitucionalizarse. Mediante la realización de estas actividades, se mejoraría la calidad de vida dentro de la Institución para estas mujeres.

Para finalizar, atendiendo el deseo expresado por la mayoría de las mujeres entrevistadas, se considera menester delinear una propuesta que busque la desinstitucionalización de las mismas.

Si bien se tiene en cuenta las opiniones vertidas tanto por las informantes clave, los directivos y profesionales entrevistados, relativas a la imposibilidad de llevar adelante una tarea de semejante envergadura, se considera que el equipo interdisciplinario que atiende estas mujeres, y especialmente los Trabajadores Sociales, deben poseer la suficiente imaginación y creatividad que permita idear nuevas formas de intervención que superen los obstáculos.

Es por esto que la propuesta ideada se relaciona con interesar sobre la posibilidad de desinstitucionalización, mediante una labor de acercamiento, a todas las Instituciones privadas, no gubernamentales y organismos de gobierno, realizada por profesionales comprometidos. Una vez implicadas varias organizaciones, podrían implementarse comunidades educativas, para aquellas mujeres que poseen una alta dependencia y necesitan de asistencia permanente. Varias de ellas podrían vivir juntas, en hogares similares a aquellos que se utilizan para albergar menores, subsidiados por organismos de gobierno e Instituciones privadas, junto a familias "cuidadoras", permanentemente bajo la supervisión constante de los profesionales idóneos en la materia y de el/los organismos financiadores. Las mujeres recibirían capacitación constante, aprendiendo oficios o tareas manuales, siempre dentro de sus posibilidades, y se las alentaría constantemente para efectuar tareas rentadas u obtener ingresos por sus actividades, por mínimas que éstas sean, para colaborar con la manutención del hogar. De esta forma, se intentaría involucrar al máximo a las mujeres en las decisiones que afectarán sus vidas, y ellas participarán plena y responsablemente en el mantenimiento y resolución de sus existencias, con lo cual aumentará su autoestima y el deseo de luchar para mejorar su situación social.

En aquellos casos donde existe familia, pero la misma no puede atender debidamente las necesidades de estas mujeres, o aquéllas que poseen una discapacidad altamente invalidante, pero con posibilidades de desenvolverse solas en algunos aspectos, y cuentan con algún tipo de ingreso, proveniente de una pensión, por ejemplo, y/o vivienda propia, de pareja o amigos, se estima podrían arbitrase los medios, siempre trabajando conjuntamente con organizaciones privadas y públicas, para conformar una red

de voluntarios que permanezcan en el domicilio de estas mujeres durante algún tiempo, asistiéndolas en tareas que ellas no puedan realizar y/o brindándoles compañía mientras están solas. Sería interesante que este voluntariado, en forma total o parcial, se organizara con mujeres que poseen una discapacidad y que han podido integrarse satisfactoriamente a la sociedad, de forma que brinden consejos, orientación e información a las mujeres en su misma situación, y actúen como motores de movilización a partir del ejemplo positivo.

Es necesario admitir que el camino a seguir no es fácil, se reconoce que los recursos con los que se cuenta en nuestra sociedad son escasos, que la comunidad en general no se halla debidamente concientizada sobre la problemática como para activar mecanismos de solidaridad amplios que favorezcan la consecución de estas propuestas, que existe indiferencia y discriminación. Sin embargo, si se logra formar una verdadera red de organismos públicos y privados, si se logra la participación activa de estas mujeres a partir del reconocimiento de sus derechos, y se conforma un grupo que comience a tener presencia dentro de la sociedad, tratando de concientizar a la misma, privilegiando un cambio de pensamiento y de actitud, esto se puede alcanzar. En la obtención de estas metas tiene un papel sumamente relevante el Trabajador Social como integrante de un equipo interdisciplinario, ya que se considera que, en la actualidad, el desafío para nuestra profesión pasa por construir un proyecto ético- político en la dirección de otra sociedad más justa e igualitaria, buscando lograr la integración de todas aquellas personas que han quedado excluidas de la sociedad.

Otra lucha que se considera debe encarar la profesión se refiere a defender más que nunca, en esta época de privatizaciones desmedidas, el lugar público de lo social. Es necesario que los Trabajadores Sociales busquen obtener más presencia en ámbitos políticos y decisorios, intervenir e influir directamente en la correcta direccionalización de las políticas, planes y programas gubernamentales a seguir. De esta forma se intentaría corregir errores presentes en la comunidad como la inexistencia de hogares públicos adecuados dedicados a personas con discapacidad física, donde no sólo se los albergue, sino se les otorgue las herramientas necesarias para potenciar las capacidades existentes y disminuir las limitaciones.

Si bien el presente trabajo apunta hacia la situación de las mujeres con discapacidad internadas, estas propuestas no se limitan exclusivamente a ellas, sino que también

podrían extenderse a otro tipo de beneficiarias: aquellas mujeres no institucionalizadas, que viven dentro de su ámbito familiar o solas, pero sin posibilidades de promoción personal e integración social. Como última sugerencia, sería sumamente interesante que dicho tema fuera objeto de investigación en trabajos futuros, de manera de “hechar más luz” sobre el tema de las mujeres con discapacidad.

D- ANEXOS.

ANEXO N° 1

Mar del Plata,.....de..... de 2003

Señor/a Director/a de

.....
S _____ / _____ D

Tengo el agrado de dirigirme a usted con el objeto de presentar a la Srta. Lorena Cecilia López Martínez, estudiante avanzada de la Licenciatura en Servicio Social- Matrícula N° 3047/94, quien se encuentra realizando su Trabajo de Tesis bajo mi dirección. La misma lleva por título: **Situación de la mujer adulta con discapacidad física internada en hogares o residencias. Actuación del Trabajador Social.**

A efectos de recoger información para la realización de dicho trabajo, se solicita se autorice a la nombrada, para la realización de entrevistas al Equipo directivo y/o Trabajadores Sociales y/o Personal profesional y no profesional, como asimismo mujeres adultas con discapacidad física que se encuentren internadas en vuestra institución. La información que se obtenga será tratada en forma confidencial.

Sin otro particular y agradeciendo desde ya su amabilidad, le saludo muy cordialmente.

Mag. Amelia Dell'Anno
Directora
Grupo Trabajo Problemática
Discapacidad- UNMDP

ANEXO Nº 2

SISTEMATIZACIÓN DE ENTREVISTAS REALIZADAS A INFORMANTES CLAVE*ENTREVISTA A LA SRA. MIRTA MEDVEBOSKY***Cual es su vinculación con la discapacidad?**

Bueno, mi vinculación tiene dos etapas, en realidad. Primero, sufrí de poliomelitis cuando era chica, y como consecuencia de la enfermedad quedé con problemas de movilidad, en las piernas y en los brazos, pero podía andar. Después, ya de grande, estando casada, tuve un accidente, que me dejó como estoy ahora, en silla de ruedas y con poca movilidad en los brazos. Por eso yo entiendo las dos caras de la discapacidad: la discapacidad con la que se nace y la que surge después a causa de un accidente, comprendo lo que sienten los dos. Es mucho más duro la que se adquiere después, porque si la tenés desde chico, te vas adaptando mejor, pero si de repente quedás discapacitado, te das cuenta de todas las cosas que antes podías hacer y ahora no, y por eso entiendo que muchos estén desilusionados, deprimidos o tengan mal carácter.

Como vive usted diariamente su discapacidad? Vivencias personales y cotidianas

La vivo bien, con normalidad, trato de no hacerme mala sangre por las cosas que no puedo hacer, simplemente no las puedo hacer y punto. Eso no quiere decir que no luche porque desaparezcan las barreras arquitectónicas, por ejemplo, pero trato de que las barreras que hoy en día existen, y que son muchas, no me amarguen la vida. En mi caso personal, antes en mi casa tenía todo organizado para poder movilizarme sola, los espacios para poder movilizarme con la silla eran grandes, en la cocina estaba todo dispuesto para que pudiera alcanzarlo desde la silla, pero desde hace un año mi hija y mis tres nietos tuvieron que venir a vivir con nosotros, y eso hizo que el espacio se viera reducido, por lo que ahora dependo mucho más de la ayuda de los demás. Sin embargo, no me molesta pedir ayuda cuando la necesito, y no solamente a mis familiares, sino a cualquier persona, no me quita autonomía, al contrario, estoy más dispuesta a hacer cosas sabiendo que puedo pedir ayuda si la necesito.

De qué forma logró su inserción en la sociedad?

En primer lugar, tuve acceso a una buena educación, pude terminar el secundario, con mucho esfuerzo en el sentido económico, y tuve una educación en la que realmente me integraban, en el sentido de que era una alumna más, no me dejaban pasar una, a veces yo utilizaba mi discapacidad para “zafar” de no haber estudiado, decía que había tenido que ir a rehabilitación, por ejemplo, o usaba mi bastón para jugar a la mancha y golpeaba a mis compañeras...pero me reprendían por esas cosas, no las toleraban porque yo era “diferente”. Yo veo que hoy en día en la escuela, a mi nieto, que tiene parálisis cerebral, y va a una escuela común, hablan mucho de integración, pero no lo integran, simplemente lo aceptan. El no hace gimnasia, y no porque no pueda, sino porque la maestra no lo deja que corra, a veces la sobreprotección de los demás, que no tiene maldad, también dificulta la integración. En mi caso, eso no sucedió, considero que me prepararon bien, y después pude ingresar a trabajar en un hotel, pero no porque simplemente llené una solicitud y me

tomaron, al contrario, el dueño del hotel no quería que yo trabajara allí, porque seguramente iba a faltar mucho... Pude hacerlo porque mi padre trabajaba allí y pudo convencerlo de que me tomara, pero si no hubiera sido así, no hubiera conseguido nada. Después estuve un tiempo sin trabajar, porque me casé, tuve a mi hija, y cuando quise volver ya habían tomado otra persona. Y en esa oportunidad me costó muchísimo volver a conseguir un trabajo, hasta que conseguí en C.I.L.Sa., que no tenía problema de tomar personas con discapacidad. Sé muy bien que si el trabajo en esta institución se termina, no podré volver a conseguir un trabajo, porque además de discapacitada, soy una mujer grande y encima, obesa, y sabemos que nadie está muy dispuesto hoy en día a tomar una empleada así.

Cuál es la opinión que le merece el comportamiento de la sociedad en relación con las mujeres que poseen discapacidad?

Es discriminatorio, pero más por la discapacidad que por mujeres. Casi ningún empleador está dispuesto a contratar personal que posea una discapacidad, ya sea hombre o mujer, a pesar de que hay leyes sobre eso. Con respecto a ser mujer, la discriminación la noté particularmente, cuando fui a pedir una pensión, en el tiempo que no conseguía trabajo, y me contestaron que no me la iban a dar por que yo tenía un marido que me mantenía, como si por estar casada yo tuviera todas las necesidades satisfechas, o tuviera que tenerlas. Yo necesitaba el dinero extra, y no por estar casada y estar en una silla de ruedas me tenía que quedar en mi casa dependiendo de mi marido, pero eso era lo que pensaban.

Qué dificultades visualiza para que las mujeres con discapacidad puedan insertarse normalmente en la sociedad?

En general, las mismas que tienen los hombres, la dificultad para conseguir trabajo, para movilizarse, para acceder a los lugares públicos, para conseguir un baño adaptado, por ejemplo, en C.I.L.Sa. yo pude ingresar a trabajar porque tenía un baño adaptado, pero en la mayoría de los lugares esto no sucede, y los empleadores no pueden, o a veces no quieren, hacer los cambios edilicios necesarios para integrar a personas con discapacidad, de cualquier sexo que sean. En el caso específico de la mujer, la dificultad principal es el machismo de esta sociedad, que considera que por una ser mujer, no hace tanta falta que se estudie, que se trabaje, sólo que consiga un buen marido que la mantenga. En mi caso, mi padre no quería que yo estudiara el secundario, y de hecho de joven no lo terminé, sino de adulta, porque para qué iba a gastar plata para que la hija mujer estudiara. Por suerte, esa actitud ha cambiado bastante, pero la raíz del machismo sigue presente.

Qué influencia de las condiciones socioeconómicas visualiza que influyen sobre la problemática?

Las condiciones socioeconómicas son fundamentales para lograr una integración. Si se pertenece a una familia acomodada, se puede estudiar, lograr una profesión, y en ese caso integrarse a la sociedad es más fácil. Además, ser una persona con discapacidad significa tener muchos más gastos que una persona que no tiene una discapacidad, porque yo no puedo agarrar una bicicleta para venir a trabajar, ni tomarme un colectivo, sólo puedo movilizarme en auto o con un servicio contratado, y ninguno de los dos medios de

movilidad son baratos. Mucha gente no puede salir de sus casas a buscar trabajo porque no tiene el dinero para movilizarse, por ejemplo.

Qué influencia de las condiciones culturales visualiza que influyen sobre la problemática?

Principalmente, y en el caso específico de las mujeres, lo que dijimos sobre el machismo. No vale la pena mandar a una mujer a estudiar, mejor que se quede en casa y ayude, si es que puede, en las tareas domésticas. La preparación, y muchas veces también los trabajos, están reservados para los hombres, que “tienen que mantener a una familia”, en mi caso, hasta me negaron la pensión, como ya te conté, porque mejor era reservarlas para hombres que son los jefes de una familia, que a las mujeres casadas las mantenga el marido... También el tema de la estética que está tan presente hoy en día, es un factor que influye mucho, porque hoy por hoy, para conseguir trabajo, que para mí es la única forma de estar verdaderamente integrado a la sociedad, tenés que ser alta, rubia, flaca y joven, de lo contrario nadie te toma en ningún lado, y menos todavía si encima usás bastón o estás en una silla de ruedas, que resultan “chocantes” a la vista...

Observa diferencias en el nivel de integración logrado en las personas con discapacidad según el sexo que poseen? Si existen desigualdades, cuáles cree Ud. que son las razones por las que se presentan?

Me parece que no hay grandes diferencias, aunque en algunos casos sí puede ser que se vea que en los pocos lugares donde toman a personas con discapacidad, tomen a más hombres que mujeres, ignoro las razones, sólo puedo citar las razones por las que a veces no me quisieron tomar a mí, que tal vez son válidas para otros casos, que faltaría más, que tendría que pedir licencia en repetidas ocasiones... pero esas razones se las adjudican tanto a hombres como a mujeres, así que no noto diferencias, el nivel de integración es mínimo para ambos sexos.

Conoce Ud. de la existencia de prejuicios hacia mujeres con discapacidad?

Sí, por supuesto, los que ya nombramos que derivan del machismo, y también los que existen para todas las mujeres, sean discapacitadas o no, que tienen menos capacidad de trabajo, que son menos dedicadas, que son más faltadoras a causa de los hijos, que toman licencia por embarazo, muchos... y a esos se les suman los prejuicios por la discapacidad que existen tanto para hombres como para mujeres, que no pueden trabajar muchas horas, que sólo sirven para determinados puestos, de escasa importancia.

Que ventajas y que desventajas observa Ud. que tiene la institucionalización?

