

2015

El trabajo social en relación con la irrupción brusca de una enfermedad, en el marco del equipo de salud de un hospital de agudos de alta complejidad : el paciente internado con diagnóstico de accidente cerebro vascular primer ictus secuelar, intervencion de Trabajo Social en el Hospital Privado de Comuidad de la ciudad de Mar del Plata

Amado Cunqueiro, Josefina

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/404>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUS Y SERVICIO SOCIAL
DEPARTAMENTO DE SERVICIO SOCIAL

TESIS

**El Trabajo Social en relación con la irrupción brusca de una
enfermedad, en el marco del equipo de salud de un hospital de agudos
de alta complejidad.**

El paciente internado con diagnóstico de accidente cerebro vascular primer
ictus secuelar. Intervención de Trabajo Social en el Hospital Privado de
Comunidad de la ciudad de Mar del Plata.

AUTORAS:

AMADO CUNQUEIRO Josefina

ARABI Martina

CANO María Victoria

Directora: Lic. Beatriz Castellanos

Co- Director: Lic. Lucrecia Asin

2015

Agradecimientos

A lo largo de nuestra carrera universitaria recibimos el generoso y desinteresado acompañamiento de infinidad de personas importantes en nuestras vidas. Todo esto no hubiera sido posible sin el apoyo de nuestras familias que con su respaldo nos dieron la oportunidad de convertirnos en profesionales. Así como también nos apoyaron nuestros amigos de siempre y aquellos que juntas nos hicimos a lo largo de este camino. Nuestros novios fueron, a su vez, un pilar fundamental en el transcurrir de la carrera. En estos años fueron muchos los profesores que nos formaron brindándonos sus conocimientos y experiencia. De todos nos llevamos un recuerdo. La colaboración a lo largo de nuestra investigación de la Lic. Lucrecia Asin es algo que debemos destacar ya que fue fundamental para la elección de la temática. Mención especial a la directora de nuestra tesis, Lic. Beatriz Castellanos, que confió en nosotras alentándonos en cada paso y que sin su mirada atenta no hubiera sido tan placentero llegar hasta esta instancia. A todos ellos, nuestro agradecimiento más profundo y sincero.

Índice

I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	ANTECEDENTES.....	4
III.	ASPECTOS METODOLOGICOS	
	Delimitación del problema y Supuestos orientadores.....	9
	Objetivos.....	10
	Tipo de estudio.....	11
	Unidad de análisis	12
	Parámetros muestrales.....	13
	Técnicas.....	13
	<i>Revisión documental</i>	13
	<i>Registro de campo</i>	14
	<i>Contacto con informantes calificados</i>	14
	<i>Observación participante</i>	14
	<i>Entrevista semi-estructurada</i>	15
	.	
IV.	ASPECTOS TEÓRICOS – EPISTEMOLÓGICOS	
	1- Capitulo uno “Abordaje del ACV en el campo de la salud”.....	16
	1.1 Hacia una mirada social de la salud:	
	- <i>Evolución del concepto de salud</i>	16
	- <i>El sistema de salud argentino</i>	19
	1.2 El contexto jurídico legal.....	21
	1.3 ACV, rehabilitación y secuelas.....	24
	1.4 Abordaje del paciente con diagnóstico de ACV.....	26
	1.5 Calidad de vida.....	29
	1.6 Vejez e institucionalización.....	31
	1.7 Soporte social: redes sociales y cuidador principal.....	34
	2- Capitulo dos “Trabajo social en salud”.....	41
	2.1 Dimensión ético- política y Derechos humanos.....	45

3-	Capítulo tres: “Intervención social y paciente con diagnóstico de ACV primer ictus secuelar en situación de tratamiento en la unidad de cuidados neurológicos”.....	50
3.1	Contexto institucional.....	50
	- <i>Hospital Privado de Comunidad</i>	51
	- <i>Servicio Social del Hospital</i>	52
	- <i>Unidad de Cuidados Neurológicos del Servicio de Neurología</i>	58
3.2	Características del paciente ingresado a la UCN con diagnóstico de ACV primer ictus.....	59
3.3	El tratamiento del paciente.....	61
	<i>Equipo básico tratante: funciones y responsabilidades</i>	63
	<i>Información que se busca obtener en los primeros contactos</i>	64
	<i>Obstáculos para brindar una atención adecuada y suficiente</i>	65
	<i>Formas de relación del equipo tratante</i>	65
3.3	Intervención específica del Servicio Social.....	67
	- <i>Finalidad y objetivos del proceso de intervención</i>	67
	- <i>Características de la demanda: criterios de intervención, origen señalamiento</i>	67
	- <i>Motivos de intervención</i>	69
	- <i>Alcance de la intervención</i>	70
	- <i>Técnicas</i>	71
	- <i>El registro de la intervención: algunas consideraciones</i>	73
	- <i>Percepción del equipo tratante en relación con la contribución específica del Trabajo Social</i>	75
	- <i>Percepción de la trabajadora social acerca del espacio profesional en la UCN</i>	75
4.	Gráficos.....	77
V.	CONCLUSIONES.....	103
VI.	BIBLIOGRAFÍA.....	110
VII.	ANEXOS	
	Anexo 1.....	118
	Anexo 2.....	120
	Anexo 3.....	122

Anexo 4.....	124
Anexo 5.....	126
Anexo 6.....	129

Introducción

Este estudio toma como punto de partida los interrogantes generados durante la práctica institucional supervisada de formación profesional, llevada a cabo durante el año 2013 en el Hospital Privado de Comunidad (HPC) de la ciudad de Mar del Plata. Pretende aproximar a la peculiaridad de la población con diagnóstico de Accidente Cerebro Vascular (ACV) primer ictus secuelar, ingresado por el Servicio de Neurología y a la intervención de Trabajo Social en el primer evento de una enfermedad de irrupción brusca con consecuencias francamente desestructurantes para la vida personal y familiar.

La práctica institucional de formación profesional se realiza en el marco de la asignatura Supervisión, ubicada en el 5° y último año de la carrera Licenciatura en Servicio Social, en la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata, es una aproximación al conocimiento del ejercicio profesional a través del contacto con la demanda individualizada en la relación: atención social en una institución determinada con referencia en este caso al campo de la salud; particularización de las características generales de una problemática en este caso el ACV; subjetivación de la capacidad de afrontamiento y recursos del sujeto en este caso el paciente sus relaciones significativas y la comunidad.

El Hospital Privado de Comunidad es un hospital general de agudos, de alta complejidad y gestión privada que atiende diferentes obras sociales, prepagas y planes propios.

La inserción institucional de los estudiantes se formaliza en el Servicio Social y se asigna a una de las autoras del presente estudio al Servicio de Neurología, más específicamente al área de internación: Unidad de cuidados neurológicos.

En la diversidad de problemas que recepciona el área se constituye el accidente cerebro vascular (ACV) como patología neurológica con una prevalencia en la población adulta con mayor incidencia en las edades más avanzadas.

El ictus¹ es causa de secuelas de distinto grado. En muchos casos dichas secuelas causan dependencia y siempre afectan a la calidad de vida del paciente y sus cuidadores. Esto hace necesaria la organización de un adecuado sistema de atención en todas las fases de la enfermedad. (Ministerio de sanidad y política social, 2009).

El binomio secuelas físicas y funcionales del sujeto que experimenta un ACV, su propia calidad de vida previa, experiencias en situaciones extremas de irrupción brusca y los recursos materiales, afectivos y humanos de su red personal definen en gran medida el destino post- alta del mismo.

Volver a casa tras el ictus es un proceso complejo y difícil para el paciente y su familia. El dilema a resolver es el apuntalamiento social adecuado y suficiente para un sujeto singular en una situación particular. Un trabajo artesanal en el sentido de concebir una “pieza única”: la generación de soporte, un soporte que considere tanto la calidad de vida previa y proyectos del paciente, la cultura familiar y el ciclo vital por el que transitan, como las limitaciones objetivas de la nueva cotidianidad. La comprensión de esta circunstancia inicial –conocimientos, pautas culturales, necesidades, motivaciones, capacidades potenciales o activadas para obtener recursos delante de una crisis, utilización de los recursos sanitarios- es el punto de partida para pensar estrategias y planificar actividades asistenciales, preventivas y promocionales. En definitiva preservar y equilibrar necesidades del paciente y la familia, contribuyendo a la mejor alternativa que se pueda sostener para evitar la institucionalización, teniendo en cuenta que esta decisión no parte de una declaración de voluntad sino de las posibilidades reales de todos los involucrados y de la seguridad del paciente

Con este trabajo se intenta avanzar en el estudio de la población internada con diagnóstico de ACV primer ictus y en el conocimiento de la intervención de Trabajo Social en el marco del tratamiento del Servicio de Neurología.

El primer capítulo presenta las diferentes maneras de mirar la salud, describiendo la coexistencia de los modelos que se han ido definiendo en el tiempo tensionando entre

¹ El término ictus une a la naturaleza cerebrovascular la connotación del carácter agudo del episodio.” (Ministerio de sanidad y política social, 2009,)

otros aspectos el campo de la salud, en el contexto del sistema de salud y la protección de la misma como derecho fundamental. Expone las características del Accidente Cerebro Vascular, especificando las que se corresponden con el primer ictus: sus formas de abordaje, poniendo el énfasis en la rehabilitación como eje central del proceso de atención.

Trata el concepto de calidad de vida y la importancia de la valoración para responder a las expectativas y necesidades subjetivas del paciente, la relación entre vejez e institucionalización y el apoyo social como estrategia de contención.