Como ventajas, se me ocurre que la compañía. Yo siempre pienso que el día que mi marido ya no esté, en el caso de que me quede sola, me internaría, porque sabría que estaría rodeada de personas que me ayudarían en el caso que fuera necesario. La gran desventaja es que no existen hogares que sean específicos para personas con discapacidad, existen geriátricos adonde la población internada es geronte, y las diferencias generacionales pesan, no hay la misma conexión entre las personas. Además, los hogares son muy caros, inclusive en la propuesta de Ho.M.A.B. se necesita dinero para aportar al hogar, que es una especie de cooperativa, donde todos los integrantes aportan dinero para

la subsistencia del hogar, pero si uno no tiene trabajo, o una familia que ayude monetariamente, es imposible subsistir.

Visualiza Ud. que existen, para las mujeres internadas, posibilidades de desinstitucionalización?

Si no se tiene familia, o no se tiene dinero propio, ya sea porque se trabaja, o se tiene una pensión importante, es imposible. Porque para vivir sola, se necesita tener una persona que asista las necesidades que uno tiene, un asistente permanente que esté cerca siempre para cuando se lo necesita, sobretodo si la discapacidad es muy grave, y para eso se necesita dinero para pagarle a una persona.

Que alternativas y propuestas sugiere para el mejoramiento de la calidad de vida de las mujeres internadas?

Como ya dijimos, que exista un hogar para personas con discapacidad que no sea un geriátrico, para poder compartir experiencias y sentimientos con pares, y que este hogar sea para todas las personas, que no haya que tener dinero para poder ir a vivir allí, un hogar público, con buenos profesionales que contengan bien.

ENTREVISTA A LA LIC. STELLA IGLESIAS

Cual es su vinculación con la discapacidad?

Tengo un síndrome espinocerebeloso, o sea tengo problemas en los cordones inferiores de la médula, es una afectación congénita que afecta el centro del equilibrio, el cerebelo, y además tengo ataxia arrefléxica y atónica, eso quiere decir que no tengo tono muscular, ni en las piernas, ni en los brazos, es una afectación en el sistema nervioso central. En las manos y en los pies tengo una leve deformación, no tengo fuerza, tengo poca sensibilidad, y eso me afecta sobretodo la motricidad fina, también tengo problemas de postura, y me caigo con mucha asiduidad, ya que un leve mal movimiento que haga me hace perder el equilibrio.

A pesar de todo esto, yo tengo autovalimiento, que lo logré valiéndome por mí misma, manejándome con la mayor naturalidad e independencia posible en la vida cotidiana. Esto lo logré incorporando técnicas propias de desenvolvimiento, que reconozco que a veces son un poco viciosas, que no son buenas para mi cuerpo, pero que se convirtieron en hábitos de autovalimiento que me resulta imposible modificar, por ejemplo, yo tengo una manera de levantarme de la silla, apoyando las dos manos en la silla para darme impulso, que la kinesióloga me indicó que no era buena, explicándome la manera correcta de incorporarme para ejercitar mis músculos, pero con esa técnica pierdo mucho tiempo y automáticamente incorporo la técnica propia.

Para hacer las cosas, no pido ayuda de forma inmediata, aunque no me cuesta hacerlo, pero primero tengo que lograr hacerlo por mi propio esfuerzo. En última instancia pido ayuda, no me cuesta ni me frustra hacerlo, pero siento que me quita autonomía. Las cosas no las delego fácilmente, aunque haya alguien en mi casa visitándome, yo lucho sola igual para abrir las latas, por ejemplo, y la gente me dice: “Stella, no seas tonta y dame eso que lo hago yo” pero yo estoy tan acostumbrada a hacerlo sola, que ni siquiera me acuerdo de decir “hacélo vos”, simplemente lo hago sola. Eso sí: las cosas que sé me resultan imposibles, o que hacerlas significaría correr algún riesgo de caerme y golpearme severamente, las delego desde el principio y totalmente, y no me cuesta hacerlo, ni me da vergüenza.

Como vive usted diariamente su discapacidad? Vivencias personales y cotidianas

La vivo como algo que está incorporado a mí, yo me manejo dentro de un accionar cotidiano con parámetros que están dentro de una normalidad de desempeño, camino con

una evidente discapacidad pero camino, y voy tratando de vencer las barreras arquitectónicas que se me van presentando, si llego a una esquina y hay un cordón muy alto sin rampa, siempre primero trato de vencerlo sola, busco alguna bajada que esté próxima, o algún poste del que agarrarme y darme apoyo, y si no encuentro nada, pido ayuda; pero primero agoto las instancias para manejarme con independencia.

La vivo con aceptación, hasta con ironía, hago bromas acerca de ella, cuando me caigo no me martirizo o victimizo, busco la salida para levantarme y seguir, por supuesto que con bronca por haberme caído, pero siempre miro para adelante y empiezo a buscar como levantarme y seguir adelante, no me desespero. La bronca que me da cuando me caigo es porque la caída me dificulta hacer cosas que me gustan o me hacen bien, por ejemplo, ir a rehabilitación en la pileta, y eso me da impotencia, pero luego lo elaboro, voy haciendo un proceso mental para lograr la aceptación, porque después de todo la caída ya está, pasó y no se puede remediar, y no vale de nada seguir deteniéndose en el hecho irreversible, lo importante es pensar como seguir adelante, y eso en todos los órdenes de la vida.

De qué forma logró su inserción en la sociedad?

No sé si hubo un acontecimiento especial que me hizo pensar en integrarme. Antes cuando era niña, no se hablaba de discapacidad, directamente se la escondía, sobretodo la mental, a los discapacitados físicos también se los escondía, pero un poco menos. Lo mío era físico pero no era tan severo, yo podía caminar, aunque no podía saltar o correr, pero yo vengo de un pueblo muy chiquito en la Pcia. de Bs.As. (Henderson) y dentro del grupo que yo frecuentaba se vivía como normal, era algo que estaba incorporado, me conocían desde que era chiquita y era algo que ya se sabía, y cuando llegó la hora de empezar la escuela, mis padres no tuvieron que ir al colegio y decir “mire que mi hija tiene una discapacidad física”, ya lo sabían y se aceptaba.

Yo creo que para la integración me ayudó mucho mi carácter, yo no tengo mal carácter, trato de tener onda y buena relación con todo el mundo, y esa actitud tuve cuando entré al colegio, por lo tanto nadie me agredía, todos se llevaban bien conmigo, e incluso me protegían, sin llegar a sobreprotegerme. Por mi carácter yo hacía todo, incluso juegos en los que había que hacer un despliegue físico, yo los hacía igual, como podía y haciendo chistes al respecto, así que todo se aceptaba con normalidad y yo me integré sin ninguna dificultad.

Sufrí una discriminación recién en 3º año de la secundaria, cuando una persona del colegio me hizo ver mi discapacidad física. Yo había elegido, porque en ese momento de la escuela se elegía que especialización de secundario se quería elegir, magisterio; pero no me dejaron elegirlo porque según esta persona, yo no podía hacer educación física. Se me vino el mundo abajo, porque mi familia siempre me apoyó y me trató con toda naturalidad, pero fueron ellos los que me apoyaron y pelearon por mí, estuvimos deambulando en Juntas Médicas por toda la Pcia. de Bs.As. para lograr un certificado que dijera que no estaba invalidada para estudiar magisterio y lo logré, y finalmente pude estudiar en Henderson, en el colegio que me lo había negado, esa fue mi primer lucha por lograr mi lugar. Después de eso viví con normalidad la integración porque siempre encaré

todos los sucesos de mi vida con mucha normalidad, sabiendo de mis dificultades pero sin sentirme limitada por ellas.

Cuál es la opinión que le merece el comportamiento de la sociedad en relación con las mujeres que poseen discapacidad?

No siento discriminación en la sociedad en lo personal, sí situaciones límites a las que me he tenido que enfrentar, algunas superables y otras no, pero siempre por mi discapacidad, no por mi situación de mujer. Lo que sí existe es dificultades para tener acceso a todos los ambientes, recreativos, de la cultura, del esparcimiento, laborales, educativos, etc. para los discapacitados en general, existen barreras físicas y sociales, barreras ideológicas que pone la sociedad que afectan por igual a hombres y mujeres con discapacidad. En mi condición de mujer no se me ha hecho ninguna negación, creo que las negaciones son hacia la discapacidad en general. Todo depende de la fuerza personal y el espíritu que uno tenga para lograr la inserción en cualquier aspecto: laboral o social. Existen muchos planteamientos teóricos y leyes que nos amparan pero que no se cumplen en la realidad, a mí me ha costado conseguir algunos empleos pero no como mujer con discapacidad sino tal vez por mi edad.

Lo que sí puedo ver es que los grupos de discapacitados que están luchando por algo son hombres, las mujeres no participan tanto, se quedan y se relegan, creo que es porque se automarginan. Todo depende de la fuerza, del espíritu, de las ganas de hacer cosas, de salir adelante. Están las mujeres que luchan y están las que se automarginan y se quedan en la casa. Se puede ver mucho en el deporte, existen mucho más deportistas hombres con discapacidad que mujeres, porque creo que es más quedada en lo cotidiano, en el quehacer del hogar, de lo doméstico, se queda en casa esperando que otro le traiga las soluciones, y ese otro es el hombre. La mujer es más dependiente en una situación de discapacidad que el hombre.

Qué dificultades visualiza para que las mujeres con discapacidad puedan insertarse normalmente en la sociedad?

Las mismas que tiene el hombre, depende del ser humano que se sea. En forma general la sociedad discrimina y limita, hay que estar en permanente lucha y pocas veces tenés logros. La sociedad discrimina al discapacitado en general, lo que sucede es que el hombre sale más a luchar, la mujer se queda y se relega.

En la situación de no discapacidad sí veo que las mujeres tienen que sufrir una discriminación, pero no sé si eso se puede llevar al plano de la discapacidad, son las mismas dificultades para ambos sexos.

No es la sociedad la que dice no a las mujeres con discapacidad, muchas veces son ellas mismas las que se quedan y no participan, por ejemplo, una vez un colegio abrió sus puertas para hacer ingresar un empleado con discapacidad, hombre o mujer, se presentaron muchos hombres y ninguna mujer. Otro ejemplo: si ves un partido de básquet, de esos que organizan en la calle los hombres con discapacidad, vas a ver a los hombres en silla de ruedas jugando, y a las mujeres a los costados alentando, pero no tienen la iniciativa de formar su propio equipo femenino y ponerse a jugar. Esto lo digo hablando

en general, por supuesto que hay muchos casos de mujeres que participan, y que luchan, pero en general es así.

Qué influencia de las condiciones socioeconómicas visualiza que influyen sobre la problemática?

Muchísima influencia. Tiene mucho que ver los recursos económicos que poseas en la forma en que se vive la discapacidad. Si tenés una buena posición económica, una inserción social, tu crecimiento como persona discapacitada es diferente. Si tenés auto o podés pagar un remise, podés salir a trabajar, si no lo tenés, no.

Esto pasa también en la rehabilitación, las posibilidades de mejorar y vivir mejor la discapacidad, son diferentes si se dispone del dinero para obtener una prótesis adecuada, o un buen profesional terapéutico. Y esto pasa porque el Estado no nos protege de ninguna manera y no ayuda con la posibilidad de abrir los caminos mediante el otorgamiento de recursos o la presencia de políticas sociales adecuadas.

También influye en la adquisición de discapacidad congénita, existe una población que está en un riesgo social alto, porque además son situaciones que tienden a perpetuarse. La situación económica que se posea influye mucho.

Qué influencia de las condiciones culturales visualiza que influyen sobre la problemática?

Inciden de la misma manera. Si la familia que se tiene posee un cierto nivel de instrucción, mayor grado de preocupación y de ocupación tendrá, y eso incidirá en la cantidad y calidad de la inserción que se logre. El hecho de insertar al discapacitado en la sociedad también es una pauta cultural, porque la sociedad tiene juicios y prejuicios formados de que el discapacitado no puede o no vale, o mejor no mostrarlo; y como persona tiene el derecho de estar y pertenecer. Que derecho tengo yo, familiar de una persona con discapacidad, a decidir que porque tal es discapacitado no lo voy a llevar a un recital de jazz, por ejemplo. Sin embargo, si acudís a un recital de ese tipo, por dar un ejemplo, no vas a ver a ningún discapacitado entre el público, y no creo que a ningún discapacitado le guste el jazz. A lo mejor él mismo decide no ir, pero si eso sucede es porque existe el prejuicio en la sociedad y no está dispuesto a ser mirado o tratado como diferente.

Observa diferencias en el nivel de integración logrado en las personas con discapacidad según el sexo que poseen? Si existen desigualdades, cuáles cree Ud. que son las razones por las que se presentan?

Como ya dije, la mujer se queda más. Creo que las razones de la desigualdad dependen de cada uno, pueden jugar un papel importante la familia que se tuvo, la educación que se tuvo o no se tuvo. Quiero decir, el hombre es el que está más presente en todos los ámbitos, la mujer no. Las razones de ese retraimiento de la mujer en el hogar son personales de cada uno, dependen de la educación que se tuvo. La mujer, por su condición de tal, siempre tuvo menos participación en todos los espacios, políticos, culturales, laborales; y esa participación escasa tiene que ver con una cosa instaurada en la sociedad de que la mujer pertenece a la casa y a los hijos y nada más. Si se lo piensa bien, y haciendo la traslación a la mujer con discapacidad, puede ser que pase lo mismo, y por esas razones se quede más y participe menos. Pero yo le doy mucha responsabilidad a la

mujer discapacitada, depende mucho de ella, porque es más raro que una mujer con discapacidad forme una familia, ella sí que tiene que luchar mucho desde su interior por salir de la marginación que impone la sociedad, que también son una razón de la desigualdad que se ve, tiene que superar los prejuicios de la sociedad que la puedan hacer sentir menos, que la pueda hacer sentir con poca autoestima y que le impidan salir a buscar trabajo, familia, etc.

Conoce Ud. de la existencia de prejuicios hacia mujeres con discapacidad?

Bueno, los prejuicios de la sociedad los acabo de mencionar, hacia la mujer en general tienen que ver con la idea de que la mujer sólo pertenece al ámbito doméstico, hacia la mujer discapacitada, el prejuicio tiene que ver justamente con esto, se piensa que ellas no pueden formar una familia porque no siempre pueden hacerse cargo de esas actividades, de cocinar, limpiar y atender a los hijos, sobretodo si la discapacidad es importante, y ese prejuicio evidentemente las condiciona mucho, porque son pocas las mujeres con discapacidad que han formado una familia propia.

También el prejuicio se puede ver mucho en todo lo que tiene que ver con lo estético. Hoy por hoy, se discrimina a mujeres que están muy capacitadas, sólo porque a lo mejor tienen algunos kilitos de más, ni hablar si se trata de una mujer renga, o en silla de ruedas o ciega. Si tu aspecto físico no se corresponde con el ideal de belleza construido por la sociedad, es mucho más difícil conseguir un trabajo.

Que ventajas y que desventajas observa Ud. que tiene la institucionalización?

La ventaja es para la persona discapacitada que tiene una dependencia, por este medio estarían cubiertos, si no tendrían que buscar una forma de independencia frustrando muchas veces algunos logros que si se contara con ayuda serían más importantes. Las instituciones cubren las necesidades de contención (aunque no estoy segura que la den suficientemente) y de autovalimiento personal y mecánico. Cubren la dependencia.

Las instituciones para el discapacitado que está discriminado y relegado proporcionan un ámbito social que le permite compartir espacios con pares, crear y acrecentar vínculos de amistad, compañerismo, solidaridad.

Justamente si esto se hace en un marco de institución cerrada donde se forma un bloque de grupo rutinario, con pautas rígidas de vida, y se encasilla tanto que no se permite lograr otros espacios que no sea dentro de la institución, se puede convertir en una desventaja.

Otra desventaja, es que en el caso de tener familia, dependen mucho de la institución, porque muchas veces la familia se desentiende si su familiar discapacitado está en una institución. No se trata de llevarlo y sentir que con eso ya ha cumplido, tiene que integrarlo a la vida familiar y darle oportunidades.

En el caso de no tener familia, la institución tiene que ser muy abierta, que le dé posibilidades de potenciar sus capacidades y que no sólo le den de comer y después lo pongan frente al televisor y no estoy segura de que esa institución exista.

Visualiza Ud. que existen, para las mujeres internadas, posibilidades de desinstitucionalización?

Si la familia no se hace cargo, o no se tiene ninguna, con la sociedad y el Estado que tenemos, es imposible. Y soy sumamente pesimista de que esto vaya a cambiar, la familia

si se acostumbró a mandarlo a la Institución ya no volverá a integrarlo a la familia. En el caso de no tener familia, mucho menos, si no se tienen recursos económicos para tener un ayudante terapéutico.

Que alternativas y propuestas sugiere para el mejoramiento de la calidad de vida de las mujeres internadas?

Que las instituciones tengan desde sus directivos hasta su personal profesional y no profesional, una alta vocación de servicio y conocimientos amplios acerca de cuales son las necesidades de los discapacitados, que no pasan solamente por cubrir sus necesidades básicas, sino que puedan permitirle potenciar sus capacidades, que es lo que les va a permitir un crecimiento como seres humanos, pero también responsabilizo totalmente al Estado que tienen que saber que dentro de la población general existen personas que necesitan absolutamente de su injerencia.

ENTREVISTA A LA LICENCIADA GLORIA PEREZ ROMANIEGA

Cual es su vinculación con la discapacidad?

Yo tuve poliomelitis, enfermedad que fue erradicada hace 40 años, no había vacunas y yo fui una de las afectadas. Hice mi rehabilitación en forma privada y lo que era Serenil, cursé mis estudio de psicología, y cuando me recibo de psicóloga comienzo a trabajar en INAREPS a donorem porque no había vacantes, estuve dos años a donorem y luego llegaron nombramientos mediante el cual me nombraron psicóloga de planta, y hace 15 años que estoy como jefa de servicio. Así que mi conexión es a través de mi discapacidad y de la atención a pacientes discapacitados.

Como vive usted diariamente su discapacidad? Vivencias personales y cotidianas

Yo las mayores dificultades que he encontrado han sido arquitectónicas, no he encontrado demasiadas o ninguna barrera de otro tipo, nunca me enfrenté con actos discriminatorios, desde los compañeros de la facultad hasta en el trabajo. Con lo que me encuentro con dificultades es en los traslados, en accesorios, todo lo arquitectónico, que sí tiene un trasfondo ideológico porque el desconocimiento y la marginación hace que no se nos incluya, que genera sentimientos de impotencia. Pero yo creo que depende también de cómo se lucha, no esperar en una actitud pasiva que todo lo genere la sociedad sino que haya un verdadero intercambio, entre el que es portador de una discapacidad, la comunidad y los entes gubernamentales. Si bien hace falta toda una política educativa y sanitaria, el agente principal de cambio tiene que ser el propio discapacitado, para poder superar los obstáculos y hacerse oír. Desde el punto de vista emocional no he tenido mayores dificultades, he tenido tratamiento psicoterapéutico por mi propia carrera y por conflictos personales, se da mucho que en la familia hay actitudes, que van por los dos polos, actitudes sobreprotectoras o actitudes abandonicas. El impacto que logra la discapacidad en la familia hace que no se logre un buen equilibrio, entre las actitudes abandonicas y las sobreprotectoras. En mi caso tuve que superar actitudes sobreprotectoras, pero yo vivo sola con una persona que me hace las tareas de la casa, tengo todo adaptado, el baño, la ducha, todo para poderme desempeñar sola, tengo autonomía al 100%. Ahora si te tengo que decir con respecto a la experiencia profesional, yo te diría que no sé si separarlos por sexo o por características de personalidad, esa cuestión de la hospitalización, hace que no luchen lo suficiente, por otro lado está todo lo ambiental y social que desgraciadamente en estos momentos que estamos atravesando hace que sea muy difícil que una persona pueda acceder a su vivienda, a una persona que la cuide, no hay lugares apropiados y ahí es donde vemos que discapacitadas jóvenes están en un geriátrico, pero no me animaría a hablar de porcentajes mayores en las mujeres, tiene que ver con la situación familiar, las características de personalidad, la situación económica no hay una política que sustente los principios de equidad y ahí es donde nos encontramos con casos que están desaprovechados, personas que pueden rendir productivamente, tener su grupo social, y que no lo hacen por esta falta de políticas. Debiera haber hogares adecuados, capacitación, etc.

De qué forma logró su inserción en la sociedad?

Estudiando, tratando de vencer los obstáculos que pudiera tener, yo nunca me limité en nada, ni en salidas, ni en nada. Me integré muy bien y me integraron muy bien mis compañeros, en la facultad ni hablar, un grupo muy lindo del cual todavía conservo amigas.

Cuál es la opinión que le merece el comportamiento de la sociedad en relación con las mujeres que poseen discapacidad?

Yo no sabría establecer estadísticamente si hay una actitud diferente hacia al hombre o hacia la mujer con discapacidad, pero si se me ocurre que en lo laboral, por ej., logramos, digo logramos como institución, cuando vemos a esa gente que ya ha sido dada de alta y vuelven a control, que quizás hay más varones desempeñándose laboralmente que mujeres, pero no me atrevería a decir con claridad los motivos porque esto ocurre, se me ocurre que la mujer en gral. en la situación laboral, más allá que tenga discapacidad o no, sabemos que tiene mas oportunidades el hombre que la mujer, y si agregamos a esto una discapacidad seguramente debe estar incidiendo.

Qué dificultades visualiza para que las mujeres con discapacidad puedan insertarse normalmente en la sociedad?

No, yo creo que depende de los recursos internos con los que cuente esa mujer, me refiero a los recursos intelectuales y emocionales, si está más armada en cuanto a su estructura yoica y tiene más recursos internos le va a ser más fácil la integración, por esta cosa que la integración es un feed- back, un ida y vuelta, la integran si se integra.

Hay que vencer barreras ideológicas, culturales, arquitectónicas, sociales, por eso es importante los recursos con que se cuenta. Tengo la experiencia de pacientes que se han rehabilitado y tenían una formación de estudios secundarios o universitarios, se han podido desenvolver muchos mejor que los que no los tenían, como también tenemos casos de chicas que han hecho el secundario ya de adultas, con su discapacidad, para ver si así tenían la posibilidad de encontrar un trabajo.

Qué influencia de las condiciones socioeconómicas visualiza que influyen sobre la problemática?

Las socioeconómicas son las preponderantes. Desde el acceso al transporte, a poder trasladarse de un lado al otro para buscar un trabajo, a poder trasladarse para ir a una reunión social, empezando por lo básico, tiene que depender de un taxi o de un servicio especial para discapacitados, que es oneroso, entonces desde el vamos, desde la salida de la casa, lo socioeconómico influye mucho.

Qué influencia de las condiciones culturales visualiza que influyen sobre la problemática?

Estamos en un momento en que esta cambiando la perspectiva ideológica, se ve mas una apertura, el tratamiento del tema de la discapacidad, pero esa apertura todavía es limitada, creo que el camino lo deben iniciar los propios discapacitados.

Observa diferencias en el nivel de integración logrado en las personas con discapacidad según el sexo que poseen? Si existen desigualdades, cuáles cree Ud. que son las razones por las que se presentan?

No, no veo que halla diferencias en la integración en ese sentido, lo veo más por las diferencias de personalidad previas al momento de la discapacidad, que por una cuestión de género.

Conoce Ud. de la existencia de prejuicios hacia mujeres con discapacidad?

En lo que es la cultura de lo estético. Justamente la mujer se asocia mucho a toda la cuestión estética más que el hombre, se le exige más a la mujer, lo estético si juega un papel preponderante, lo social, lo cultural, porque si esa mujer tiene algún tipo de deficiencia física que es visible y notoria va a causar mayor impacto en la sociedad quizás que el hombre donde no se observa tanto. Incluso también todos los mitos y prejuicios que la mujer con discapacidad no tiene una sexualidad desarrollada, no puede ser madre, esos son mitos y prejuicios que están instalados.

Que ventajas y que desventajas observa Ud. que tiene la institucionalización?

Creo que son las desventajas las que cuentan, porque le resta a las potencialidades, la posibilidad de integración, laborales, todo lo que hace al poder ser. Ahora, como beneficios, si esa persona no cuenta con una familia, bienvenida sea la institución, pero no es para nada lo ideal, lo ideal es que pueda contar con un adecuado ambiente familiar, o con medios económicos para poder tener alguien que lo ayude o atienda, es mínimo es porcentaje de personas que pueden lograr eso, no hay ninguna política estatal que actúe como directriz en todo este campo.

Visualiza Ud. que existen, para las mujeres internadas, posibilidades de desinstitucionalización?

Creo que es a través de lo social, lo económico, lo educacional, lo sanitario, las políticas deben estar integradas para que eso se pueda lograr, pero creo que es muy difícil.

Que alternativas y propuestas sugiere para el mejoramiento de la calidad de vida de las mujeres internadas?

Existen alternativas laborales, tengo una paciente que estando internada hizo un libro de recetas de cocina y ahora está tratando de venderlo, hay otra persona que estudió computación y ahora hace trabajos de computación en su casa, una de las cosas sería las salidas laborales, otro cosa sería lo recreativo y lo social que está bastante carenciado. El instituto cubre eso, porque hay un servicio de recreación y deporte donde se le brinda la posibilidad de practicar algún deporte y se hacen algunas salidas, a ver algún espectáculo, picnic, pero no más que eso, salidas esporádicas. Oportunidades educativas hay, si se demanda recibir educación, van maestras domiciliarias, si están internados van en la combi del instituto, que lo llevan a la institución educativa y luego lo pasan a buscar.

ENTREVISTA A LA SRA. MARTA ANDRIUOLO

Cual es su vinculación con la discapacidad?

A los cuatro años pasé de ser una nena normal a ser una persona con discapacidad hasta el día de hoy. A los cuatro años me diagnostican artrosis reumatoidea juvenil, en un año no caminé más. Pero es una de las cosas que yo siempre digo gracias Dios mío, porque la acepté, nunca me renegué a eso, la acepté por mi familia, y los grandes profesionales que tuve a mi lado, si no hubiera sido por ese círculo de profesionales que estuvieron informando a mis padres que mi enfermedad era crónica, invalidante, que no tenía cura, por eso la pude aceptar, a través del apoyo y de la contención, del cariño, todo junto, que hizo que yo nunca me sintiera renegada, al contrario, estoy agradecida a la vida. O será porque tenía cuatro años y no conocí lo que es ser normal, ser normal una manera de decir, soy normal, pero una persona de cuatro años que no supo lo que es correr, saltar, pero todo eso lo hice con una silla de ruedas.

Como vive usted diariamente su discapacidad? Vivencias personales y cotidianas

La vivo bien, porque gracias a la discapacidad he vivido cosas que nunca hubiera vivido, lugares que nunca hubiera conocido, profesionales que jamás hubiera soñado estar frente a ellos, conocí al Dr. Granados, de Sevilla, medico reumatólogo, y a partir de eso la Liga Reumatológica de España nos invitó a concurrir, y pude visitar España y estuve con grandes profesionales.

De qué forma logró su inserción en la sociedad?

Con todo esto que te estoy comentando, y cada vez más, porque es el tercer año que tengo la presidencia del Consejo Asesor de Discapacidad y eso me lleva a estar mejor todavía, no solo pensar en lo que me pasa a mí, sino a un montón de personas, seguir luchando por aquellas personas que no quieren bajar los brazos y no deben hacerlo, al contrario, deben seguir más todavía, todo es aprendizaje en esta vida, de las cosas malas uno aprende.

Cuál es la opinión que le merece el comportamiento de la sociedad en relación con las mujeres que poseen discapacidad?

Una pregunta difícil. Le cuesta mucho a la sociedad aceptar. Yo no tengo ningún complejo gracias a Dios, ni los voy a tener tampoco, pero comprobás cuando vas a buscar trabajo, y vos decís, tengo artrosis reumatoidea, a chicas de mi grupo les ha pasado, y a mí también, te miran, te dicen: AH! tiene una enfermedad... La presencia, las manos, la estética, la cara de luna por los corticoides, la estatura, porque no desarrollamos la estatura...

Yo gracias a Dios siempre pude dar todos los pasos, pero estoy agradecida porque tengo vida y eso es importante, pero le falta muchísimo a la sociedad.

Qué dificultades visualiza para que las mujeres con discapacidad puedan insertarse normalmente en la sociedad?

Cuesta mucho, que las mujeres se inserten en la sociedad. No sé porque, me cuesta decirte las razones, pero cuesta muchísimo. Una anécdota: Hay una concejal de Balcarce que es discapacitada, está en silla de ruedas, y hablando con una persona, ejecutiva, le cuento de esta concejal y me dice: "Entonces vos también podés llegar algún día a un cargo". Entonces por mi enfermedad vos pensabas que nunca iba a poder tener un cargo de nada?

yo que estoy haciendo acá entonces? Son prejuicios que arrastra la sociedad y no de ahora, aunque de a poquito se van notando algunos cambios, despacio.

Qué influencia de las condiciones socioeconómicas visualiza que influyen sobre la problemática?

Están muy mal económicamente, una persona discapacitada tiene, una mujer, una pensión no contributiva, un sueldo de lástima, que no alcanza para nada. El solo hecho de no tener como trasladarse le impide tener los recursos, y Mar del Plata que no cuenta con los colectivos adaptados, entonces la persona se queda en la casa, no hace nada, y ganas no faltan, no hay recursos.

Qué influencia de las condiciones culturales visualiza que influyen sobre la problemática?

No veo ninguna, la verdad que no.

Observa diferencias en el nivel de integración logrado en las personas con discapacidad según el sexo que poseen? Si existen desigualdades, cuáles cree Ud. que son las razones por las que se presentan?

Se integra mejor la mujer que el hombre. Nos integramos mejor las mujeres, tenemos más empuje, y en general creo que las mujeres están más presentes en la sociedad que el hombre.

Conoce Ud. de la existencia de prejuicios hacia mujeres con discapacidad?