El segundo capítulo describe el trabajo social en salud, ubicando la disciplina en el contexto de las ciencias sociales, y del enfoque psicosocial con la perspectiva de redes. Define la contribución que la profesión puede brindar a los equipos de salud en relación con la especificidad, la viabilidad del proyecto social, las incumbencias profesionales y la dimensión ético política.

El tercer capítulo da cuenta de los resultados acerca de la intervención social orientada a la organización de cuidados post-alta, desde la visión de todos los profesionales involucrados en el proceso de atención. Presenta el contexto institucional del Hospital Privado de Comunidad, la caracterización del paciente, el tratamiento en el equipo de la Unidad de Cuidados Neurológicos del Servicio de Neurología (UCN) y la intervención profesional.

Por último, se exponen las conclusiones del trabajo.

Antecedentes

El ictus supone una de las primeras causas de mortalidad en el mundo occidental y la primera causa de incapacidad y coste económico. Su repercusión en el seno de las familias, en el campo profesional y laboral, y en el terreno de lo social es enorme, produciendo un gasto económico muy elevado para todos los servicios sanitarios, y mayor aún si se extiende a los servicios sociales. El ictus es causa de secuelas de distinto grado. En muchos casos dichas secuelas causan dependencia y siempre afectan a la calidad de vida del paciente y sus cuidadores. Esto hace necesaria la organización de un adecuado sistema de atención en todas las fases de la enfermedad. (Ministerio de sanidad y política social, 2009)

Uno de los trabajos pioneros sobre Calidad de Vida se debe a Lawrence en 1979 quien estudió a 45 supervivientes y a sus cuidadores tres años después de un ictus y describió el cese prematuro del trabajo y el deterioro en las relaciones interpersonales como sus principales secuelas. Intuyó que la discapacidad física en sí misma era menos importante que la respuesta de los sujetos a su discapacidad ya que un 70% de los sujetos percibía su futuro con incertidumbre y las respuestas funcionales inapropiadas estaban presentes en un 50% de los casos. (Carod Artal, 1998)

Niemi estudió la Calidad de Vida en 46 supervivientes de un ictus cuatro años después de éste observando que, a pesar de la buena recuperación en las AVD y del retomo al trabajo, la Calidad de Vida no se había restablecido a los niveles anteriores al ictus en un 83% de los pacientes. Un 87% era independiente en las AVD pero su deterioro de Calidad de Vida oscilaba entre un 39% para las actividades domésticas a un 80% para las de ocio y tiempo libre. (Mala, L & Costa, 2007)

Varios de los estudios encontrados sobre calidad de vida e ictus hacen referencia a la validación y aplicación de escalas internacionales. “Medir las consecuencias y la recuperación de un ictus ha contado con problemas conceptuales y metodológicos. El problema conceptual radica en la heterogeneidad en los síntomas (físicos, emocionales, cognitivos y conductuales), en la gravedad, en la etiología y en la recuperación de pacientes que sufren un ictus, y la necesidad de detectar un amplio intervalo de deficiencias,

discapacidades y minusvalías”. (Fernández, E; Ramirez, M; Alvarez, M & Buergo, Z., s.f, pp. 1)

Desde el año 2000 crece el interés por incluir mediciones más completas sobre la evolución de los pacientes; sin embargo, los instrumentos para ello son escasos, y muchas veces metodológicamente deficientes o psicométricamente inapropiados para individuos que sufrieron un ictus. (Fernández, E. et al, s.f, pp)

Existen tres instrumentos de calidad de vida específicos para el ictus cuyo desarrollo se ha centrado en la opinión de los pacientes; éstos se han creado en países angloparlantes y con características socioculturales diferentes a las de las culturas latinas; sólo uno de ellos tiene una versión en español. Para resolver estas limitaciones metodológicas y conceptuales para la medición del resultado del ictus, y dada la necesidad de crear un instrumento para evaluar la calidad de vida en los supervivientes a un ictus para los países de habla hispana, se desarrolló la escala de calidad de vida (ECVI-38)

Un estudio realizado por Fernández, Concepción y Buergo Zuaznabar donde se realiza una evaluación de las propiedades psicométricas (aceptabilidad, fiabilidad, validez y sensibilidad al cambio) de la escala de calidad de vida para el ictus (ECVI-38). La ECVI-38 es un instrumento que comprende 38 ítems hipotéticamente agrupados en ocho dominios: estado físico (EF), comunicación (CO), cognición (CG), emociones (EM), sentimientos (SE), actividades básicas de la vida diaria (ABVD), actividades comunes de la vida diaria (ACVD) y funcionamiento sociofamiliar (FSF). Los elementos que lo conforman se generaron a partir de entrevistas individuales y grupos focales con enfermos, cuidadores y expertos. En un estudio piloto con 63 pacientes, la ECVI-38 demostró ser aceptable, fiable y válida para valorar la calidad de vida después de un ictus. En este nuevo estudio psicométrico el efecto suelo y techo fue muy bajo, lo cual significa que la ECVI-38 es capaz de diferenciar entre un amplio intervalo de afectaciones, en una muestra de gran variabilidad.

A lo largo de la historia de la medicina, todas las denominaciones con las que se ha conocido este proceso clínico-patológico, han estado asociadas a una connotación de mal pronóstico y de imposibilidad de recuperación. Sin embargo, en las dos últimas décadas se

ha producido un cambio en las acciones de prevención, pero, sobre todo, en cómo debe realizarse el manejo de los pacientes, lo que ha llevado a una marcada disminución de la mortalidad y las secuelas. Probablemente, el aspecto más interesante de este cambio es que no ha venido asociado con la aparición de fármacos mucho más efectivos o de nuevas técnicas quirúrgicas, como ha ocurrido en otras áreas de la medicina, sino que, aunque también se han producido estas innovaciones, la nueva situación se ha debido a la mejora en las fórmulas de organización y atención sanitaria. (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009)

En los estudios consultados encontramos que muchos de ellos se centran en la rehabilitación del ACV, algunos basados en la experiencia, que destacan el abordaje multidisciplinario como clave para llevarla a cabo.

Desde la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física se define a la rehabilitación del paciente con Ictus como “un proceso limitado en el tiempo y orientado por objetivos que tiene como finalidad fundamental tratar y/o compensar los déficit y la discapacidad para conseguir la máxima capacidad funcional posible en cada caso, facilitando la independencia y la reintegración al entorno familiar, social y laboral” (Duarte, E; et al., 2009)

Es también relevante el trabajo de Álvaro Moyano sobre el ACV desde la mirada del rehabilitador, donde se reconocen 5 funciones que cumple la rehabilitación en el ACV entre las que se incluye la adaptación psicosocial del paciente y su familia y la reintegración a la comunidad. (2010)

Ambos estudios coinciden en que el proceso debe implicar activamente al paciente, a sus cuidadores y sus familiares en el tratamiento y en la toma de decisiones; destacan también como esencial el trabajo en equipo, con un enfoque multidisciplinario, donde incluyen al trabajador social: “El Trabajador Social es el profesional del equipo de RHB (Rehabilitación) que realiza el seguimiento de las necesidades sociales durante el proceso de ACV, orientando y coordinando los recursos comunitarios disponibles”. (Duarte, E; et al., 2009, pp.67)

Moyano plantea que en la fase crónica y de seguimiento el sujeto se dimensiona como ser social, y por ello, el equipo de rehabilitación debe hacer un diagnóstico precoz de la red social con la que cuenta el sujeto, ya que esta define el destino post-alta del paciente y las posibilidades concretas de integración. (2010). El mismo estudio menciona como una de las complicaciones el estrés del cuidador. Desde la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física, se plantean la inclusión de medidas sistemáticas de información, educación y soporte al alta, ya que esto proporciona mayor habilidad y preparación reduciendo la carga del cuidador. (Duarte, E; et al., 2009)

Un estudio realizado por Gómez-Busto, sobre las enfermedades progresivas, refiere a los cambios en las funciones, relaciones y roles que exigen un complejo mecanismo organizativo de adaptación. Según este autor, la enfermedad irrumpe en la vida familiar como un suceso estresante con consecuencias físicas y psicológicas sobre el paciente y familiares. Los cambios que se producen pueden alterar las fases del desarrollo normal en el seno de la familia sobre todo si ocurren en periodos de transición. Desde esta mirada la enfermedad puede llegar a convertirse en el centro y eje de la vida familiar, es decir, que los miembros de la familia no han sido capaces de buscar alternativas para el máximo desarrollo de su autonomía una vez superada la fase aguda, lo que lleva a un aislamiento social y emocional y cansancio familiar. (s.f)

Un estudio realizado en la Universidad de Zaragoza plantea que podría realizarse una clasificación dual de las secuelas sociales, en primer lugar, la dependencia familiar sufrida cuando el afectado siente una incertidumbre e inestabilidad hacia su estado actual, y en segundo lugar, un aislamiento social debido a los cambios emocionales y de conducta que resultan atípicos en la sociedad.

En una investigación realizada por Bocchi y Angelo (2008) denominado “Entre la libertad y la reclusión: el apoyo social como un componente de la calidad de vida del binomio cuidador familiar y persona dependiente”, notaron que el apoyo social es una de las variables que intervienen en la calidad de vida del cuidador familiar y en el proceso de rehabilitación del enfermo. Se trata de un estudio cualitativo que utiliza como referencial metodológico la Grounded Theory y como referencial teórico el Interaccionismo Simbólico para comprender la experiencia de cuidadores familiares de personas con ACV y su

relación con el apoyo social que reciben durante el proceso de rehabilitación de persona con ACV en el domicilio. Plantean que, además de la recuperación de la autonomía del enfermo, el apoyo social es una de las variables intervinientes en la calidad de vida del binomio cuidador familiar-persona dependiente y está específicamente relacionada a la libertad del cuidador de retomar su plan de vida. Concluyen en que las estrategias relativas al apoyo social que preservan la salud de los cuidadores familiares y el proceso de rehabilitación de la persona dependiente, son aquellas que hacen que el cuidador se sienta libre para retomar su plan de vida, anteriormente abandonado para ejercer su papel.