Lo estético, principalmente. Es uno de los prejuicios principales, también que no pueden ser madres, cuando en realidad podemos perfectamente. Casarnos es otra cosa que piensan que no podemos, yo no me casé porque no quise, porque estoy bien con mi independencia, pero no porque no pueda.

Que ventajas y que desventajas observa Ud. que tiene la institucionalización?

Te habla alguien que estuvo muchos años internada, y yo me recuperé cuando me mandaron a mi casa, la internación para mí no sirve. No hay nada como el ámbito del hogar de uno mismo. La ventaja sería estar rodeado por profesionales, contenido por el lado médico, la desventaja, por supuesto, que no se está en el hogar de uno.

Visualiza Ud. que existen, para las mujeres internadas, posibilidades de desinstitucionalización?

Es un problema con la familia. La familia tendría que hacer todo para tener a esa persona, porque estar internada es como estar esperando la muerte, las instituciones en general son depósitos de gente, sobretudo los geriátricos, habría que trabajar con la familia, o buscar otras alternativas, amigos, o formar un grupo en una casa y que haya tres o cuatro personas que hagan algo, que tengan su taller, que estén internados pero que hagan cosas, que salgan a trabajar, y no estén todo el día sin hacer nada. A mí las instituciones me deprimen, no estoy de acuerdo para nada con ellas.

Que alternativas y propuestas sugiere para el mejoramiento de la calidad de vida de las mujeres internadas?

Que los profesionales que trabajan tengan imaginación, tengan luces para idear programas, proyectos de actividades, y no estar sometidos a no hacer nada. Inventar cosas, programas laborales, recreativos, educativos, que tengan imaginación.

ANEXO N° 3

Encuesta Institucional:**1) Datos identificatorios**

* Nombre de la institución: Hogar de vida Permanente
Obra Don Orione

* Tipo de organización: religiosa- privada

* Dependencia: Se depende directamente de la Obra Don Orione que posee cotolengos en todo el país y naciones limítrofes, además de las obras sociales que cargan con los gastos de algunos de nuestros internos.

* Localización

. Calle: Mathew

. Nº: 3330

. Código Postal: 7600

. Tel – Fax: 4722081

* Sector o radio de acción que atiende: Mar del Plata y zona de influencia, tales como Ayacucho, Maipú, Tandil; ocasionalmente también tomamos casos de otras provincias, como Córdoba.

* Fecha de creación: 23/06/1990

* Breve reseña histórica: El padre Girón, que había fundado otros hogares en Córdoba y Buenos Aires siguiendo la ideología del fundador de la obra, Don Orione, observó la necesidad de fundar un hogar en nuestra ciudad, ya que en Mar del Plata no había lugares donde se ocuparan de personas con discapacidad. Si bien la obra es hacia los discapacitados y los pobres, el mayor esfuerzo es hacia los discapacitados pobres, por lo cual el ingreso se realizó a partir de las obras sociales y también se otorgaron becas a aquellos que no tenían recursos de ningún tipo, siendo hasta el día de hoy sostenidos por la obra.

** Características físicas en general:* La institución se halla ubicada en un barrio residencial, frente a la Iglesia, Jardín de Infantes y EGB correspondientes a la obra Don Orione. Se trata de una casa reciclada para ser usada como hogar, cuenta con dos plantas, otra casa en la parte posterior que ha sido recientemente anexada a la obra y donde funciona un Centro de Día con seis vacantes. Asimismo posee un patio, y un terreno amplio, el cual fue cedido por un vecino para realizar allí la huerta comunitaria que poseen.

2) Estructura interna e institucional

. Objetivos o metas generales: Rehabilitar a todo interno, cualquiera sea su discapacidad, para lograr su promoción personal en relación a sus posibilidades

3) Recursos

. Humanos: Se cuenta con un equipo de profesionales conformado por : una Terapista Ocupacional, una Psicóloga, una Profesora de Educación Física, una Terapista Física, un Musicoterapeuta, un profesor de Taller, una Trabajadora Social, un Médico Clínico y cinco enfermeras. Además se cuenta con personal de mantenimiento, mucamas y personal administrativo, más el voluntariado que concurre a la Institución en horarios específicos o durante el fin de semana.

. Financieros: El aporte de las Obras Sociales y aquello que se vende en Cáritas, tanto ropa como muebles, se transforman en recursos para el hogar.

4) Programas/Proyectos que desarrolla

. En desarrollo y ejecución:

- Talleres de Lectura
- Taller de Trabajo en Madera
- Huerta
- Integración a la Comunidad (actividades según eventos que cada profesor diagrame)

- Campamento Anual (en Pinamar durante el verano)
- Cocina
- Hábitos Sociales

. Por iniciarse

- Armado de velas

. Servicio Social

- Fortalecimiento de vínculos familiares (en conjunto con la psicóloga)
- Integración con Instituciones de la Comunidad
- Campamento Anual (en conjunto con la profesora de Educación Física)

5) Dinámica Externa

*Relaciones con otras instituciones de la comunidad: las relaciones se han establecido con Cosechando Tiempo, debido a que atiende la misma problemática que se atiende aquí, además de con el Colegio Don Orione y con el resto de los cotolengos de la Obra en el país, como por ejemplo: Tucumán, Córdoba y Lagos.

6) Manera en que cubre el aspecto sanitario

.Médicos clínicos: uno (1) más un médico del Hospital Privado de la Comunidad que concurre esporádicamente

.Médicos especialistas: Médicos del Hospital Privado de la Comunidad.

.Enfermeras: cinco (5)

.Terapistas ocupacionales: una (1)

.Otros: Psicóloga (1), Terapeuta Física (1)

7) Reflexiones

. Satisfacción con los resultados: Las satisfacciones pasan por ver a los chicos y chicas internados con una buena calidad de vida y contentos.

. Autocrítica: Ocasionalmente las temáticas tratadas se tornan rutinarias y generan aburrimiento.

SISTEMATIZACIÓN DE LA ENTREVISTA

Para responder a las inquietudes de la alumna, se mantiene entrevista con el director y con la Lic. en Trabajo Social de la Institución; además de dialogar con una de las enfermeras y una de las mujeres allí internadas.

La totalidad de los programas que se desarrollan en esta Institución persiguen la rehabilitación de los pacientes internados; el fin último de los mismos es lograr la promoción personal de las personas con discapacidad en base a sus posibilidades. Estos programas se realizan diariamente, y son similares para todos.

Existen trabajos a nivel psicológico con las personas internadas, los tratamientos que se efectúan se realizan tanto a nivel individual como grupal, a requerimiento de la persona, totalmente individualizados.

En cuanto a la presencia de programas de formación educativa o laboral, no existen programas de ese tipo dentro de esta Institución, aunque sí existe una gran variedad de actividades recreativas, tales como campamentos, lectura de cuentos, salidas al exterior, eventos musicales, etc. También en el marco de las actividades recreacionales se efectúa, una vez por año, un viaje a Pinamar. Todas estas actividades poseen objetivos que detentan valor terapéutico, se intenta lograr la rehabilitación, el fortalecimiento de las relaciones entre los pares, además del esparcimiento.

El programa indispensable, según la Lic. en Trabajo Social de la Institución, es el que busca el fortalecimiento de los vínculos con la familia, ya que, si esto puede lograrse, les otorga a las personas con discapacidad la motivación necesaria para realizar otras actividades y rehabilitarse.

El contacto que los pacientes de este hogar poseen con la familia es asiduo, el grupo familiar tiene la posibilidad de visitarlos dentro de la Institución los fines de semana, e incluso pueden, si así lo desean, llevarlos a sus casas desde el sábado hasta el domingo por la tarde, momento en que es necesario que regresen.

En lo relativo a la proyección de futuro que los directivos hacen respecto a las mujeres jóvenes institucionalizadas allí, tanto el director de la Institución con la Lic. en T.S. afirman que difícilmente puedan salir del hogar para integrarse en la sociedad, ya que o no tienen familia o ésta no tiene posibilidad de cuidarlas correctamente. La esperanza pasa por lograr que la calidad de vida de estas mujeres sea la mejor posible.

Una de las integrantes del personal no profesional de la Institución, la Srita. L.; aporta que, si bien dentro del Hogar se realizan una cantidad muy importante de actividades, sería interesante anexar otro tipo de programas, tales como cursos (cocina,

idioma, formación laboral); manualidades y cerámica, así como computación. Este tipo de actividades se corresponden con las demandas que las mujeres internadas le efectúan diariamente. Sin embargo, aclara que a pesar de la falta de éstas, las mujeres viven la internación allí positivamente, siendo la relación que ellas mantienen con todo el personal de la Institución y el resto de sus compañeras buenas en todos los casos.

En lo relativo a la posibilidad de desinstitucionalización de estas mujeres, se la considera no viable, por las mismas razones que argumentan el director y la TS de la Institución.

Para referirnos a la labor del equipo interdisciplinario del hogar Don Orione, se mantiene entrevista con la Trabajadora Social, quién explicita que su rol profesional gira sobre los ejes de realizar las entrevistas de admisión, orientar en situaciones de crisis, trabajar en conjunto con los familiares de los pacientes internados, tramitar juicios de insania, así como realizar el seguimiento, contener y clarificar pautas, tanto para los pacientes como para los familiares. Efectúa varios tipos de intervenciones: apoyo, información, orientación y mediación en situaciones de conflicto. A partir del momento que la persona con discapacidad ingresa en la Institución, las actividades que se lleva a cabo son realizar la entrevista de admisión, efectuar la visita domiciliaria, y llevar a cabo entrevistas conjuntas con la Psicóloga y la Terapeuta Ocupacional.

La T.S. siempre realiza diagnóstico de situación, las pautas que toma en cuenta para ello es la situación familiar de la persona con discapacidad, la situación económica, y la existencia de riesgo para la persona, es decir, si permanecer junto a su familia es un beneficio o un perjuicio para ella.

Las reacciones de las mujeres con discapacidad con quién interviene profesionalmente, son buenas y positivas desde el comienzo, la relación con ellas se conforma desde el afecto, a partir del establecimiento de un vínculo con las mismas.

Siempre se mantiene contacto con la familia de la mujer con discapacidad, en el caso que ésta la posea. Los aspectos que se tienen en cuenta de dicha familia son las edades de los padres, la cobertura de necesidades, el tipo de relaciones que mantiene el grupo familiar, así como las conductas que presenta, es decir, si existen conductas abandonicas o una búsqueda de protección. Las intervenciones que lleva a cabo con la familia son de orientación, apoyo, clarificación, y derivación a tratamientos psicológicos, en caso de ser necesario. La actitud del grupo familiar hacia los profesionales del equipo es buena, expresan agradecimiento por cuidar de sus familiares.

Se realizan diversas actividades para facilitar la integración en la comunidad de las personas allí internadas, tales como participar en eventos organizados por otras Instituciones, integrarse con éstas para efectuar actividades conjuntas, o planificar campañas tales como organizar donativos, instalar stands atendidos por las personas con discapacidad, etc. Los obstáculos que visualiza para lograr la integración están dados por la misma discapacidad de los pacientes, que muchas veces los limita para efectuar una gran cantidad de actividades que podrían llevarse a cabo.

Las gestiones que esta profesional realiza con otras Instituciones a favor de la integración de las mujeres institucionalizadas, tienen que ver con relacionarse con

diferentes organismos de nuestra ciudad, tales como Tribunales, PAMI, ANSES, IOMA y Hospitales, para obtener distintos beneficios necesarios para ellas.

Se trabaja interdisciplinariamente, el objetivo de este trabajo es lograr la rehabilitación de los pacientes, es decir, volver a habilitar desde las distintas especialidades para mantener o mejorar la calidad de vida de las personas. No existen dificultades para efectuar este trabajo.

En cuanto a la opinión de esta profesional, al respecto de la posibilidad de que la cuestión de género influya negativamente para la máxima integración de la mujer con discapacidad, ésta expresa que existe la influencia negativa, pero sólo a la hora de obtener empleo, en el resto de los aspectos la situación es similar para ambos sexos.

La Srita. G., una de las mujeres jóvenes institucionalizadas en el hogar, posee una discapacidad motora severa y retraso mental leve, desde su nacimiento. Se encuentra internada desde hace aproximadamente 10 años, el motivo de ello fue el fallecimiento de sus padres y el abandono del resto del grupo familiar. Sólo logró completar algunos años del ciclo primario, luego abandonó los estudios, el nivel sociocultural y de vida que poseía anteriormente era medio. Nunca realizó actividades rentadas, ya que sus padres la cuidaban, hasta el día de su fallecimiento. Su único familiar en la actualidad es un hermano, pero éste se ha desentendido completamente de ella, las relaciones son nulas.

Con respecto a la existencia de pareja o hijos, relata que nunca se casó o tuvo pareja, así como tampoco ha mantenido nunca relaciones sexuales. El motivo de ello, según su opinión, es que no sólo no sabrá cómo hacerlo, sino que nadie se interesaría en ella jamás.

Le gustaría en gran medida aprender computación, actividad que no se efectúa actualmente en el hogar donde reside.

En cuanto a su parecer, en lo relativo a la conducta de la sociedad hacia las personas con discapacidad, expresa que la misma es de indiferencia, se ha sentido discriminada en muchas ocasiones en su vida, tanto por ser mujer como por ser discapacitada, aunque la mayor parte de las veces, ser discapacitada fue la causa de la discriminación.

Sus expectativas para el futuro se refieren sólo a continuar viviendo en la Institución, ya que se siente contenida y acompañada allí, donde ha hecho muchos amigos.

1) Datos identificatorios

*Nombre de la institución: Instituto Nacional de Rehabilitación Psicosfísica del Sur (INAREPS)

*Tipo de organización: pública

*Dependencia: nacional

* Localización

. *Calle:* Ruta 88

. *Nº:* Km. 5 y 1/2

. *Código Postal:* 7600

. *Tel – Fax:* 4820011/12

* Sector o radio de acción que atiende: Todo el país

* Fecha de creación: década de los años `50.

* Breve reseña histórica: Esta Institución fue programada y armada por Cerenil, una fundación de padres de niños afectados por la poliomelitis, quienes trabajaron junto al Dr. Tessone, quien era su director. Para organizar la Institución, tomaron como modelo Centros de primer nivel que existían en Estados Unidos en ese momento, y lo hicieron a su imagen y semejanza. Se organizó un Hospital. Escuela, con un nivel de complejidad bastante alto, se contaba con ocho pulmotores, lo cual la convirtió en la Institución con mejor infraestructura en ese sentido.

Recibieron a todos los niños afectados por esa enfermedad del país, además de algunos provenientes de países limítrofes, pero a pesar de ello, sólo contaban con 400 historias clínicas. Esto sucede debido a que la poliomelitis no se extendió gracias a las vacunas que surgieron, que finalmente erradicaron la enfermedad.

Durante los años `70 esta institución se había quedado sin demanda, ya que los pacientes primitivos se encontraban de alta institucional y la poliomelitis ya no era un problema sentido en la sociedad, con lo cual se hacía muy difícil continuar sustentando la organización. Es allí donde la Comisión Directiva de

Cerenil toma la decisión de transferir la organización al nivel nacional con la condición de que se utilizara para la rehabilitación de secuelas motoras. En un primer momento se continúa con el personal y directivos de Cerenil, con sus ideas y su partida institucional, pero se continuaba en la misma situación, es decir, sin demanda. En el año 1978 se le encomienda al Dr. Orozco que lo reactive, quién junto a un equipo interdisciplinario, toma como primera medida ampliar el espectro de atención, con lo cual dejó de atenderse sólo a niños para atender a cualquier persona con secuelas motoras. Paulatinamente comienza a abrirse el abanico de diagnósticos, ingresan todas las secuelas motoras neurológicas, ACV (accidentes cardiovasculares); traumatismos de cráneo, lesiones medulares, problemas traumatológicos, amputados, el grupo de la artritis reumatoidea, el grupo de la prevención de cardiopatías, el grupo de las enfermedades respiratorias; y sucede también que el mismo avance de la ciencia comienza a proponer grupos diferentes de casos, tales como los bebés o neonatos que anteriormente no sobrevivían y actualmente lo hacen gracias a las terapias intensivas, estos casos siempre permanecen con alguna secuela motora y concurren a la Institución, al igual que los pacientes con HIV que tienen más supervivencia, más el crecimiento de la accidentología, más los casos de personas descerebradas que tratamos para que su sobrevivencia sea de la mejor manera posible, este grupo no posee ninguna Institución habilitada que los contenga adecuadamente, sólo su domicilio, por lo cual aquí se los contiene y ayuda de la mejor manera posible.

** Características físicas en general:* El Instituto se halla ubicado en las afueras de la ciudad de Mar del Plata, a la vera de una ruta muy transitada, contando con un parque de cinco hectáreas. La edificación es de importantes dimensiones, posee dos pisos, en la planta alta se encuentran las camas para la internación de 60 personas, además de 10 camas de cirugía y un quirófano traumatológico de excelencia. En la planta baja se hallan los servicios de Terapia Laboral y

Recreación y Deportes, las diferentes especialidades médicas y no médicas, además de los sectores de diagnóstico por imágenes, ecografías y electrocardiogramas.

2) Estructura interna e institucional

* Objetivos o metas generales: Brindar servicios de rehabilitación a las secuelas motoras de cualquier tipo de patología. La rehabilitación es tomada en el sentido de volver a habilitar para que se continúe con la vida que se poseía antes de la discapacidad, con lo cual la integración está implícita.

3) Recursos

* Humanos: La Institución posee 240 empleados, de los cuales 90 son profesionales, éstos son: Médicos, Terapistas físicos, Terapistas ocupacionales, Psicólogos, Fonoaudiólogos, Trabajadoras Sociales, Nutricionistas, Bioquímicos, Farmacéutica, Odontólogas y 30 Enfermeras. El resto del personal es administrativo y de mantenimiento.

* Financieros: El presupuesto es derivado del Estado Nacional.

4) Programas que desarrolla

* En desarrollo y ejecución:

- Asistencia (cobertura en medicación, transporte y alimentos)
- Interdisciplinarios:

Programa de patologías funcionales (preventivo de malas posturas que pueden devenir con el transcurso del tiempo en una discapacidad)

Programa de Atención respiratoria (circunscripto al área geográfica, sólo para chicos de entre 5 y 12 años de edad, con problemas de obstrucciones o asma)

Programa de Prevención a nivel cardiológico

Unidad Sanitaria (cubre sanitariamente a contrapartida de los horarios de atención del Instituto a las personas del barrio)

* Por iniciarse: Los programas se van iniciando de acuerdo a la demanda, a medida que van surgiendo los problemas con demandas similares, se organizan los programas o grupos específicos.

* Servicio Social:

- Asistencia
- Preservación de la Institución a nivel nacional: este programa fué el principal del servicio durante los años '90, ya que existía el proyecto de transferir el Instituto a la provincia, pero tampoco la provincia quería absorber al mismo excepto que se modificara el planteo Institucional. Es por ello que consideramos que desde el Servicio Social lo mejor que se podía hacer por la gente con secuelas motoras en ese momento era preservar su Institución de referencia.
- Promoción de la Rehabilitación: Un trabajo conjunto con la Universidad Nacional de Mar del Plata, con la cátedra de Supervisión en Servicio Social, para promover el sector y la forma de trabajo entre el alumnado a partir de las prácticas pre- profesionales que realizan aquí.

5) Dinámica Externa

* Relaciones con otras instituciones de la comunidad: Se mantienen estrechas relaciones con el Hospital Interzonal General de Agudos de la ciudad, con la Municipalidad del Partido de general Pueyrredón por la provisión de alimentos y pañales, con CILSA Mar del Plata por la provisión de elementos ortopédicos y se mantienen contactos con todos los hospitales e Instituciones del país que derivan sus pacientes.

6) Manera en que cubre el aspecto sanitario:

.Médicos clínicos: si

.Médicos especialistas: si

.Enfermeras: si (30)

Terapistas ocupacionales: si

Otros: Fonoaudióloga, Terapistas Físicos, Psicóloga, Lic. en Alimentación, Farmacéutica, Bioquímica, Odontólogas, Trabajadoras Sociales.

7) Reflexiones

* Satisfacción con los resultados: la satisfacción se siente cuando se logra con un paciente algo, por más pequeño que sea, que mejore su calidad de vida.

- Autocrítica: Como Institución que atiende patologías crónicas se adolece de muchas cosas, hemos perdido cargos, nos falta presupuesto para atender a todos los pacientes, con lo cual se desgasta el personal y la Institución en general.

SISTEMATIZACIÓN DE LA ENTREVISTA

Para responder a las inquietudes de la alumna, se mantiene entrevista con una secretaria administrativa del Instituto, como representante de la dirección, y con la Jefa del Departamento de Servicio Social de INAREPS; además de dialogar con una de las mucamas y una de las mujeres allí internadas.

La totalidad de los programas que se desarrollan en esta Institución persiguen la rehabilitación de los pacientes internados; el fin último es volver a habilitar para que la persona con discapacidad continúe con su vida tal como era antes del surgimiento de la discapacidad, con lo cual la integración se encuentra implícita. Es por ello que se considera que en este organismo se implementan tanto programas de rehabilitación como de integración. Los logros que se espera alcanzar con estos programas se relacionan con alcanzar una rehabilitación tanto física, como psíquica y social, para las personas con discapacidad. Estos programas se realizan diariamente, y son tratamientos individualizados para cada persona.

Existen trabajos a nivel psicológico con las personas internadas, los tratamientos que se efectúan se realizan tanto a nivel individual como grupal, los mismos se efectúan a requerimiento de la persona, totalmente individualizados.

En cuanto a la presencia de programas de formación educativa, no existen programas de ese tipo dentro de esta Institución, aunque sí se puede hallar programas de formación laboral, encuadrados dentro del servicio de terapia laboral de la Institución. Se efectúa una gran variedad de actividades recreativas, tales como deportes, lectura de cuentos, salidas al exterior, paseos, eventos musicales, etc. Todas estas tareas poseen

objetivos que detentan valor terapéutico, se intenta lograr ocupar el tiempo libre, equilibrar los tratamientos y orientar a las personas hacia la realización de actividades.

El programa indispensable, según una de las Lic. en Trabajo Social de la Institución, es aquél que brinda asistencia para la cobertura de necesidades básicas, tanto económicas como de dependencia de las personas.

El contacto que los pacientes de este organismo poseen con la familia es asiduo. Desde el día viernes y hasta el día lunes por la mañana, los pacientes poseen alta transitoria, por lo cual pueden regresar a sus hogares durante el fin de semana. Asimismo, existen horarios de visita durante toda la tarde, y en aquellos casos de pacientes que necesitan de cuidados permanentes o de niños, se permite que la familia permanezca junto a ellos durante todo el día.

Con respecto a la proyección de futuro que los directivos hacen respecto a las mujeres jóvenes institucionalizadas allí, tanto la representante de la dirección de la Institución como la Lic. en T.S. afirman que se espera que todas ellas consigan el alta institucional, a partir de su rehabilitación física, psíquica y social.

Una de las integrantes del personal no profesional de la Institución, la Sra. M., aporta que, si bien dentro del Hogar se realizan una cantidad muy importante de actividades, sería interesante anexar otro tipo de programas, tales como cursos (cocina, idioma, etc.) y computación. Este tipo de actividades se corresponden con las demandas que las mujeres internadas le efectúan diariamente. Según su opinión, las mujeres viven la internación allí en forma neutral, el deseo principal es retornar a sus hogares. La relación que ellas mantienen con todo el personal de la Institución y el resto de los pacientes internados son buenas en todos los casos.

En lo relativo a la posibilidad de desinstitucionalización de estas mujeres, se la considera viable, pero cabe aclarar que se considera de esta manera debido a que la Institución en cuestión no es un hogar de internación permanente, con lo cual es normal que las personas sean desinstitucionalizadas tarde o temprano, excepto en el caso de la mujer con discapacidad entrevistada para el presente trabajo.

Para referirnos a la labor del equipo interdisciplinario del Instituto de Rehabilitación Psicofísica del Sur, se mantiene entrevista con la Trabajadora Social, quién explicita que su rol profesional (y del resto de las TS que trabajan en el Instituto) es orientar en situaciones de crisis, realizar entrevistas de admisión y clarificar situaciones. Efectúan intervenciones tanto de apoyo como de asistencia, orientación e información. A partir del momento que la persona con discapacidad ingresa en la Institución, las actividades que se llevan a cabo son recepcionar a la persona, realizar una entrevista con los familiares de ésta para conocer sus demandas, su percepción de la situación, las características generales del grupo familiar, etc. Luego se presenta el caso al Comité de Admisión, el cual define si la internación es viable o no. La misma corresponde si el paciente posee posibilidades de recuperarse, ya que esta Institución no es un hogar de crónicos, como ya se ha aclarado con anterioridad. Una vez que la persona se interna, las primeras actividades que se efectúa con ella consisten en realizar una

evaluación profunda, tanto con el paciente como con su familia, otorgando apoyo al proceso de rehabilitación y brindando acceso a la cobertura de necesidades que posea.

Las Trabajadoras Sociales de la Institución siempre realizan diagnóstico de situación, las pautas que toman en cuenta para ello es el aspecto familiar de la persona con discapacidad y su situación socioeconómica y cultural.

Las reacciones de las mujeres con discapacidad con quienes se interviene profesionalmente, son buenas al inicio, logrando mayor confianza en las profesionales a medida que se afianza el vínculo entre ellas.

Siempre se mantiene contacto con la familia de la mujer con discapacidad, en esta Institución el equipo interdisciplinario trabaja en general, más con la familia de la persona con discapacidad que con la misma persona. Los aspectos que se tienen en cuenta de dicha familia se relacionan con su estructura y el tipo de relaciones que establecen entre ellos. Las intervenciones que llevan a cabo con éstos son de orientación para la mejor atención del familiar con discapacidad, asistencia para cubrir necesidades, clarificación, apoyo y derivación a tratamientos psicológicos, en caso de ser necesario. La actitud de los familiares hacia los profesionales del equipo es buena y positiva.

Se realizan diversas actividades para facilitar la integración en la comunidad de las personas allí internadas, tales como integrarse con otras Instituciones para efectuar actividades conjuntas u orientar a la mujer y a su familia para que aprendan a manejarse en la nueva situación de discapacidad. Los obstáculos que visualizan para lograr la integración están dados por el deterioro ético y estético social que se encuentra presente en nuestra sociedad. Actualmente, la cantidad de gente que es abandonada por su familia supera en gran medida estadísticas de otras décadas.

Las gestiones que las profesionales realizan con otras Instituciones a favor de la integración de las mujeres institucionalizadas, tienen que ver con trabajar en red con diferentes organismos de nuestra ciudad, tales como el Hospital Interzonal de Agudos, Secretaría de Calidad de Vida de la Municipalidad del Partido de Gral. Pueyrredón (para la provisión de alimentos) y C.I.L.Sa. (para la provisión de elementos ortopédicos).

El trabajo interdisciplinario es la manera de trabajar. El objetivo de este trabajo es lograr la rehabilitación de los pacientes de un modo integral. Existen algunas dificultades, que se presentan con algunos profesionales del Instituto que no se integran al equipo, pero estos casos son mínimos.

En cuanto a la opinión de las profesionales, al respecto de la posibilidad de que la cuestión de género influya negativamente para la máxima integración de la mujer con discapacidad, éstas expresan que la influencia negativa se extiende hacia todos los aspectos y dificulta enormemente la integración a la sociedad.

La Srita. A., única mujer joven institucionalizada de forma permanente en el hogar, posee una discapacidad motora severa, producida por un accidente cardiovascular bastante reciente. Se encuentra internada desde hace aproximadamente 7 meses, el motivo de ello fue el fallecimiento de su madre (único familiar a cargo). Logró completar tanto el ciclo primario como el secundario, el nivel sociocultural y de vida que

poseía anteriormente era medio. Nunca realizó actividades rentadas, dependía exclusivamente de su madre hasta el fallecimiento de ésta.

Con respecto a la existencia de pareja o hijos, relata que tuvo algunas parejas ocasionales, antes del inicio de la discapacidad, y que posee una pareja estable actualmente, aunque nunca se casó ni tuvo hijos. Ella es la única mujer con discapacidad entrevistada que mantiene relaciones sexuales en la actualidad. En cuanto a los prejuicios que existen, refiere que éstos se basan, según su opinión, en que los hombres piensan que ella no se encuentra en condiciones de ejercer su sexualidad.

No le interesa efectuar otras actividades de las que ya realiza en la Institución, las relaciones que mantiene tanto con el resto de los pacientes internados como con el personal del Instituto son buenas.

En cuanto a su parecer, en lo relativo a la conducta de la sociedad hacia las personas con discapacidad, expresa que la misma es de discriminación, se ha sentido discriminada en muchas ocasiones en su vida, tanto por ser mujer como por ser discapacitada.

Sus expectativas para el futuro se refieren a formalizar con su pareja actual, y crear una familia.

1) Datos identificatorios

. Nombre de la institución: Residencia geriátrica Casagrande

. Tipo de organización: privada

. Dependencia: privada

. Localización

. Calle: Independencia

. N°

. Código Postal: 7600

. Tel – Fax: 4940686

* Sector o radio de acción que atiende: Mar del Plata y zona de influencia (Maipú, Bahía Blanca)

* Fecha de creación: Mayo de 1997

* Breve reseña histórica: El dueño de la Institución poseía con anterioridad otras dos residencias funcionando, y decide inaugurar una nueva, para lo cual en un principio destina a los mismos profesionales que existían en las otras. A

medida que los pacientes fueron ingresando se fue ampliando el personal, como enfermeras, una Terapeuta Ocupacional más, una profesora de Yoga. Paralelamente, también se amplían las actividades que se realizan a medida que van surgiendo las demandas de los pacientes internados.

* Características físicas en general: La Institución se halla ubicada en un barrio céntrico, de fácil acceso. La misma es una edificación antigua pero muy bien reciclada, cuenta con dos plantas, un comedor diario en cada uno de los pisos, veintiocho habitaciones en total, quince en planta baja y trece en el piso superior. Estas son en su mayoría compartidas por dos personas, excepcionalmente se comparten entre tres. Asimismo, posee dos jardines, uno en la parte posterior del edificio y otro en el frente.