Aspectos Metodológicos

Delimitación del problema y Supuestos orientadores

La admisión del paciente con diagnóstico de Accidente Cerebro Vascular primer ictus, la internación, está orientada a la evaluación, pronóstico tratamiento y evolución, así como a la disposición de las primeras medidas de rehabilitación.

La atención perentoria de ambos aspectos puede reducir daños y secuelas, no obstante el evento va a interferir transitoria o definitivamente en el proyecto vital personal afectando orgánica y funcionalmente, con consecuencias prácticas físicas, emocionales y sociales en todos los ámbitos de la vida laboral, ocupacional y lúdica del paciente, así como a la rutina cotidiana del grupo familiar.

Se da en un proceso complejo que requiere un abordaje multidisciplinario con intervención de trabajo social desde el comienzo de la internación, ya que el grado de soporte social modera el impacto que la discapacidad tiene sobre la calidad de vida del paciente que ha sufrido un ictus.

*la irrupción brusca de la enfermedad suele tener un impacto negativo sobre la propia red social del enfermo produciéndose un proceso de retroalimentación, por el cual el deterioro de la red social lleva al deterioro del funcionamiento social, y finalmente el deterioro de la calidad de vida.

*la aparición del ictus implica una reacción de emergencia en la que se suspenden las rutinas cotidianas y se movilizan todas las energías para afrontar el trauma durante un periodo de tiempo definido.

*la evolución y pronóstico comprometen la participación del sujeto en la vida laboral, ocupacional y lúdica cotidiana.

*se ve afectada la singularidad del sujeto: su sistema de creencia, percepción de control, sus experiencias previas (aprendizaje previo de recursos y habilidades, capacidad de afrontamiento ante situaciones nuevas y extremas), su personalidad, autoestima, relaciones vinculares, calidad y proyecto de vida previo.

*La contención de emergentes propios de la enfermedad interpela a todos los involucrados imponiendo cambios en las funciones, relaciones que exigen un complejo mecanismo organizativo de adaptación.

*La existencia de una red de apoyo social constituye un importante recurso de afrontamiento y su disponibilidad se asocia en muchos casos a un mejor estado físico y funcional, es decir a una mejor calidad de vida.

*El apuntalamiento social es una construcción que tiene mayores oportunidades de constituirse en un apoyo efectivo, cuando responde a la singularidad del sujeto.

*La intervención social orientada a la organización de sistema de apoyo social se da en un proceso deliberativo que sucesivas instancias de información, clarificación y orientación, que apoyen resignificaciones del propio paciente y de aquellos que brinden cuidados que demanda la complejidad de la situación.

*Las dificultades prevalentes para la generación de soporte social pueden encontrarse en la estructura, organización y relación del sistema de cuidados; confusión de roles, funciones, responsabilidades; establecimiento y aceptación de familiar responsable, limitaciones y obstrucciones y estrés; conflictos y contradicciones para la toma de decisiones de la alternativa de soporte adecuada; complicaciones en la selección, definición de alcance y limitaciones de la función y supervisión de cuidador/es domiciliario/s contratados;

Objetivos

Objetivo General:

Estudiar la población internada con diagnóstico de ACV primer ictus y conocer la intervención de Trabajo Social en el marco del tratamiento del Servicio de Neurología

Objetivos específicos:

- Presentar el contexto institucional con referencia a la intervención social.

- Describir las características del paciente en relación con el tipo de ACV, daño, limitaciones objetivas para la vida cotidiana y formas organizativas de cuidados postalta.
- Indagar la modalidad de abordaje del equipo de salud, atendiendo a su estructura, funciones y formas de relación.
- Dar cuenta de la intervención de Servicio Social en relación con los propósitos, demanda, aspectos a considerar en el estudio social, alcance, estrategias y técnicas.

Tipo de estudio

El trabajo se caracteriza por ser una investigación en un área específica, en este caso la caracterización del paciente internado con diagnóstico de ACV, primer ictus secuelear, y cuidados post-alta. Se pretende conocer la intervención de Trabajo Social en el marco del tratamiento del paciente neurológico así como las premisas básicas subyacentes.

Este estudio requiere llevar adelante un diseño de carácter exploratorio – descriptivo, basado en una metodología cuanti -cualitativa.

Los estudios exploratorios son aquellos que tienen por objetivo la formulación de un problema para posibilitar una investigación más precisa o el desarrollo de una hipótesis. Tiene por objeto esencial familiarizarnos con un tema desconocido, novedoso, escasamente estudiado. Sirve como base para la posterior realización de una investigación descriptiva así como para crear en otros investigadores el interés por el estudio de un nuevo tema.

Sin embargo, la investigación presentara también, ciertos rasgos característicos de los estudios descriptivos, en el sentido de poder llegar a conocer las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, objetos, procesos y personas. Su meta no se limita a la recolección de datos, si no a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre dos o más variables. Los investigadores no son meros tabuladores, sino que recogen los datos sobre la base una hipótesis o teoría. Exponen o resumen la información de manera cuidadosa y luego analizan minuciosamente

los resultados a fin de extraer generalizaciones significativas que contribuyan al conocimiento.

Dicha investigación responde a una metodología cuanti- cualitativa. La investigación cuantitativa trata de determinar las fuerzas de asociación o correlación entre variables, la generalización y objetivación de los resultados a través de una muestra para hacer inferencia a una población de la cual toda muestra procede.

El abordaje cualitativo profundiza en el mundo de los significados y relaciones humanas, un lado no perceptible y no captable en ecuaciones, medias y estadísticas. Es decir, trabaja con el universo de significados, motivos, aspiraciones, creencias, valores y actitudes, lo que corresponde a un espacio más profundo de las relaciones, de los procesos y de los fenómenos que no pueden ser reducidos a una operacionalización de variables. Se propone abarcar no solo el sistema de relaciones que construye, el modo de conocimiento exterior al sujeto, sino también las representaciones sociales que traducen el mundo de los significados. Defiende también la necesidad de trabajar con la complejidad, con la especificidad y con las diferenciaciones de los problemas y/o los “objetos sociales” presentan.

Unidades de análisis

-Profesionales médicos y sanitaristas intervinientes en Unidad de Cuidados Neurológicos (UCN) con frecuencia diaria

-Jefe y Trabajadoras Social del Servicio Social del Hospital Privado de Comunidad

-Trabajadora Social del área de Unidad de Cuidados Neurológicos

-Historias Clínicas de todos los pacientes que ingresan a Unidad de Cuidados Neurologicos: mayo 2013-abril 2014

Parámetros muestrales

Se opta por una muestra homogénea, de casos típicos. Para enfocar el evento y el proceso de generación de soporte social post alta

*Pacientes de 50 a 100 años con diagnóstico 1º Ictus secuelar de ACV

*Con o sin acompañamiento de familiar o allegado

*Con o sin intervención de Trabajo Social

*Que han sido hospitalizados desde mayo de 2013 hasta abril de 2014

Técnicas

Se implementarán las siguientes: revisión documental, contacto con informantes calificados, entrevista semi-dirigida, observación participante, registro del campo.

Revisión documental

Consiste en ponerse en contacto con esa parte de la realidad que se ha de investigar y en la que se ha de actuar, a través de lo que otros vieron y estudiaron de ella (Ander Egg, 1992). Consiste en la obtención y análisis de documentos producidos en el curso de la vida cotidiana. Se trata de informaciones, documentos escritos, estadísticas, obras literarias, etc. recogido y elaborado por distintas persona, organizaciones o instituciones y que sirven para conocer mejor un aspecto de la realidad. Como tal, la revisión documental es una técnica no obstructiva, rica en bosquejar los valores y creencias de los participantes en el campo (Scribano, 2008:33).

Las estadísticas como una herramienta para la identificación de los casos a estudiar. La revisión de historias clínicas se llevara a cabo a través de un protocolo que atiende a las siguientes dimensiones: datos de base, condiciones de internación, situación de externación, intervención de servicio social, situación socio económica familiar y soporte social post alta. Para este último aspecto se tomarán las categorías analíticas propuestas por Sluzki,

atendiendo a sus características estructurales (propiedades de la red en su conjunto), las funciones de los vínculos (tipo prevalente de intercambio interpersonal característico de vínculos específicos y de la suma o combinación del conjunto de vínculos) y los atributos de cada vínculo (propiedades específicas de cada relación). (Sluzki, 1998, p.45).

Registro de campo

En tanto la transcripción del material observado al fin de describir y caracterizar el tema de investigación; es fruto de un momento relacional y práctico: las inquietudes que nos llevan al desarrollo de una investigación nacen en el universo de lo cotidiano. “El registro es una valiosa ayuda no sola para preservar la información sino también, para visualizar el proceso por el cual el investigador va abriendo su mirada, aprehendiendo el campo a aprehendiéndose así mismo” (Guber, 2004:253).

Contacto con informantes calificados

Es uno de los procedimientos más importantes que se han de utilizar en fase exploratoria de una investigación. Esta consulta se hace fundamentalmente realizando entrevistas semi-estructurada o bien focalizada, ya que a través de estas técnicas se hace conocer al informante que tipo de información se requiere (Ander Egg, 1992).

Observación participante

Se realiza a través del contacto directo del investigador con el fenómeno observado para obtener informaciones sobre la realidad de los actores sociales en sus propios contextos. La importancia de esta técnica reside en el hecho de que podemos captar una variedad de situaciones o fenómenos que no son obtenidos por medios de preguntas, desde el momento que observados directamente en la propia realidad, transmiten lo que hay de más imponderable y evasivo en la vida real (Souza Minayo; Ferreira Deslandes; Cruz Neto & Gomes, 2007:47).

Se tendrá en cuenta la observación realizada durante el pase diario de sala y la intervención de la trabajadora social.

Entrevista semi-estructurada

Vélez Restrepo (2003) señala que la entrevista es un evento dialógico, propiciador de encuentro entre subjetividades que se conectan o vinculan a través de la palabra, permitiendo que afloren representaciones, recuerdos, emociones y racionalidades pertenecientes a la historia personal, a la memoria colectiva y a la racionalidad sociocultural de cada uno de los sujetos implicados.

En las entrevistas semi estructuradas el entrevistador dispone de una guía dividida en dimensiones que indica los temas que debe abordar en el transcurso de las entrevistas.

Una vez realizado el análisis de la revisión de historias clínicas y en función de los hallazgos se realizara el guion de la entrevista semi dirigida a los efectos de profundizar algunos aspectos.

Capítulo 1

Abordaje del ACV en el campo de la salud

Este capítulo presenta las diferentes maneras de mirar la salud, describiendo la coexistencia de los modelos que se han ido definiendo en el tiempo tensionando entre otros aspectos el campo de la salud, en el contexto del sistema de salud y la protección de la misma como derecho fundamental. Expone las características del Accidente Cerebro Vascular, especificando las que se corresponden con el primer ictus: sus formas de abordaje, poniendo el énfasis en la rehabilitación como eje central del proceso de atención. Trata el concepto de calidad de vida y la importancia de la valoración para responder a las expectativas y necesidades subjetivas del paciente, la relación entre vejez e institucionalización y el apoyo social como estrategia de contención.

Hacia una mirada social de la salud

Evolución del concepto de Salud

Una visión de la salud refleja diferentes perspectivas que incluyen aspectos filosóficos, ideológicos y axiológicos diversos, y distintos postulados teóricos, es decir, una concepción acerca de lo que es la salud para cada quien, un posicionamiento de los sujetos que la formulan. La configuración de ese posicionamiento pone de manifiesto las categorías conceptuales subyacentes y esas categorías remiten al paradigma prevalente en la persona y la sociedad (Castellanos Beatriz, 1995).

Se parte de considerar a los paradigmas como marcos filosóficos que justifican la forma de acceso al conocimiento, a partir del cual se van a generar teorías. Dichas teorías son explicaciones de una realidad basada en ciertos principios, derivados de ese marco filosófico, y orientadas a la comprensión. De esas teorías derivan modelos que son representaciones que orientan la acción. (Castellanos Beatriz, 1995).

Las ciencias sociales distinguen tres paradigmas: empirista-positivista, simbólico-interpretativo (o hermenéutico o subjetivo) y crítico. Se han ido estructurando por la

evolución del pensamiento, las ciencias y la investigación y por la influencia de los contextos socio-políticos de cada momento histórico. (Castellanos Beatriz, 1995).

El empirista- positivista parte de considerar la armonía como primer atributo del orden social. El orden es condición de progreso y la ley de la evolución de la humanidad. Piensa los hechos como acontecimientos sin tener en cuenta los hombres que lo protagonizan. Prioriza la observación de los fenómenos sociales para elucidar los problemas de integración y describir los aspectos que obstaculizan “el ajuste”. La realidad se percibe como unívoca y objetiva. A su vez, la finalidad del conocimiento científico está centrada en la descripción de los fenómenos a partir de la uniformidad y regularidad de los hechos, la explicación de sus relaciones causales, la predicción de los acontecimientos futuros y la generalización -leyes- que puedan aplicarse a un número indefinido de casos. Es objetivo y neutral.

El crítico considera al conflicto como condición de progreso bajo el supuesto de la ley dialéctica. La realidad es una totalidad no unívoca, un espacio subjetivo e intersubjetivo que construyen los involucrados con inclusión de la diversidad. Importa el proceso práctico del desarrollo de los hombres. La observación empírica evidencia la traba entre la organización social y política. El conocimiento científico es subjetivo por tanto existe un compromiso valorativo del investigador. El conocimiento se valida por sus consecuencias prácticas o políticas; el criterio de verdad de un pensamiento es el carácter práctico, ya que es en la práctica donde el hombre tiene que demostrar la verdad.

En el simbólico- interpretativo la comprensión del sujeto social es posible en el contexto de la vida cotidiana, y deviene de la participación de la totalidad de los sujetos involucrados, siendo la realidad un espacio subjetivo e intersubjetivo. La realidad es histórica, cultural, espiritual y valorativa, no unívoca. La comprensión sustituye la observación, en pos a la construcción de un esquema referencial común. La sociedad está configurada por hilos y redes mediadas que forman las interacciones lingüísticamente mediadas, la estructura es, simultáneamente, medio y resultado de la práctica social. En el conocimiento científico existe un compromiso valorativo por parte del investigador, es subjetivo. Su finalidad es interpretar los problemas humano- sociales. No admite predicciones ni generalización.

La concepción de salud tiene directa relación con los paradigmas científicos prevalentes. En el campo sanitario se han generado tres modelos vinculados a estos paradigmas: biológico, bio-ecológico y social.

El biológico entiende la salud como ausencia de enfermedad. Es unívoco, la medicina es la encargada de estudiar la enfermedad, y por lo tanto, es el médico el único capaz de tomar decisiones. No se toma en cuenta el contexto en el cual se desarrolla el paciente, se lo descontextualiza.

El bio-ecológico se orienta hacia una visión dinámica de la salud. No se limita meramente a lo biológico, también toma en cuenta los aspectos psico-sociales. Sin embargo, este modelo no logra dar cuenta de la complejidad de los procesos sociales, dado que las dimensiones psico-bio-sociales se plantean como una sumatoria, pero no esboza las interrelaciones que existen entre las mismas.

La perspectiva social entiende la salud-enfermedad como un proceso histórico-social, fluctuante, multi e interdeterminado por causas sociales. Ingresan las ciencias sociales al campo sanitario, que junto a la ciencia médica, las disciplinas auxiliares y del medio ambiente estudian la enfermedad con un abordaje integrado (inter y transdisciplinario) y global (individuo, familia, comunidad, sociedad) centrado en la sociedad. Consideran al paciente una persona con capacidad de acción y protagonismo, tiene potencialidades que actualiza con otros en su medio. Un sujeto que se des-sujeta en un contexto mucho más amplio y multideterminado. No están solamente centrados en la patología ni en las disfunciones (Castellanos Beatriz, 1995).

Los diferentes modelos planteados refieren a premisas epistemológicas fuertes y diferentes, que coexisten, aparecen superpuestas. Dado que instalados en pensamiento y/o acción en la sociedad en general y en el campo de la salud en particular, tienen consecuencias prácticas en la forma de pensar y actuar en la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud. Acortar la distancia entre el discurso y la acción requiere en términos del planteo foucaultiano un esfuerzo de vigilancia epistemológica para la toma de conciencia respecto de cómo repercuten y reflejan estas interferencias, entrecruzamientos y contradicciones en nuestra vida cotidiana, tanto en el plano personal como en el profesional

En la idea de lo que venimos planteando el concepto de salud propuesto por Gabriel Gyarmati daría cuenta de tal complejidad:

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

Gabriel Gyarmati 1992.

En esta definición, el autor advierte acerca de la necesidad de reconocer que se trata de un equilibrio sujeto a inestabilidad frente al cual es preciso saber cómo fortalecerlo y como restaurarlo. Plantea un continuo salud-enfermedad ligando el concepto de salud al concepto de calidad de vida. Desde esta visión introduce el concepto de proceso para superar los opuestos salud-enfermedad y el concepto de estrategia a partir del cual incluye la variable poder para entender la relación individuo-grupo-sociedad (Castellanos Beatriz, 1995).

El sistema de salud argentino

El sistema de salud argentino, en general resulta de la coexistencia de tres subsistemas particulares: el público, el llamado de obras Sociales y el privado. Esta conformación especial del sector le imprime al área de la salud una lógica peculiar puesto que “implica la coexistencia desarticulada de cada uno de estos subsistemas que difieren respecto a su población objetivo, los servicios que brindan y el origen de los recursos con que cuentan” (Acuña & Chudnovsky, 2002:2).

Un primer problema que surge al abordar el área de salud, es producto de la heterogeneidad que reina en su interior, a causa de la fragmentación generada a micro y macro nivel por estos marcos filosóficos e ideológicos. Paradigmas y modelos que como venimos señalando subyacen en las prácticas, con consecuencias directas en la construcción de los abordajes y la constitución de los equipos. A su vez, las formas de coordinación y articulación no facilitan la conformación de un sistema formal de salud que supere acciones

difusas en una atención integrada e integral de la salud. Integrada por una comprensión no totalizante del sujeto e integral por la generación de un abordaje que potencie el acto médico a partir de la co presencia de una diversidad disciplinar.

En el caso del subsector público, tradicionalmente se ha observado la existencia de una articulación insuficiente entre las diferentes jurisdicciones (nacional, provincial, municipal). Y en el caso de los subsectores de la seguridad social y privado, están compuestos por un gran número de organizaciones heterogéneas en cuanto al tipo de población que agrupan, cobertura que brindan, recursos financieros por afiliados y modalidad de operación (Acuña & Chudnovsky, 2002).