2) Estructura interna e institucional

* Objetivos o metas generales: Brindar atención geriátrica especializada, cubrir todas las necesidades en cuanto a emergencias, enfermería e higiene, sobretodo en las personas que no pueden valerse por sí mismas y que necesitan mayor atención.

3) Recursos

*Humanos: Licenciada en Administración, Licenciada en Nutrición, Director Médico, Médico Clínico, dos Terapistas Ocupacionales, dos cocineras, cuatro mucamas, catorce enfermeras.

*Financieros: El aporte privado de las familias de cada uno de los residentes, excepto en dos casos en los que los cubre una ART y una Obra Social respectivamente.

4) Programas que desarrolla

. En desarrollo y ejecución:

- Talleres de memoria (estimulación cognitiva)
- Talleres de movilización (gimnasia y yoga)
- Actividades recreativas (lectura, festejo de cumpleaños, etc.)

. Por iniciarse:

- Programa de capacitación en atención geriátrica para enfermeras y auxiliares de enfermería.

. Servicio Social: la Institución no cuenta con departamentos o servicios sociales de ningún tipo.

5) Dinámica Externa

. Relaciones con otras instituciones de la comunidad:

Se posee contacto con el Patronato de la Infancia, ya que para el Día del Niño los abuelos preparan juguetes y concurren a pasar el día en la Institución junto a los niños de allí. También concurren alumnos del Colegio FASTA asiduamente a realizar distintas actividades con los pacientes, presentan obras de teatro, dramatizaciones, etc.

6) Manera en que cubre el aspecto sanitario

.Médicos clínicos: uno (1)

.Médicos especialistas: no

.Enfermeras: catorce (14)

.Terapistas ocupacionales: dos (2)

.Otros: una Licenciada en Nutrición.

La Institución no cuenta con otros profesionales de planta, en el caso de que necesite un tratamiento especial es la familia quien realiza la búsqueda del profesional pertinente y el paciente concurre al consultorio de éste cada vez que así lo requiera.

7) Reflexiones

. Satisfacción con los resultados: Surge cuando se evidencia un logro físico.

. Autocrítica: Existe actualmente poca estabilidad del personal de enfermería y de los auxiliares, así como también poca capacitación e interés en la asistencia geriátrica por parte de algunas de éstas enfermeras o auxiliares.

SISTEMATIZACIÓN DE LA ENTREVISTA

Para responder a las inquietudes de la alumna, se mantiene entrevista con la Lic. en Administración y con la Lic. en Terapia Ocupacional de la Institución; ya que ésta no cuenta con Trabajadora Social. Además se dialoga con una de las auxiliares de enfermería y una de las mujeres allí internadas.

La totalidad de los programas que se desarrollan en esta Institución persiguen la rehabilitación de los pacientes internados; el fin último de los mismos es lograr la rehabilitación física exclusivamente. Estos programas se realizan diariamente, y existen programas de recuperación individualizados para cada paciente.

No se llevan a cabo trabajos a nivel psicológico con las personas internadas.

En cuanto a la presencia de programas de formación educativa o laboral, no existen programas de ese tipo dentro de esta Institución, aunque sí existe una gran variedad de actividades recreativas y deportivas, tales como obras de teatro que se representan en el hogar, lectura de cuentos, salidas al exterior, eventos musicales, actividades deportivas y de estimulación psicomotriz, etc. Todas estas actividades no poseen objetivos que detenten valor terapéutico, sólo se busca lograr el esparcimiento y la socialización de los pacientes.

El programa indispensable, según la T.O. de la Institución, es aquél que otorga asistencia para la cobertura de las necesidades básicas, es decir, aquellas necesidades que no pueden satisfacerse por sí mismos los pacientes debido a su alto grado de dependencia física; además de la estimulación física y cognitiva.

El contacto que los pacientes de este hogar poseen con la familia es asiduo, el grupo familiar tiene la posibilidad de visitarlos dentro de la Institución, contando con horarios de visita amplios y flexibles, e incluso pueden, si así lo desean, llevarlos a sus casas durante una semana o el tiempo que gusten hacerlo.

Con respecto a la proyección de futuro que la Lic. en Administración y la Lic. en T. O. hacen respecto a las mujeres jóvenes internadas allí, ambas profesionales afirman que la institucionalización de las mujeres con discapacidad es permanente, ya que su familia, al decidir internarlas en el hogar, así lo ha decidido. La esperanza pasa por lograr que la calidad de vida de estas mujeres sea la mejor posible.

Una de los integrantes del personal no profesional de la Institución, la Sra. C.; aporta que no es importante ni necesario anexar nuevas actividades a la rutina del hogar, ya que las mujeres allí institucionalizadas se hallan conformes con las actividades actuales. Considera que

las mujeres viven la internación allí positivamente, siendo la relación que ellas mantienen con todo el personal de la Institución y el resto de sus compañeras buenas en todos los casos.

En lo relativo a la posibilidad de desinstitucionalización de estas mujeres, se la considera no viable, por las mismas razones que argumentan la Lic. en Administración y la TO de la Institución.

Para referirnos a la labor del equipo interdisciplinario del hogar geriátrico Casagrande, se mantiene entrevista con la Terapista Ocupacional, quién explicita que su rol profesional gira sobre los ejes de coordinar las actividades de Terapia Ocupacional, planificar los eventos especiales (cumpleaños, paseos) y atender a pacientes que necesitan de tratamientos individuales de rehabilitación física. Sólo realizan intervenciones tendientes a estimular física y cognitivamente.

La T.O también efectúa diagnóstico de situación, pero las pautas que toma en cuenta para su realización sólo se refieren a la situación física y médica de la mujer con discapacidad.

Las reacciones de las mujeres con discapacidad con quién interviene profesionalmente, son buenas al inicio, aunque luego de conocer mejor a los profesionales de la Institución demuestran mayor confianza.

La familia de las mujeres con discapacidad internadas poseen buena actitud, tanto hacia ellas como hacia los profesionales, pero no se efectúan intervenciones con ellas.

Las actividades que se realizan para facilitar la integración en la comunidad de las mujeres se relacionan con orientar a la mujer y a su familia para que aprenda a manejarse sola en su nueva situación, que reaprenda a caminar por la calle, cruzarlas, bajar los cordones, adaptar la casa. Esto sólo en el caso de que la mujer con discapacidad en cuestión pueda llegar a rehabilitarse para volver a su hogar, en aquellos casos de

patologías crónicas sólo se puede mantener, pero no recuperar e integrar. Esto último constituye el obstáculo más importante a la hora de lograr la rehabilitación.

En cuanto al tema de realizar gestiones con otras Instituciones, a favor de la integración/rehabilitación, en este hogar geriátrico no se realizan.

Se trabaja interdisciplinariamente, el objetivo de este trabajo es brindar una atención geriátrica especializada. Existen algunas dificultades para mantener este trabajo en equipo, la mayor parte de ellos se relacionan con la presencia de diferencias en la capacitación del personal que dificultan la interacción.

En cuanto a la opinión de esta profesional, al respecto de la posibilidad de que la cuestión de género influya negativamente para la máxima integración de la mujer con discapacidad, ésta expresa que la influencia negativa es real para lograr la integración en todos los aspectos.

La Sra. D., una de las mujeres adultas institucionalizadas en el hogar, posee una discapacidad motora severa y afasia. Su diagnóstico es Paraparesia copástica familiar severa de etiología degenerativa, a partir de la enfermedad de Stumprell Lorraine, adquirida desde hace poco tiempo. Se encuentra internada desde hace aproximadamente 4 meses, el motivo de ello es que por su enfermedad, la Sra. necesita de atención constante, lo cual a su familia le resulta imposible realizar. Anteriormente a adquirir la discapacidad actual, la Sra. D. poseía un nivel sociocultural y de vida alto, posee estudios terciarios completos, y se desempeñó como docente durante toda su vida. Posee tres hijos mayores, todos casados, que la visitan con regularidad e incluso la llevan a sus casas por períodos cortos. La relación con ellos es fluida y permanente.

Con respecto a la existencia de pareja o hijos, relata que estuvo casada sólo una vez, actualmente es viuda. Como ya se ha dicho, posee tres hijos, y la relación con ellos es buena. No mantiene relaciones sexuales desde antes de adquirir la discapacidad, desde el fallecimiento de su marido, hace 5 años atrás. Con respecto a la posibilidad de volver a mantenerlas, opina que tal cosa sería imposible, debido a su enfermedad actual.

Le interesaría en gran medida que existiera una biblioteca dentro del hogar, aprender repostería e ir a la playa, actividades que no se efectúan actualmente en el hogar donde reside.

Las relaciones que mantiene con los profesionales y no profesionales de la Institución son buenas, también lo es con el resto de los pacientes internados, sólo que existen algunos problemas de comunicación con ellos, debido a que éstos algunas veces no entienden su manera de comunicarse, ya que ella posee afasia.

En cuanto a su parecer, en lo relativo a la conducta de la sociedad hacia las personas con discapacidad, expresa no saber con claridad cuál es, aunque refiere haberse sentido discriminada en algunas ocasiones, generalmente por su género.

Sus expectativas para el futuro se refieren a mejorar para poder volver a su casa, junto a su familia.

1) Datos identificatorios

. Nombre de la institución: Hogar geriátrico LARVI SRL.

. Tipo de organización: privada

. Dependencia: privada

. Localización

. Calle: San Juan

. N°: 1452

. Código Postal: 7600

. Tel – Fax: 4757560

* Sector o radio de acción que atiende: Mar del Plata y algunos pacientes de la zona de influencia que poseen familiares en la ciudad (Castelli, por ejemplo)

* Fecha de creación: Década del '70

* Breve reseña histórica: El dueño de la Institución decide crear un hogar para personas mayores que necesiten atención especial o que no posean familia que los cuide. En un principio sólo se atendía a los pacientes en forma absolutamente privada. Luego se comienza a atender pacientes de la obra social PAMI, con lo cual se amplía la cantidad de abuelos internados, y con ello, también el personal y las actividades a realizar.

* Características físicas en general: La Institución se halla ubicada en un barrio céntrico, de fácil acceso. La misma es una edificación antigua, cuenta con dos plantas, en la planta baja de halla ubicado un comedor, una sala de estar, la enfermería, cocina y la mayoría de las habitaciones del hogar. En la planta alta sólo existen algunas habitaciones, reservadas para aquellos pacientes que poseen mayor movilidad. Cuenta con dieciséis habitaciones en total, divididas por sexos. Estas son en su mayoría compartidas entre tres personas como máximo.

1) Estructura interna e institucional

* Objetivos o metas generales: Cuidar la salud de los pacientes desde un punto de vista integral y mantener el vínculo con sus redes sociales.

2) Recursos

*Humanos: una Licenciada en Nutrición, un Médico Clínico, una Terapista Ocupacional, una Trabajadora Social, una coordinadora de la actividad profesional, cocineras, administrativos, enfermeros.

*Financieros: Principalmente provienen de la obra social PAMI, que es la que poseen la mayoría de los pacientes, y aportes privados en algunos casos por parte de la familia.

4) Programas que desarrolla

. En desarrollo y ejecución:

- Actividades recreativas (festejo de cumpleaños, encuentro generacional para el Día del Niño con alumnos del colegio Nueva Pompeya, un encuentro semanal con personas de la Iglesia Pompeya para rezar, paseos, etc.)

. Por iniciarse:

- No

. Servicio Social:

- Mantener el vínculo con la familia y trabajar con ellos.

5) Dinámica Externa

. Relaciones con otras instituciones de la comunidad:

Se posee contacto con el Colegio Nueva Pompeya, ya que para el Día del Niño los abuelos preparan juguetes y concurren a tomar la merienda en el Colegio junto a los niños de allí.

También se posee un contacto asiduo con las personas pertenecientes a la Iglesia Pompeya, y especialmente con el área Tercera Edad de la Municipalidad de General Pueyrredón, con quienes se organizan distintas actividades en conjunto.

6) Manera en que cubre el aspecto sanitario

.Médicos clínicos: uno (1)

.Médicos especialistas: no

.Enfermeras: cinco (5)

.Terapistas ocupacionales: uno (1)

.Otros: una Licenciada en Nutrición.

La Institución no cuenta con otros profesionales de planta, en el caso de que necesite un tratamiento especial la persona concurre al consultorio de éste cada vez que así lo requiera, se busca que la familia realice el acompañamiento del paciente, que es trasladado por la Institución por medio de SERVISA.

7) Reflexiones

. Satisfacción con los resultados: Surge cuando se evidencia un logro físico.

. Autocrítica: Existe la necesidad de mejorar el aspecto edilicio de la Institución, así como se reconoce que durante algún tiempo se dejaron de realizar actividades recreativas, y hoy en día se halla presente la necesidad de incentivar un poco más a los pacientes.

SISTEMATIZACIÓN DE LA ENTREVISTA

Para responder a las inquietudes de la alumna, se mantiene entrevista con la Supervisora y la Lic. en Trabajo Social de la Institución. Además se dialoga con uno de los auxiliares de enfermería y la única mujer joven allí internada.

La totalidad de los programas que se desarrollan en esta Institución persiguen la rehabilitación de los pacientes internados; el fin último de los mismos es lograr la rehabilitación física exclusivamente. Estos programas se realizan diariamente, y son similares para todos los pacientes internados.

No se llevan a cabo trabajos a nivel psicológico con las personas internadas.

En cuanto a la presencia de programas de formación educativa o laboral, no existen programas de ese tipo dentro de esta Institución, aunque sí existe una gran variedad de actividades recreativas y deportivas, tales como lectura de cuentos, salidas al exterior, eventos musicales, actividades deportivas y de estimulación psicomotriz, visitas a otras Instituciones, etc. Todas estas actividades poseen objetivos que detentan valor terapéutico,

el objetivo es lograr evitar el deterioro cognitivo y despertar reminiscencias del pasado para los abuelos internados.

El programa indispensable, según la T.S. de la Institución, es realizar la estimulación física y cognitiva necesaria para mantener la calidad de vida de los adultos mayores internados.

El contacto que los pacientes de este hogar poseen con la familia es asiduo, el grupo familiar tiene la posibilidad de visitarlos dentro de la Institución, contando con horarios de visita amplios y flexibles, e incluso pueden, si así lo desean, llevarlos a sus casas durante una semana o el tiempo que gusten hacerlo.

Con respecto a la proyección de futuro que la Supervisora y la Lic. en T. S. hacen respecto a la mujer joven internada allí, ambas afirman que la institucionalización de esta mujer es permanente, ya que su dependencia es alta y no podría manejarse sola. La esperanza pasa por lograr que la calidad de vida de estas mujeres sea la mejor posible.

Uno de los integrantes del personal no profesional de la Institución, el Sr. J.; aporta que sería importante anexar nuevas actividades a la rutina del hogar, tales como cerámica, manualidades, tejido, bordado y costura. Esto se corresponde directamente con las demandas que recibe diariamente de la mujeres internadas.

Considera que la mujer con discapacidad vive la internación allí positivamente, siendo la relación que ella mantiene con todo el personal de la Institución y el resto de sus compañeros buenas en todos los casos.