Mario Testa hace una consideración de poder en dos dimensiones replicables a los tres subsistemas de salud mencionados. La que se corresponde con los resultados de su ejercicio y la que diferencia tipos específicos de poder del que dispone cada sector de actividad. En este último aspecto reconoce tres tipos principales de poder en Salud: técnico, administrativo y político. El poder técnico refiere a la capacidad de generar, acceder, manejar información de distintas características. El poder administrativo es la capacidad de apropiarse y asignar recursos. El poder político es la capacidad de movilizar grupos sociales en demanda o reclamo de sus necesidades o intereses (Castellanos Beatriz, 1995).

A su vez, en los hospitales modernos impresiona haber una tensión entre la producción de salud y producción técnica. Siguiendo a Campos, este da cuenta que “la lógica de producción de conocimientos sustituyó la lógica de producción de salud”, esta lógica es la que introduce la categoría de eficacia, que implica la probabilidad de que una actividad alcance su máximo potencial.

“El paradigma de la eficiencia nace entrelazado a la reificación de la técnica”. Testa nos dice: “la eficiencia satisface los requerimientos en el terreno económico en general, en base al supuesto de lo que se produce, es de la calidad adecuada (...) en el caso de la salud es conveniente- más bien indispensable- introducir la categoría eficacia, definiéndola como la probabilidad de que una actividad alcance el máximo de su efecto potencial” (Onocko Campos, R ;2004)

En la administración hospitalaria, sobre todo cuando se trata de gestión privada, tiene un fuerte énfasis el control de los costos de las acciones que allí se realizan, la rigen reglas que tienen que ver con una lógica empresarial, ligada al mercado, al beneficio económico.

El contexto jurídico legal

El beneficio de gozar de un elevado nivel de salud es uno de los derechos fundamentales del ser humano de acuerdo a lo establecido en el Preámbulo de la Organización Mundial de la Salud. Este derecho está íntimamente vinculado con el derecho a la dignidad de las personas y el derecho a la igualdad ante la ley. Esto implica la obligación de preservar la dignidad de todo hombre, mediante acciones tendientes a evitar cualquier tipo de discriminación a través de la implementación de políticas educativas y sanitarias. (Cotignola, S, 2012)

El derecho a la salud se encuentra protegido en leyes tanto a nivel nacional como internacional. Teniendo en cuenta que el ACV es la primera causa de discapacidad en adultos, según lo establecido por el Ministerio de Salud, cabe hacer mención a la legislación que garantiza los derechos de las personas con discapacidad.

La persona con discapacidad tiene los mismos derechos que sus conciudadanos de la misma edad. Sin embargo en orden al ejercicio de los mismos, puede encontrarse en una situación de desventaja que requiere la adopción de medidas específicas destinadas a equiparar oportunidades (Comisión Nacional Asesora para la Integración de las Personas con Discapacidad)

Es por ello que en el campo de la equiparación de oportunidades se inscriben todas las medidas legales que tienen la meta política de incorporar a la comunidad a las personas con discapacidad facilitando el ejercicio de los derechos y modificando actitudes y conductas sociales.(CONADIS)

La actividad legislativa en la materia ha avanzado significativamente a partir del año 1981, en que se sanciona la Ley nacional 22.431 –texto con contenido global- que acoge la definición legal de persona con discapacidad y las políticas implícitas en Salud, Educación, Trabajo, Seguridad Social y Accesibilidad.

Los derechos de las personas con discapacidad se encuentran consagrados en normas internacionales a las cuales la República Argentina ha adherido, tales como la Convención Americana de Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y su Protocolo Adicional (Ley N° 24.658), la Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad (Ley N° 25.280), y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (Ley N° 26.378). (Tu espacio jurídico, 2015)

En el 2000, a través de la Ley N° 25.280, la República Argentina incorporó a su legislación interna la Convención Interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad.

Entiéndase por persona con discapacidad a:

“Toda aquella persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, motora, sensorial o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables en su integración familiar, social, educacional o laboral”. (Ley 22.431, art. 2, 1981)

Institúyase por la presente ley, un sistema integral de las personas discapacitadas, tendiente a asegurar a estas su atención médica, su educación y su seguridad social, así como a concederles franquicias y estímulos que permitan en lo posible neutralizar la desventaja que la discapacidad les provoca y les den la oportunidad, mediante su esfuerzo, de desempeñar en la comunidad un rol equivalente al que ejercen las personas normales. (Ley 22.431, 1981)

En dicha ley y en normativa complementaria sobre el tema, se establecen todas las prestaciones que deben cubrir la obra social o la medicina pre-paga a la persona con discapacidad contemplando acciones de prevención, asistencia, promoción y protección, con el objeto de brindarles una cobertura integral a sus necesidades y requerimientos.

Las personas con discapacidad que carecieren de cobertura de obra social tendrán derecho al acceso a la totalidad de las prestaciones básicas comprendidas en la presente norma, a través de los organismos dependientes del Estado. (Ley 24.901, 1997)

El Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente de la Nación pondrá en ejecución programas a través de los cuales se habiliten, en los hospitales de sus jurisdicciones, de acuerdo a su grado de complejidad y al ámbito territorial a cubrir, servicios especiales destinados a las personas discapacitadas. Apoyará la creación de hogares con internación total o parcial para personas discapacitadas cuya atención sea dificultosa a través del grupo familiar, reservándose en todos los casos la facultad de reglamentar y fiscalizar su funcionamiento. (Ley 24.431, 1997)

La ley 24.901 establece prestaciones básicas para las personas con discapacidad en concordancia con criterios de patología (tipo y grado), edad y situación socio-familiar, pudiendo ser ampliados y modificados por la reglamentación. En las que se incluyen: prestaciones preventivas, de rehabilitación, terapéuticas y educativas, así como asistenciales –que refiere a la cobertura de los requerimientos básicos esenciales de la persona con discapacidad (hábitat-alimentación - atención especializada) a los que se accede de acuerdo con el tipo de discapacidad y situación socio-familiar que posea el demandante. Servicios específicos: estimulación temprana, educación inicial, educación general básica, formación laboral, centro de día, centro de rehabilitación psicofísica, centro educativo terapéutico y rehabilitación motora. Establece a su vez prestaciones complementarias entre las que se encuentran ayuda económica-para facilitar la permanencia de la persona con discapacidad en el ámbito social donde reside o elija vivir y apoyar económicamente a la persona con discapacidad y su grupo familiar ante situaciones atípicas y de excepcionalidad- iniciación laboral, atención psiquiátrica, reconocimiento total de medicamentos o productos dietoterápicos específicos y que no se produzcan en el país.

La atención debe ser provista por equipos interdisciplinarios, mediante los que accederán a:

“Acciones de evaluación y orientación individual, familiar y grupal, programas preventivo-promocionales de carácter comunitario, y todas aquellas acciones que favorezcan la integración social de las personas con discapacidad y su inserción en el sistema de prestaciones básicas”. (Ley 24901, art.11, 1997)

De este equipo dependerá la permanencia de una persona con discapacidad en un servicio determinado, los aspectos terapéuticos, educativos o rehabilitatorios y la orientación hacia otros servicios acorde a sus posibilidades.

ACV, rehabilitación, secuelas

“En el análisis de los datos de la Organización Mundial de la Salud los Accidentes cerebrovasculares (ACV) representan la tercera causa de muerte en el mundo occidental, la primera causa de discapacidad física en las personas adultas y la segunda de demencia.” (Ministerio de sanidad y política social, 2009, p)

“Los accidentes cerebrovasculares (ACV) son todas aquellas alteraciones encefálicas secundarias a un trastorno vascular. Su manifestación aguda se conoce con el término ictus —que en latín significa «golpe»— porque su presentación suele ser súbita y violenta. Existe común acuerdo en evitar términos más confusos o menos explícitos, como «accidente vascular cerebral» o similares, y optar por el término ictus en analogía con el uso del vocablo «stroke» en inglés. El término ictus une a la naturaleza cerebrovascular la connotación del carácter agudo del episodio.” (Ministerio de sanidad y política social, 2009, p)

Se denomina ictus al trastorno brusco del flujo sanguíneo cerebral que altera de forma transitoria o permanente la función de una determinada región del encéfalo. El Grupo de Estudio de las Enfermedades Vasculares Cerebrales de la Sociedad Española de Neurología (SEN) recomienda la utilización de este término para referirse de forma genérica a la isquemia cerebral y a la hemorragia intracerebral o la subaracnoidea. La rehabilitación en el ictus es un proceso terapéutico, con un enfoque integral e interdisciplinario que intenta que la persona afectada desarrolle de nuevo su máximo potencial físico, psicológico y social. La rehabilitación disminuye la mortalidad, mejora el pronóstico funcional y favorece la rápida reincorporación del paciente al domicilio, reduciendo además los costes globales debidos a la enfermedad.

La rehabilitación debe comenzar inmediatamente después que el paciente se estabilice, del ataque cerebrovascular, a menudo esto ocurre entre las 24 a 48 horas posteriores a la

apoplejía². Esta primera etapa de la rehabilitación generalmente ocurre en el hospital de cuidados intensivos. (Rehabilitación después de una apoplejía, 2012)

El periodo de tiempo en el que tiene lugar la recuperación y el grado de la misma están claramente relacionados con la gravedad inicial del ictus: a mayor gravedad inicial, menor recuperación y más lenta.