En lo relativo a la posibilidad de desinstitucionalización de estas mujeres, se la considera no viable, por las mismas razones que argumentan la Supervisora y la TS de la Institución.

Para referirnos a la labor del equipo interdisciplinario del hogar geriátrico Larvi SRL, se mantiene entrevista con la Trabajadora Social, quién explicita que su rol profesional gira sobre los ejes de trabajar en conjunto con los familiares de los pacientes internados, contenerlos, estimular a los pacientes y mantener contacto con otras instituciones para lograr la realización de actividades recreativas. El tipo de intervenciones que lleva a cabo se relacionan con el apoyo y la orientación de los pacientes y su familia.

La T.S. siempre efectúa diagnóstico de situación, las pautas que toma en cuenta para su realización son el aspecto familiar, socioeconómico y cultural de los pacientes, el motivo de la decisión de ingresar y el tratamiento a seguir.

La reacción de la mujer con discapacidad con quién interviene profesionalmente, fué buena al inicio, aunque reaccionó con timidez, se conformó el vínculo a medida que ésta percibió afecto.

La familia de la mujer con discapacidad internada posee buena actitud hacia la profesional, con ésta realiza intervenciones de apoyo, información y control, esto último se hace con el fin de evitar que descuiden a su familiar.

Las actividades que se realizan para facilitar la integración en la comunidad de la mujer se relacionan con trabajar en conjunto con otras Instituciones y mantener las redes sociales que ella ha conformado, la cual la sostiene y es muy fuerte. No detecta obstáculos para la integración.

En cuanto al tema de realizar gestiones con otras Instituciones, a favor de la integración/rehabilitación, la TS es la encargada de mantener contacto, tanto con el Departamento de la Tercera Edad y el Area de Deportes de la Municipalidad del Partido de General Pueyrredón, como con Escuelas e Iglesias del barrio.

Se trabaja interdisciplinariamente, el objetivo de este trabajo es brindar una atención integral (bio- psico- social) para el paciente internado. No detectan dificultades para efectuarlo.

En cuanto a la opinión de esta profesional, al respecto de la posibilidad de que la cuestión de género influya negativamente para la máxima integración de la mujer con discapacidad, ésta expresa que la influencia negativa existe a la hora de obtener empleo, formar una familia o llevar adelante una casa.

La Sra. E., el único caso de mujer adulta con discapacidad institucionalizada en el hogar, posee parálisis cerebral desde su nacimiento, enfermedad que, con el correr de los años, se complicó con problemas en las cervicales, por lo cual actualmente su discapacidad motora es severa, ya que su movilidad en piernas y brazos es nula. Se encuentra internada desde hace aproximadamente 5 años, debido a que ella misma tomó la decisión de hacerlo, ya que su padre era alcohólico y su situación familiar era insostenible. La Sra E. posee primaria completa, y en la actualidad se halla estudiando el 9no año de E.G.B. Su nivel sociocultural y de vida anterior a la internación era medio. Nunca realizó actividades rentadas. Su familia está compuesta en la actualidad por seis hermanos adultos, pero de ellos sólo ve a una de sus hermanas, quién la visita esporádicamente.

Con respecto a la existencia de pareja o hijos, relata que nunca se casó o tuvo pareja alguna, tampoco hijos. Nunca mantuvo relaciones sexuales, lo cual ha sucedido, según su opinión, ya que nunca podría hacerlo, a causa de la discapacidad que detenta, y que no sabría como efectuarlo.

Le interesaría en gran medida aprender manualidades, en el caso de que pudiera mover las manos. También se halla sumamente interesada en realizar un taller de música y canto dentro del hogar donde reside.

Las relaciones que mantiene con el resto de los pacientes es buena en general, también lo es con los profesionales y no profesionales de la Institución.

En cuanto a su parecer, en lo relativo a la conducta de la sociedad hacia las personas con discapacidad, expresa que siempre ha sido discriminatoria hacia las mismas, independientemente de su sexo. Refiere haberse sentido discriminada muchas veces, no por ser mujer, sino por poseer una discapacidad.

Sus expectativas para el futuro se refieren a seguir estudiando y lograr tener un título.

1) Datos identificatorios

. Nombre de la institución: Hogar geriátrico San Francisco de Asís.

. Tipo de organización: privada

. Dependencia: privada

. Localización

. Calle: Vergara

. N°: 1581

. Código Postal: 7600

. Tel – Fax: -

Sector o radio de acción que atiende: Mar del Plata y algunos pacientes de la zona de influencia.

* Fecha de creación: Año 1995

* Breve reseña histórica: La Institución comenzó siendo un pequeño hogar, que funcionaba en una casa de familia reciclada para atender algunos ancianos. Sin embargo las comodidades no eran demasiadas, por lo que a medida que se incrementó la demanda de abuelos que deseaban internarse allí, se toma la decisión de mudar el hogar a otro sitio más grande y confortable, lo cual sucede en el año 2001. Desde ese año y hasta la actualidad el hogar funciona en el Barrio Punta Mogotes.

* Características físicas en general: La Institución se halla ubicada en un barrio residencial, dentro de un entorno tranquilo y silencioso, poco transitado, rodeado de espacios verdes y playas. El acceso al hogar no es fácil. El mismo es una edificación antigua, cuenta con dos plantas, 45 habitaciones distribuidas en los dos pisos, compartidas mayormente entre dos y cuatro personas, aunque también existen habitaciones individuales. En la planta baja se halla ubicado un comedor, una sala de estar, la enfermería, cocina y el office de administración. Se cuenta con un gran parque donde se efectúan actividades recreativas cuando el tiempo lo permite.

2) Estructura interna e institucional

- Objetivos o metas generales: Presentar y efectivizar el trabajo multidisciplinario a través de la promoción y la acción de cada área, aunando los criterios, diagnóstico y pronósticos recogidos en grupos de trabajo, apuntando a optimizar la salud bio- psico- social del anciano institucionalizado, atendiendo a tratar de mantener la unión con su familia y en pos de la integración paciente- familia- Institución.

3) Recursos

*Humanos:

Equipo Interdisciplinario: Un médico director, dos enfermeras profesionales, una Licenciada en Trabajo Social, una Licenciada en Nutrición, una Licenciada en Terapia Ocupacional.

Equipo Auxiliar: Asistentes geriátricas, auxiliares de enfermería, cocineras, mucamas, peluquero y pedicura (que concurren una vez por semana), y personal de mantenimiento.

Equipo Administrativo: Secretario, Abogado y Contador.

*Financieros:

Principalmente provienen de la obra social PAMI, que es la que poseen la mayoría de los pacientes, y aportes privados en algunos casos por parte de la familia.

4) Programas que desarrolla

. En desarrollo y ejecución:

- Actividades recreativas (festejo de cumpleaños, festejo de fiestas patrias y de Fin de Año, que se llevan a cabo en forma bimensual)
- Talleres de cocina
- Taller de estimulación psicomotriz (caminatas por la zona)

- Taller de charlas específicas (con profesionales de distintas áreas)
- Programa “Compartimos una comida diferente”, donde los abuelos por grupos, eligen comer, un día en especial, su comida preferida.

. Por iniciarse:

- Taller de tejido
- Taller de pintura

. Servicio Social:

- Atiende problemáticas individuales de los abuelos y trabaja con la familia.
- Talleres de convivencia (efectuados cada 4 o 5 meses, a los cuales concurren el médico, la Terapeuta Ocupacional, Enfermeras, algunos abuelos y especialistas del PAMI, además de la Trabajadora Social).

5) Dinámica Externa

.Relaciones con otras instituciones de la comunidad:

Se posee contacto con el Jardín que se halla ubicado dentro del barrio, otros Geriátricos, y con CILSA, que ha proveído elementos ortopédicos.

6) Manera en que cubre el aspecto sanitario

.Médicos clínicos: uno (1)

.Médicos especialistas: no

.Enfermeras (profesionales y auxiliares): diez (10)

.Terapistas ocupacionales: uno (1)

.Otros: una Licenciada en Nutrición y asistentes geriátricas.

La Institución no cuenta con otros profesionales de planta, en el caso de que necesite un tratamiento especial la persona concurre al consultorio de éste cada vez que así lo requiera.

7) Reflexiones

. Satisfacción con los resultados: Surge en cada momento en que los abuelos internados demuestran alegría y bienestar.

. Autocrítica: Existen algunos problemas económicos que impiden la realización de salidas al exterior, debido a la cantidad grande de abuelos internados que dificulta los traslados.

SISTEMATIZACIÓN DE LA ENTREVISTA

Para responder a las inquietudes de la alumna, se mantiene entrevista con la Directora y la Lic. en Trabajo Social de la Institución. Además se dialoga con una de las mucamas y dos mujeres adultas allí internadas.

La totalidad de los programas que se desarrollan en esta Institución persiguen la rehabilitación de los pacientes internados; el fin último de los mismos es lograr la rehabilitación física, psíquica y social. Estos programas se realizan diariamente, y son similares para todos los pacientes internados.

No se llevan a cabo trabajos a nivel psicológico con las personas internadas.

En cuanto a la presencia de programas de formación educativa o laboral, no existen programas de ese tipo dentro de esta Institución, aunque sí existe una gran variedad de actividades recreativas y deportivas, tales como tejido, cocina, salidas al exterior, eventos musicales, pic-nics, actividades deportivas como gimnasia y/o caminatas por el barrio, visitas a otras Instituciones, etc. Todas estas actividades se efectúan con el fin de lograr la socialización de los pacientes y su esparcimiento, no poseen valor terapéutico.

No hay un solo programa, según la T.S. de la Institución, que resulte ser imprescindible, todos lo son.

El contacto que los pacientes de este hogar poseen con la familia es asiduo, el grupo familiar tiene la posibilidad de visitarlos dentro de la Institución, contando con horarios de visita amplios y flexibles, e incluso pueden, si así lo desean, llevarlos a sus casas durante una semana o el tiempo que gusten hacerlo.

Con respecto a la proyección de futuro que la Directora y la Lic. en T. S. hacen respecto a las mujeres adultas internadas allí, ambas afirman que la institucionalización de estas mujeres es permanente, ya que la dependencia que ambas presentan es alta y no podrían manejarse solas. La esperanza pasa por lograr que la calidad de vida de estas mujeres sea la mejor posible.

Una de los integrantes del personal no profesional de la Institución, la Sra. M.; aporta que sería importante anexar nuevas actividades a la rutina del hogar, tales como cursos de formación laboral, y otros cursos de manualidades, cerámica, etc. Esto se corresponde directamente con las demandas que recibe diariamente de la mujeres internadas.

Considera que las mujeres con discapacidad viven la internación allí positivamente, una de ellas mantiene buena relación con todo el personal y con sus compañeros. El otro caso, debido a que posee algunos problemas psiquiátricos, en algunos momentos suele ser agresiva.

En lo relativo a la posibilidad de desinstitucionalización de estas mujeres, se la considera no viable, por las mismas razones que argumentan la Directora y la TS de la Institución.

Para referirnos a la labor del equipo interdisciplinario del hogar geriátrico San Francisco de Asís, se mantiene entrevista con la Trabajadora Social, quién explicita que su rol profesional se relaciona con orientar a la familia de los pacientes, trabajar en conjunto con ellos, y contener tanto a los pacientes como a los familiares. Las intervenciones que lleva a cabo se basan en otorgar apoyo, orientar y mediar entre los pacientes cuando se presentan situaciones de conflicto.

La T.S. siempre efectúa diagnóstico de situación, las pautas que toma en cuenta para su realización son el aspecto familiar, socioeconómico y cultural de los pacientes.

La reacción de la mujeres con discapacidad con quienes interviene profesionalmente, han sido buenas al inicio, se conformó el vínculo a medida que éstas percibieron afecto.

La familias de las mujeres con discapacidad internadas poseen buena actitud hacia la profesional, con éstas realiza intervenciones de apoyo, información y control, esto último se hace con el fin de evitar que descuiden a sus familiares.

Las actividades que se realizan para facilitar la integración en la comunidad de las mujeres se relacionan con orientarlas adecuadamente para que aprendan a manejarse en su nueva situación. Los obstáculos que visualiza están relacionados con el hecho de que, en ocasiones, las discapacidades que presentan los pacientes suelen ser muy profundas, con lo cual se limita la cantidad de actividades que se puede realizar.

En cuanto al tema de realizar gestiones con otras Instituciones, a favor de la integración/rehabilitación, la TS mantiene contacto con organismos educativos del barrio y con otros hogares geriátricos, generalmente para realizar encuentros recreativos.

Se trabaja interdisciplinariamente, el objetivo de este trabajo es brindar una atención integral (bio- psico- social) para el paciente internado. No detectan dificultades para efectuarlo.

En cuanto a la opinión de esta profesional, al respecto de la posibilidad de que la cuestión de género influya negativamente para la máxima integración de la mujer con discapacidad, ésta expresa que la afirmación es correcta, ya que la cuestión de género sumada a la discapacidad obstaculiza seriamente la integración en todos los aspectos (sociales, laborales y educativos)

La Sra. M., uno de los casos de mujeres adultas con discapacidad institucionalizadas en el hogar, posee parálisis de los miembros inferiores, producido por un accidente cardio- vascular sufrido hace algún tiempo atrás, junto a algunos problemas psiquiátricos. Se encuentra internada desde hace aproximadamente 10 años, debido a que ella necesitaba de un grado de atención que su familia no podía ofrecer. La Sra. M. posee

secundario incompleto, su nivel sociocultural y de vida anterior a la internación era medio. Nunca realizó actividades rentadas, ya que toda su vida se dedicó a tareas de ama de casa. Su familia está compuesta en la actualidad por dos hijas mayores, que la visitan esporádicamente.

Con respecto a la existencia de pareja o hijos, la Sra. M. estuvo casada una vez, se encuentra viuda desde hace aproximadamente 15 años. Tuvo dos hijas, con quienes mantiene relaciones conflictivas. No tiene relaciones sexuales desde el inicio de su discapacidad, ya que piensa que no podrá mantenerlas, a causa de su discapacidad.

No posee interés en efectuar nuevas actividades.

Las relaciones que mantiene con el resto de los pacientes y con el personal en general del hogar es buena con los últimos, y existen problemas de relación con algunos de sus compañeros.

En cuanto a su parecer, en lo relativo a la conducta de la sociedad hacia las personas con discapacidad, expresa que siempre ha habido indiferencia hacia el tema de la discapacidad. Refiere haber sentido discriminación en algunas ocasiones, debido a su género.

Sus expectativas para el futuro se refieren a poder vivir sola, no institucionalizada.

La Sra. T., otra mujer adulta con discapacidad internada en este hogar, posee paraplejía, desde hace dos años. Se encuentra internada desde hace aproximadamente 1 año, debido a que ella necesitaba de un grado de atención que su familia no podía ofrecer. La Sra. T. posee primaria completa, su nivel sociocultural y de vida anterior a la internación era medio. Nunca realizó actividades rentadas, ya que toda su vida se dedicó a tareas de ama de casa. Su familia está compuesta en la actualidad por un hijo adulto, con quien mantiene una relación buena y fluida, éste la visita regularmente.