Los tipos y grados de discapacidad que resultan de una apoplejía dependen del área del cerebro que ha sido dañada. Los principales déficits, discapacidades y complicaciones observables después de un ictus son: parálisis, desequilibrio, trastorno del habla/lenguaje, trastornos visuales, déficits cognitivos, alteraciones emocionales, fatiga física y psíquica, crisis epiléptica y dolor. (Rehabilitación después de un apoplejía, 2012)

La rehabilitación después de una apoplejía abarca médicos; enfermeras de rehabilitación; terapeutas físicos, ocupacionales, de recreación, del habla y del lenguaje, y vocacionales; y profesionales de la salud mental y trabajadores sociales. (Rehabilitación después de un apoplejía, 2012)

Es importante en el ámbito de la rehabilitación consignar también, toda vez que sea posible, la afectación que la enfermedad produce en la percepción de la calidad de vida. Los factores que determinan una menor calidad de vida son la depresión, la dependencia de tercera persona en las áreas de función motora y la necesidad de ayuda social.

Al momento de ser dado de alta del hospital, el paciente y su familia, en coordinación con los trabajadores sociales del hospital, deben localizar un lugar apropiado para que viva el paciente. Muchos sobrevivientes de una apoplejía regresan a su hogar, mientras que otros se mudan a algún tipo de establecimiento médico. (Rehabilitación después de un apoplejía, 2012)

La estimación precoz en una persona con ictus de su pronóstico de función a medio y largo plazo resulta esencial para comunicarse con el paciente y sus familiares, para diseñar unos objetivos realistas de rehabilitación y para planificar la derivación del enfermo al alta hospitalaria o de rehabilitación. (Arias Cuadrado, A. S.f)

² Es un sangrado dentro de un órgano o pérdida de la circulación hacia un órgano.

La rehabilitación es un proceso educativo que implica a los pacientes, familiares y/o cuidadores en la toma de decisiones, aceptación social y mantenimiento de las ganancias obtenidas con el tratamiento. (Arias Cuadrado, A. S.f)

El equipo de rehabilitación debe conocer y utilizar los recursos comunitarios y socio sanitarios del área en el que trabaja para la pronta reintegración del paciente. . (Ministerio de sanidad y política social, 2009)

Aun cuando se haya alcanzado la meseta en la recuperación del paciente con ACV, es importante realizar seguimiento del paciente para reevaluación periódica que asegure mantener la funcionalidad y la calidad de vida del paciente y su familia.

Abordaje del paciente con diagnóstico de ACV

El pensamiento de la corporalidad en la modernidad estuvo restringido a la esfera de lo dado, del mecanismo, de lo determinado. La obligación de regirse por el principio de simplicidad, es decir, de limitarse a aquellos aspectos de la experiencia que admiten someterse a la experimentación controlada y permiten la medición de variables que solo cambian de forma regular y que, por tanto, pueden ser tratados con el aparato conceptual de la matemática lineal e incluidos en los modelos mecánicos, llevó a la construcción de un “cuerpo máquina” abstracto e idealizado. Un autómata guiado por leyes simples, mecánicas, que siguen una linealidad causa-efecto (Najmanovich & Lennie, 2007, p.1).

El cuerpo que surge de este modo de concebir el mundo es un cuerpo abstracto y desvitalizado, un cuerpo separado de la psiquis, de la emocionalidad, del conocimiento, de los otros, del medio ambiente (Najmanovich & Lennie, 2007).

Este pensamiento construyó un abordaje y una práctica médica que obtuvo importantísimos y resonantes éxitos, pero que de ninguna manera son la garantía de su verdad, y menos aún de su validez ilimitada. El universalismo del modelo médico hegemónico basado en la concepción mecánica de la ciencia de la simplicidad ha sido uno de los obstáculos más poderosos para que podamos seguir produciendo nuevos sentidos (Najmanovich & Lennie, 2007).

La atención de las necesidades físicas es el principal problema si se mira desde una óptica biológica. No obstante, si se considera la multicausalidad que altera el equilibrio dinámico del proceso salud-enfermedad, la mirada abarca las actividades básicas de la vida diaria (AVD) de alimentación, higiene, vestido y todas aquellas instrumentales (AVDI) al proyecto vital previo, en todos los planos en que el sujeto lo viene desarrollando, y a la capacidad de afrontamiento para asumirlo o resignificarlo. Por lo tanto la intervención no se centra en el paciente en sentido estricto, sino en la interacción del mismo con la familia, sus relaciones significativas, el cuidador principal y estará orientada a la generación de un soporte social adecuado y suficiente a las necesidades básicas e instrumentales de un paciente particular.

El término paciente denota la manera en que se denomina a quien demanda atención en un centro de salud, simplemente lo nombra y hace a la comunidad de discurso de las diferentes disciplinas de la salud; hablamos de la relación médico/paciente o equipo de salud/paciente, o ubicamos al paciente de la habitación tal. Considerar la dimensión social, y la singularidad conduce inevitablemente a la noción de sujeto. Las autoras de esta tesis parten de considerar al paciente como un sujeto pleno, con potencialidades y condicionantes, productor de la historia a la vez que producto de esa misma historia; supone el rescate de su subjetividad de la capacidad potencial del “enfermo” y su entorno, la escucha atenta de aquellos emergentes que faciliten una ruptura con una actitud pasiva. En definitiva que considere la participación activa de todos los involucrados en el cuidado de su salud. (Cazzaniga, S, 1997).

Se trata de concebir el proceso salud-enfermedad-atención como una relación del hombre con sí mismo, con su entorno, y ambos con un equipo de salud, y a todos conmovidos por un evento que pone en jaque sus ideas acerca de la salud, la enfermedad, la muerte, la manera de cuidar. Adoptar una perspectiva vincular, implica mirar la complejidad de las relaciones de todos los involucrados, hacer foco en ellas. Pensar siempre de modo relacional nos lleva a considerar no sólo la red social primaria del sujeto, sino al carácter interventivo de nuestro ejercicio profesional en el marco de una modalidad de abordaje del equipo, que va a interferir de una manera particular, como parte de la red social secundaria que lo afecta. De manera que no hay sólo una modalidad de abordaje de los equipos, ni una

única forma de intervención profesional, hay una circunstancia inicial que vive un sujeto y su red primaria. Esta puede adoptar múltiples formas en su devenir vital y cuando la exploramos tenemos que tener en cuenta el “zoom” o grado y modo de focalización, la escala de relación, la forma de movilidad de nuestro punto de vista; tener en cuenta que somos parte de la red que pretendemos conocer (Dabas & Najmanovich).

Afortunadamente, la lógica de la simplicidad ha dejado de ser funcional y necesitamos herramientas que nos permitan pensar de una manera no lineal, dar cuenta de las paradojas constitutivas de nuestro modo de experimentar, acceder a un espacio cognitivo caracterizado por las formaciones de bucles donde, por un lado, el sujeto construye al objeto en su interacción con él y, por otro el propio sujeto es construido en la interacción con el medioambiente natural y social. Es así como se comienza a cuestionar la tan pretendida objetividad proclamada por el positivismo. (Najmanovich & Lennie, 2007).

En este marco, ha comenzado a desarrollarse otro enfoque, que está rompiendo el cerco cognitivo y experiencial de la perspectiva clásica dándonos la posibilidad de ampliar y enriquecer el pensamiento y las prácticas de cuidado de la salud. A este se lo denomina el paradigma de la Complejidad.

La salud, desde esta perspectiva, no puede pensarse si no es en referencia al itinerario que la vida misma fija, a los valores que el hombre construye, a las prácticas culturales que le dan sentido. (Najmanovich & Lennie, 2007).

La vida no ocurre en un medio inerte, sino que fluye en una red de relaciones, en una dinámica de transformaciones globales co-evolutivas con el ambiente. El cuerpo desde la complejidad es un nodo cambiante en la gigantesca y vibrante trama de la vida (Najmanovich, D; Lennie, V, 2007, p.2).

No es el cuerpo el que enferma sino el ser humano. Más aún, la persona humana dotada de emoción y conciencia, afectiva y capaz de conocer, imaginativa y social, inconsciente y entramada. Y esta “persona humana” no pertenece al campo de la biología solamente, sino que adviene y deviene “sujeto”, porque no nace como tal, sino que se hace en y por los

intercambios sociales en los que participa y en cuyo ambiente está embebida. (Najmanovich, D; Lennie, V, 2007, p.2).

Si aceptamos que existen tantas formas de ser “personas” como culturas humanas, si convenimos en que no existe una “naturaleza humana” ni un “estructura psíquica” abstracta ni universal, no podemos aceptar la existencia de parámetros o criterios de salud fijos y eternos. (Najmanovich, D; Lennie, V, 2007, p.3).

Calidad de Vida

La aparición de la enfermedad en la vida de una persona supone siempre una situación de crisis y un deterioro de su calidad de vida. Los problemas más serios se plantean cuando el deterioro de la calidad de vida se hace más o menos permanente, o bien porque la enfermedad es, o se torna crónica, o bien porque quedan secuelas discapacitantes de la enfermedad y/o los tratamientos. (Rodríguez Marín , Pastor & López Roig, 1993)

Hablar de calidad de vida es hablar del equilibrio entre expectativas, esperanzas, sueños y realidades conseguidas o asequibles. Una buena calidad de vida se expresa en términos de satisfacción, contento, felicidad y capacidad para afrontar los aconteceres vitales a fin de conseguir una buena adaptación o ajuste. En general la enfermedad y sus tratamientos o sus secuelas modifican nuestras metas, nuestras expectativas, nuestras esperanzas. El concepto de calidad de vida no puede ser de ningún modo independiente de las normas culturales, patrones de conducta y expectativas de cada uno. (Rodríguez Marín; et al, 1993)

La instalación del concepto dentro del campo de la salud es relativamente reciente, con un auge evidente en la década de los 90, que se mantiene en estos primeros años del siglo XXI.

Según la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno".

Por otra parte, la calidad de vida relacionada con salud (CVRS) se ha definido como el valor que se asigna a la duración de la vida que se modifica por la incapacidad, estado funcional, percepción individual y las consecuencias sociales para el individuo. Esencialmente incorpora la percepción del paciente, como una necesidad en la evaluación de resultados en salud, debiendo para ello desarrollar los instrumentos necesarios para que esa medida sea válida y confiable y aporte evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en salud (Testa, 1996).

Como venimos señalando “El modelo biomédico tradicional excluye el hecho de que, en la mayoría de las enfermedades, el estado de salud está profundamente influido por el estado de ánimo, los mecanismos de afrontamiento a las diversas situaciones y el soporte social. Es evidente que estos aspectos de máxima importancia en la vida de los seres humanos serán los que más influyan a la hora de que los pacientes evalúen su calidad de vida.” (Schwartzmann, 2003)

Los avances médicos pueden prolongar la vida, pero es importante conocer la naturaleza de esa “nueva vida”, lo que ha llevado a poner acento en el concepto de calidad de vida relacionada con la salud.

“Tradicionalmente, en medicina, se consideraban válidas sólo las observaciones del equipo médico (datos “objetivos”). Posteriormente tomó mayor importancia la consideración de los datos provenientes del paciente (datos “subjetivos”). En la actualidad se intenta dejar de lado el debate “objetivo” versus “subjetivo” revalorizándose los datos subjetivos que reflejan sentimientos y percepciones legítimas del paciente que condicionan su bienestar o malestar y su estilo de vida.” (Schwartzmann, 2003)

La incorporación de escalas de valoración de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) ha aumentado de forma significativa en las últimas décadas. La importancia de la evaluación de la CVRS radica en la necesidad de obtener, mediante otro tipo de resultados que no sean los resultados clínicos tradicionales, el impacto de la patología en la vida diaria del paciente. La evaluación de calidad de vida en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar.

La perspectiva del paciente como un enfoque válido en la evaluación de los resultados de una determinada intervención, ha impulsado definitivamente que el conocimiento de la CVRS de los pacientes sea cada vez más importante en la evaluación de la efectividad de las intervenciones terapéuticas. El objetivo fundamental de los instrumentos para evaluar la CVRS es conocer aquellos aspectos relacionados con las dimensiones mental, física, social y percepción general de salud autodeclarada que impactan de forma especial en la vida del paciente.

Por otra parte, la vida actual, caracterizada por un aumento en la longevidad, no está necesariamente asociada a mejor calidad de vida. El aumento de la frecuencia y velocidad de los cambios (revolución tecnológica), la inseguridad constante, el exceso de información, el desempleo o el multiempleo, los cambios en la estructura familiar (divorcios, uniones inestables, ambos padres en el mercado laboral), la pérdida de motivaciones, lealtades, valores, señalan los múltiples factores estresantes a que estamos sometidos la mayoría de los seres humanos. Se conoce que el estrés predispone a la enfermedad y deteriora la calidad de vida. (Schwartzmann, 2003)

Como ya señalamos una concepción social de la salud liga el concepto de Calidad de vida del individuo y se constituye en una referencia que facilita la aproximación profesional desde una perspectiva más integral, que incluye valores, creencias y percepciones. Este conocimiento facilita la comprensión de la singularidad del sujeto de la experiencia que demanda la intervención del Trabajador Social,

Vejez e institucionalización

El aumento de la esperanza de vida y el descenso de la natalidad han originado un envejecimiento de la población y una mayor prevalencia de las enfermedades crónicas. En general, la enfermedad, sobre todo su tratamiento, o sus secuelas, modifican nuestras metas, nuestras expectativas, nuestras esperanzas. (Isla Pera, 2000).

El accidente cerebro vascular es la primera causa de discapacidad en el mundo. “Un elevado porcentaje de supervivientes queda funcionalmente afectado, incluso para

actividades de la vida diaria, requiriendo asistencia o institucionalización”. (Brescacin, 2013, p.1)

“Como resultado del envejecimiento de la población y cambios en la incidencia del accidente cerebrovascular (ACV) por edad, se observan más ACV a edades más avanzadas”. (Brescacin, 2013, p.1)

“El envejecer es un cambio continuo que ocurre a través de toda la vida desde el mismo momento del nacimiento”. (Guerrini, 2010, p.1). “Los científicos sociales especializados en el estudio del envejecimiento describen, cronológicamente, tres grupos de adultos mayores: "viejo joven", "viejo viejo" y "viejo de edad avanzada”. “El primer grupo está entre 60 y 74 años, siendo por lo general activos, vitales y vigorosos; el segundo de 75 a 84 años; ambos grupos constituyen la tercera edad; mientras que el tercer grupo, de 85 años en adelante, comprende la cuarta edad”. (Alba & Manrique, 2010).

“Los viejos no son ni más ni menos que personas con su propia individualidad. Cada uno envejecerá a su manera y dependiendo de sus circunstancias, como pasa en cualquier etapa de la vida. Envejecer tiene una instancia de decisión. Uno decide, individual y subjetivamente, cuándo se considera un viejo. Pero el viejo no vive sólo, y la mirada del conjunto es muchas veces negativa y discriminante”. (Guerrini, 2010, p.2)

“Al final de la vida, la salud se marchita y los roles disminuyen. Cuando esto sucede, incluso los que no tienen hijos y han desarrollado muchos roles no familiares... pueden encontrar que aumenta su aislamiento social”. (Concha, A., Olivares, L. & Sepúlveda, M., 2000, p.2)

“Esto es potenciado por las progresivas pérdidas que va sufriendo y los estereotipos sociales que condicionan su existencia: la muerte de seres queridos; la jubilación; la degeneración de los sentidos que lo alejan sensorialmente del mundo y la lejanía afectiva en que va quedando o en que lo van dejando sus familiares, la antigua institución laboral y hasta aquellas organizaciones encargadas de su salud”. (Couso Seoane, C. & Turtós Carbonell, L., 2004, p.9).

“Así, olvidan la invalidez mental y psicológica que se va produciendo, trayendo consigo individuos enfermos socialmente, inútiles y amargados que sólo quieren dejar de existir y transmiten este sentimiento a los demás, potenciando en un círculo vicioso, estereotipos que relacionan esta edad a un estado de inacción y muerte”. (Couso Seoane, C. & Turtós Carbonell, L., 2004, p.9).

“El hogar, la casa propia, el espacio físico en el que transitamos nuestra vida cotidiana, durante mucho tiempo es el que nos proporciona abrigo y protección configurándose en una expresión de independencia. Cuando se envejece continuar ocupando el mismo espacio sin lugar a dudas será expresión de independencia. Para que esto suceda es necesario un sistema de apoyo y/o sostén adecuado a los requerimientos de las personas mayores. Cuando estos fallan, o no son suficientes se produce la internación geriátrica”. (Danel, s.f, p.63)

La institucionalización es identificada por algunos autores como muerte social. “Frente a la destrucción física propuesta por la muerte biológica la muerte social responde con el anonimato, impersonal, la cosificación y la supresión del papel social por degradación.” (Danel, s.f, p.63. Citado por Mutusdevich, 1998). “La persona mayor experimenta un sentimiento de desarraigo muy fuerte, esto agravado con la falta de participación activa en la decisión. Se lo excluye de participar sobre su propia vida, y este se constituye en el acto inaugural. Este acto inaugural genera sentidos que posteriormente se expresarán en las prácticas cotidianas”. (Danel, s.f, p.55)

“Así como la vejez no es un fenómeno homogéneo, la calidad de vida en las personas de edades avanzadas y su bienestar varía como resultado de esa diversidad”. (Diéguez, A. & de los Reyes, M., 1999, p.2). Para algunas personas mayores la institucionalización es vivida como una tragedia en cambio para otros es una oportunidad, el inicio de un nuevo proyecto de vida. Las ventajas de la familia en su rol de cuidadora de ancianos han sido señaladas por tener generalmente como objetivos mayor seguridad emocional, menor número de incomodidades y mayor intimidad, evitando al mismo tiempo los problemas psicopatológicos de la institucionalización: despersonalización, abandono, negligencias, confusión mental, medicalización exagerada, falta de afectos, etc. Las desventajas de la atención por parte del cuidador informal estarían relacionadas con el desconocimiento de

una tarea que requiere especialización, la falta de un equipo de apoyo, los conflictos familiares que derivan en la sobrecarga del cuidador principal, la inadecuación de las viviendas para este tipo de cuidados y problemas económicos.(pp. 6-7)

No obstante creemos que las razones que impulsan la decisión de institucionalización son multicausales. El proceso de envejecimiento en si mismo no es condición necesaria de institucionalización. Tratándose de un primer ictus puede ocurrir que el evento le permita transitar su vida como lo venía haciendo, pero muy probablemente egrese transitoria o definitivamente condicionado por secuelas que limitan la autonomía para las actividades básica e instrumentales de la vida cotidiana; y en ese sentido hay un incremento de aquellas necesidades de las cuales no podrá hacerse cargo con la autonomía que lo realizaba. Y pensamos que la decisión de institucionalización no solamente es una ecuación de ventajas y desventajas, son causas que junto a las ideas de como vivir, cuidar y morir y las características vinculares y conflictos familiares previos; sumado a los condicionamientos del contexto jurídico, político y económico van a interferir en el deseo que cada uno tenga de como transitar el tramo final de la vida.