Con respecto a la existencia de pareja o hijos, la Sra. T. estuvo casada dos veces, sólo tuvo un hijo con el último matrimonio. Se encuentra viuda en la actualidad. No mantiene relaciones sexuales desde el inicio de su discapacidad, ya que opina que a su edad, nadie se interesaría en ella con ese fin.

No posee inclinación hacia la idea de efectuar nuevas actividades, ya que considera que las que desempeña actualmente colman la totalidad de sus necesidades.

Las relaciones que mantiene con el resto de los pacientes y con el personal en general del hogar es buena.

En cuanto a su parecer, en lo relativo a la conducta de la sociedad hacia las personas con discapacidad, expresa que la misma es de discriminación, ha percibido en varias ocasiones actitudes discriminatorias hacia ella y hacia otras mujeres a su alrededor, y se han producido por las razones aunadas de ser discapacitadas y mujeres en una sociedad machista.

Sus expectativas para el futuro se refieren a poder retornar al hogar de su hijo, junto a sus nietos, si existiera la posibilidad.

1) Datos identificatorios

. Nombre de la institución: Residencia geriátrica
Puesta de Sol.

. Tipo de organización: privada

. Dependencia: privada

. Localización

. Calle: Caseros (ex 58)

. N°: 5224

. Código Postal: 7600

. Tel – Fax: -

Sector o radio de acción que atiende: Mar del Plata.

* Fecha de creación: Año 2001

* Breve reseña histórica: El dueño del hogar, que a su vez es también médico, observó la necesidad de fundar una residencia para adultos mayores que necesitaban ciertos cuidados que la familia no estaba en condiciones de atender. En el año 2001 se funda el hogar, que funciona en una casa reciclada a tal fin. En un principio, la Institución sólo cuenta con un médico clínico, dos enfermeras y una auxiliar geriátrica, más tarde se incorporan el resto de los profesionales, de forma de atender todas las necesidades que expresan los ancianos.

* Características físicas en general: La Institución se halla ubicada en un barrio residencial, dentro de un entorno tranquilo y silencioso, poco transitado, de difícil acceso. La misma es una edificación moderna, tipo chalet. Cuenta con dos plantas, en la planta baja de halla ubicado un comedor, una sala de estar, la enfermería y la cocina, además de tres habitaciones. En la planta alta existen cuatro más. Las mismas son compartidas mayormente entre dos personas, sólo dos de ellas son individuales. Posee un pequeño parque, donde existen sillas y sombrillas para permanecer allí cuando algún abuelo lo desea.

2) Estructura interna e institucional

- Objetivos o metas generales: Brindar cuidado y atención especializada, de manera de atender las necesidades de los ancianos institucionalizados en forma integral, desde el punto de vista bio- psico-social.

3) Recursos

*Humanos: Un médico director, dos enfermeras profesionales, una Auxiliar geriátrica, dos auxiliares de enfermería, una Licenciada en Trabajo Social, una Licenciada en Terapia Ocupacional, dos mucamas, una Secretaria administrativa.

*Financieros: Aportes privados de los pacientes o sus familias.

4) Programas que desarrolla

. En desarrollo y ejecución:

- Programa de actividades deportivas (ejercicios físicos a cargo de la Terapeuta Ocupacional).
- Actividades recreativas (festejo de cumpleaños, lecturas grupales, salidas al exterior de la Institución).

. Por iniciarse:

- No existen nuevos programas planificados

. Servicio Social:

Trabajo en conjunto con los familiares, entrevistas de admisión, y soluciona conflictos que puedan presentarse dentro de la Institución.

5) Dinámica Externa

.Relaciones con otras instituciones de la comunidad:

No posee.

6) Manera en que cubre el aspecto sanitario

.Médicos clínicos: uno (1)

.Médicos especialistas: no

.Enfermeras (profesionales y auxiliares): cuatro (4)

.Terapistas ocupacionales: uno (1)

.Otros: Auxiliar geriátrica (1).

La Institución no cuenta con otros profesionales de planta, en el caso de que necesite un tratamiento especial la persona concurre al consultorio de éste cada vez que así lo requiera.

7) Reflexiones

. Satisfacción con los resultados: Las satisfacciones se relacionan con la adecuada calidad de vida de los abuelos internados y la satisfacción de la familia.

Autocrítica: Existen algunos problemas económicos y financieros en la actualidad que impiden la realización de programas, festejo de cumpleaños, etc. Estos problemas también dificultan enormemente la continuidad del hogar como Institución geriátrica.

SISTEMATIZACIÓN DE LA ENTREVISTA

Para responder a las inquietudes de la alumna, se mantiene entrevista con el Director Médico y la Lic. en Trabajo Social de la Institución. Además se dialoga con una de las mucamas y la única mujer joven allí internada.

En esta Institución no se llevan adelante programas de ningún tipo, sólo se efectúan actividades recreativas (paseos, lecturas grupales, festejos de cumpleaños) y deportivas, tales como ejercicios suaves, buscando la estimulación psicomotriz y la socialización de los abuelos internados. No se llevan a cabo trabajos a nivel psicológico con las personas internadas.

El programa indispensable, según la T.S. de la Institución, es la existencia de actividades tendientes a cubrir las necesidades básicas de las personas internadas.

El contacto que los pacientes de este hogar poseen con la familia es asiduo, el grupo familiar tiene la posibilidad de visitarlos dentro de la Institución, contando con horarios de visita amplios y flexibles, e incluso pueden, si así lo desean, llevarlos a sus casas durante una semana o el tiempo que gusten hacerlo.

Con respecto a la proyección de futuro que el Director y la Lic. en T. S. hacen respecto a las mujer joven internada allí, los profesionales coinciden en afirmar que la institucionalización de esta mujer es permanente, ya que su dependencia es alta y no

podría manejarse sola. La esperanza pasa por lograr que la calidad de vida de esta mujer sea la mejor posible.

Una de las integrantes del personal no profesional de la Institución, la Srita. L.; aporta que sería importante anexar nuevas actividades a la rutina del hogar, tales como cerámica, manualidades, tejido, bordado y costura, además de cursos de formación laboral, de idiomas, de cocina, etc. Esto se corresponde directamente con las demandas que recibe diariamente de las personas internadas.

Considera que la mujer con discapacidad vive la internación allí negativamente, ya que preferiría vivir sola.

En lo relativo a la posibilidad de desinstitucionalización de esta mujer, se la considera no viable, por las mismas razones que argumentan el Director y la TS de la Institución.

Para referirnos a la labor del equipo interdisciplinario del hogar geriátrico Puesta de Sol, se mantiene entrevista con la Trabajadora Social, quién explicita que su rol profesional gira sobre los ejes de realizar entrevistas de admisión, orientar a los pacientes y a sus familias, trabajar en conjunto con los últimos y contener emocionalmente a los primeros. El tipo de intervenciones que lleva a cabo se relacionan con el apoyo, la orientación y la clarificación de normas, tanto para los pacientes como para sus familias.

La T.S. siempre efectúa diagnóstico de situación, las pautas que toma en cuenta para su realización son el aspecto familiar, socioeconómico y cultural de los pacientes, además del motivo de la decisión de ingresar.

La reacción de la mujer con discapacidad con quién interviene profesionalmente, fué buena al inicio, aunque el vínculo se conforma una vez que se establece una relación empática entre ambas.

La mujer adulta internada no cuenta con familiares con quienes intervenir profesionalmente.

Las actividades que se realizan para facilitar la integración en la comunidad de la mujer se relacionan con trabajar en conjunto con otras Instituciones, para generarle una red social que la contenga más allá del hogar, y orientarla para que aprenda a manejarse ante su discapacidad. El mayor obstáculo que detecta para lograr la integración deviene de la actitud discriminatoria de la sociedad, que excluye a las personas con discapacidad.

En cuanto al tema de realizar gestiones con otras Instituciones, a favor de la integración/rehabilitación, la TS ha tomado contacto con otros geriátricos y con Instituciones del barrio, para generar encuentros recreativos que les permita socializarse a los pacientes en general.

Se trabaja interdisciplinariamente, el objetivo de este trabajo es brindar una atención integral (bio- psico- social) para el paciente internado. No detectan dificultades para efectuarlo.

En cuanto a la opinión de esta profesional, al respecto de la posibilidad de que la cuestión de género influya negativamente para la máxima integración de la mujer con discapacidad, ésta expresa que la influencia negativa existe y se extiende hacia todos los ámbitos.

La Sra. I., el único caso de mujer adulta con discapacidad institucionalizada en el hogar, posee esclerosis múltiple, detectada hace varios años atrás. Se encuentra internada desde hace aproximadamente 3 años, debido a que su marido lo decide, éste era el único familiar directo que ella poseía en ese momento. A partir de su ingreso a la Institución, su pareja se desentiende de ella por completo. La Sra. I. posee primaria y secundaria completa, su nivel sociocultural y de vida anterior a la internación era medio. Efectuó varias actividades rentadas, tales como secretaria y vendedora. Actualmente no posee vínculos familiares, ya que su madre falleció y su marido la abandonó.

Con respecto a la existencia de pareja o hijos, estuvo casada, como ya se ha dicho, pero no tuvo hijos. No mantiene relaciones sexuales desde que su discapacidad se agravó, esto sucede, a su juicio, debido a que nadie se interesaría en ella y porque los hombres piensan que ella no se encuentra en condiciones físicas para mantenerlas.

Le interesaría en gran medida aprender repostería y estudiar computación.

Las relaciones que mantiene con el resto de los pacientes son buenas en general, también lo es con los profesionales y no profesionales de la Institución.

En cuanto a su parecer, en lo relativo a la conducta de la sociedad hacia las personas con discapacidad, expresa que siempre ha sido discriminatoria. Refiere haberse sentido discriminada, tanto por su sexo como por su discapacidad, en varias ocasiones.

Sus expectativas para el futuro giran en torno a la fantasía de poder vivir sola, aunque también sueña con volver a formar pareja y tener hijos.

BIBLIOGRAFÍA :

- Artículo Editorial de Naciones Unidas; “Situación de la mujer e invalidez”; 1985.
- Boletín de las Naciones Unidas, “Educación de la mujer inválida” y “Las inválidas y el trabajo” Parte III, 1980.
- Constantina Safilios-Rothchild, "Disabled Persons" Self- Definitions and their Implications for Rehabilitation, en Gary L. Albrecht (Ed), The Sociology of Physical Disability and Rehabilitation, Pittsburg, Pennsylvania: University of Pittsburg Press, 1976.
- Dabas, Elina Dora; “Red de Redes, las prácticas de la intervención en redes sociales”; Ed. Paidós; Bs.As.; 1993.
- Daniels, Susan; “International Rehabilitation Review”; en Boletín Informativo de la UNICEF; 1987.
- Demetrio Casado, "Ante la discapacidad, Glosas Iberoamericanas", Colección política, Servicios y Trabajo Social, Ed. Lumen, Bs As, Argentina, 1995.
- Di Carlo Enrique y Equipo «La comprensión como fundamento de la investigación profesional», Bs.As., Ed. Hvmánitas, 1995.
- Dirección General de Escuelas y Cultura de la Provincia de Buenos Aires. Dirección de Educación Especial. Circular Técnica General N° 7. “Principios de Integración”. Octubre 5 de 1987.
- Durham, Eunice; “Familia y Reproducción Humana”. En Elizabeth Jelin, ed. “Family, Household and gender relations in Latin America”; Londres, Regan Paul International; 1991; Versión Castellano.
- Enrique Pichón Rivière y Ana Pampliega de Quiroga; "Psicoanálisis de la Vida Cotidiana"; Ediciones Nueva Visión; Bs. As.; 1985.
- Exposición presentada por "Rehabilitation International", organización reconocida como entidad consultiva del Consejo Económico y Social, 62° período de sesiones, Nueva York, 12 de abril- 12 de mayo de 1977.

- Gómez Rodríguez Gregorio, Flores Gil Javier, Giménez García Eduardo. "Metodología de la Investigación Cualitativa". S.L. 1996.
- Grassi, Estela; "La familia, un objeto polémico. Cambios en la dinámica de la vida familiar y cambios de orden social". En Neufeld (comp) y otros; "Antropología Social y Política Hegemónica y Poder: El mundo en movimiento"; EUDEBA; 1999.
- Grupo de Trabajo sobre la Problemática de la Discapacidad; Amelia Dell'Anno comp; "Discapacidad y Educación en la perspectiva de la diversidad"; Serie: Cuaderno de Discapacidad y Participación Social- Nro 2; Universidad Nacional de Mar del Plata; Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social; Mar del Plata, año 2002.
- Irene Vasilachis de Gialdino; "Métodos cualitativos de Investigación"; Ed. Lumen; 1985.
- Jelín, Elizabeth; "Hacia nuevas formas de estructuraciones de la familia y el hogar en los tiempos del divorcio y el envejecimiento"; en "Pan y Afectos, La transformación de las familias" Cap. 4; F.C.E. Bs. As., 1998.
- Jo Campling; "Mejores Vidas para las mujeres con Discapacidad", Virago, Londres, 1982, en Boletín Informativo de la UNICEF.
- Lawrence D. Haber, "The Sociology and Social Psychology of Disability and Rehabilitation, New York, Random House, 1980.
- Norman Acton, Secretario General de Rehabilitation International, Extracto de "Locked out of Life", 1982, Boletín de la UNICEF.
- Pantano, Liliana; La discapacidad como problema social; un enfoque sociológico; Ediciones Eudeba; Buenos Aires; 1987.
- Plan de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres- lineamientos generales 2000-2010; Servicio Nacional de la Mujer; Chile; Febrero 2000. 1999-2000. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
- Planes de Igualdad de Género con mirada de ciudad. Estudio Comparativo. Intendencia Municipal de Montevideo. Fundación Friedrich Ebert en Uruguay- FESUR. Julio 2000. Unidad Temática Género y Municipio, Red de Mercociudades.
- Puig de la Bellacasa R.; "Conceptos, Paradigmas y Evolución de las Mentalidades sobre Discapacidad";

Real Patronato de Prevención y Atención a Personas con Minusvalías; Madrid; 1987.

- "Special Hardships of Disabled Women" por Rehabilitation International en UNICEF: Assignment Children, 1980, números 49- 50.

INU. 341. 351

- Tesis de grado "La integración social del minusválido como proceso; única posibilidad para su completa rehabilitación"; Castellanos, Beatriz; Palermo Norma; Vita Carolina; Ministerio de Salud; Escuela Superior de Sanidad; Carrera de Servicio Social; Mar del Plata, Abril, 1987.

INU. 1678

- Tesis de grado: "Socialización e Integración del Deficiente Mental Leve. Relevancia del Trabajador Social"; Rímoli, Verónica, Fernandez Paola; Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Cs. de la Salud y Servicio Social, Departamento de Servicio Social, año 2000.
- Virginia Guzmán; Alcances y Sentidos de los Mecanismos Institucionales de Género en la implementación de la plataforma de acción Mundial de Beijing; Centro de Estudios de la Mujer; Chile; 1999.
- "Women at Work", 1/1978, OIT, Ginebra, artículo editorial.