La red de apoyo más importante para los adultos mayores está constituida de hecho por la familia. Los problemas del cuidador familiar representan al mismo tiempo un riesgo para la persona en edad avanzada, ya que están relacionados con la escases de ayuda recibida y la clara percepción de la inexistencia de tales ayudas. (Diéguez, A. & de los Reyes, M., 1999)

Las redes de apoyo tienen una gran importancia, a nuestro parecer, y pueden jugar un gran papel en la consolidación de una persona sana, feliz y constructora de su propio desarrollo, del de su familia y su comunidad.

Soporte social: Red personal y cuidador principal

La aparición de la enfermedad en la vida de una persona supone siempre una situación de crisis y un deterioro transitorio o progresivo de su calidad de vida. La enfermedad no solo repercute en la persona que la padece si no que tiene efectos estresantes en los familiares

del enfermo y la consecuencia de estos efectos repercute en la recuperación o mantenimiento de la condición del paciente.

La enfermedad produce una ruptura del comportamiento y modo de vida habitual del sujeto, generando una situación de desequilibrio, que es, en último extremo, lo que se suele denominar “situación estresante”, y que pone a la persona en la necesidad de afrontarla para conseguir reducirla o adaptarse a ella, cambiándola, cambiando la circunstancia o cambiando la persona misma (Rodríguez Marín; Pastor & Roig López, 1993, p.351).

La familia también sufre la enfermedad en mayor o menor medida. Esta circunstancia trastoca la evolución y desarrollo natural del grupo familiar obligándole a cambios en sus funciones, relaciones y roles que exigen un complejo mecanismo organizativo de adaptación (Gómez Busto, [s.f], p.165).

Luego de ocurrido el ictus, el paciente se comporta inevitablemente de forma distinta a como lo hacía antes del trastorno. Tanto el cómo su familia percibirán de forma diferente la situación familiar y la cuestión fundamental de los cambios que aquel ha experimentado. Objetivamente habrá actividades de la vida cotidiana que puede controlar por si mismo y otras que ya no puede tener a cargo. La higiene, alimentación, movilización, curas, compañía, trámites burocráticos, soporte emocional, podrían verse afectadas. Se modifican los requerimientos y han de tomarse decisiones en forma perentoria. Se producirá una serie de movimientos dentro de la estructura familiar que pondrán a prueba –como todo evento crítico o natural de la vida, un nacimiento también lo es- la salud de la familia y su capacidad de adaptación, de afrontamiento, de organización para generar un apuntalamiento, de disponibilidad para sostenerlo. La dinámica de las relaciones personales intrafamiliares se ven afectadas, se producen cambios en la representación de los roles habituales y la viabilidad de las transformaciones para lograr un sostén adecuado y suficiente estará fuertemente condicionado por las valoraciones, creencias, historias y tipo de vínculos de todos los involucrados.

La reacción ante la nueva situación puede ser distinta según el sujeto y el grupo familiar, su capacidad de afrontamiento y la red de apoyo con que cuente. El afrontamiento se define

como una respuesta o conjunto de respuestas ante la situación estresante, ejecutadas para manejarla y/o neutralizarla (Rodríguez Marín; Pastor & Roig López, 1993, p.351).

El apoyo social es conocido como el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales (percibidas o recibidas) proporcionadas por comunidades, redes sociales y personas de confianza (Ochoa, ET Al., 2004, p.213). Es importante señalar que debe existir un equilibrio entre el apoyo social dado y el recibido, ya que el apoyo percibido es promotor de salud.

Las redes de apoyo se clasifican en formales e informales. Las redes formales hacen referencia al vínculo que se establece entre el sujeto con instituciones públicas y privadas que brindan algún tipo de servicio. Respecto a las redes informales, estas representan el conjunto de relaciones familiares, amistosas, laborales y de otra índole acumulada a lo largo de la vida. Estos contactos normalmente están mediados por relaciones simbólicas, como el amor, la solidaridad y la amistad. Una cualidad adicional de las interacciones es que usualmente involucran relaciones recíprocas (García & Madrigal, 1999).

La perspectiva de Carlos Sluzki conceptualiza las redes sociales como un constructo frontera del grupo significativo que define una realidad más allá de la familia nuclear o extensa, si bien incluyéndola. En un nivel más microscópico la red social personal puede ser definida como la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como diferenciadas de la masa atómica de la sociedad. (Sluzki, 1998, p.42).

La red puede ser evaluada en términos de sus características estructurales (propiedades de la red en su conjunto), las funciones de los vínculos (tipo prevalente de intercambio interpersonal característico de vínculos específicos y de la suma o combinación del conjunto de vínculos) y los atributos de cada vínculo (propiedades específicas de cada relación). (Sluzki, 1998, p.45).

Las características estructurales de la red refieren al tamaño de la red (número de personas en la red), la densidad (es decir, la conexión entre miembros independientemente del informante), la composición o distribución, la dispersión (distancia geográfica entre los miembros), la homogeneidad o heterogeneidad (demográfica y sociocultural) y los atributos

de vínculos específicos (es decir, compromiso y carga de la relación, durabilidad, historia en común). (Sluzki, 1998).

El tipo prevalente de intercambio interpersonal entre los miembros de la red determina lo que el autor llama las funciones de la red que incluyen: compañía social (es decir, realización de actividades conjuntas o simplemente el estar juntos), apoyo emocional (intercambios que connotan una actitud emocional positiva, clima de comprensión, simpatía, empatía, estímulo y apoyo), guía cognitiva y consejos (interacciones destinadas a compartir información personal o social, aclarar expectativas y proveer modelos de rol), regulación social (interacciones que recuerdan y reafirman responsabilidades y roles y favorecen la resolución de conflictos), ayuda material y de servicios y acceso a nuevos contactos. (Sluzki, 1998).

Cada vínculo puede ser analizado en términos de sus atributos, a saber: las funciones prevalecientes (es decir, que función es la dominante en el vínculo), la multidimensionalidad o versatilidad (cuantas de esas funciones cumple), la reciprocidad (si tu cumples para con esa persona el mismo tipo de funciones), la intensidad o el compromiso de la relación, la frecuencia de los contactos y la historia de la relación (es decir, desde cuanto tiempo se conocen y cuál es la experiencia previa de activación del vínculo). (Sluzki, 1998).

Siguiendo al autor, una red social personal estable, sensible, activa y confiable protege a las personas en contra de las enfermedades, pero también ocurre que ante enfermedades de curso prolongado se deteriora la calidad de su interacción social y reduce el tamaño y la accesibilidad de la red social. Esta doble acción permite perfilar círculos virtuosos en los que la presencia de la red social substancial protege la salud del individuo y la salud del individuo mantiene a la red social, así como círculos viciosos, donde la presencia de una enfermedad crónica afecta negativamente a la red social de esa persona, lo que a su vez impactara negativamente en la salud del individuo o del grupo íntimo, cosa que aumentara la retracción de la red. (p. 71). Como consecuencia de dicha retracción, suele ser una sola persona la que asume la mayor responsabilidad para cubrir las necesidades, quedándose solo y sobrecargado de tareas de cuidados cada vez más difíciles y gravosas. A esta persona se la denomina “cuidador principal”.

En muchas ocasiones la función de cuidar genera una carga. Se ha definido carga como el conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que experimentan los cuidadores de enfermos crónicos, y que pueden afectar a sus actividades de ocio, relaciones sociales, amistades, intimidad, equilibrio emocional y libertad (Scharovsky, & Álvarez, 2010, p. 170).

La sensación de carga se puede manifestar de múltiples formas: a través de quejas, fatiga, llanto, tristeza, alteraciones en el humor. Todo ello puede convertir al cuidador principal en enfermo secundario o como señalan algún autores en un “paciente oculto”.

Se trata entonces de considerar la familia, relaciones significativas y cuidador principal como un importante recurso con potencialidad para convertirse en verdadera fuente de apoyo social para el sujeto que transita una enfermedad.

Si partimos del paradigma de la complejidad para hablar de nuestra intervención no podemos centrar nuestra atención sólo en la persona o en lo que acontece entre miembros de una familia, ya que estaríamos tratando al paciente como una “caja negra” y escotomizando las complejidades del ser humano.

La incorporación de la perspectiva de red en la observación y conceptualización de la realidad se incorpora para enriquecer la visión multidimensional; planteándolo con más precisión:

“La experiencia de pérdida y dolor, de alegría y amor, de crecer y crear, de vivir y evolucionar, es única para cada individuo en contexto, y la conceptualización de esos procesos es una función de los constructos del que observa y describe: nuestros modelos son redes ideológicas que cazan, ordenan, organizan y otorgan significado a lo que ocurre ahí afuera...y ahí adentro”. (Sluzki, 1998, p.26)

“La experiencia de pérdida y dolor, de alegría y amor, de crecer y crear, de vivir y evolucionar, es única para cada individuo en contexto, y la conceptualización de esos procesos es una función de los constructos del que observa y describe: nuestros modelos son redes ideológicas que cazan, ordenan, organizan y otorgan significado a lo que ocurre ahí afuera...y ahí adentro”.

Estas experiencias, independientemente de cuan intensas sean, son “enfriadas” por el efecto mediatizante del lenguaje, que las organiza usando como matriz los múltiples supuestos explícitos o implícitos que nos permiten establecer consensos. (Sluzki,1998)

A través de las operaciones de definir el conjunto significativo de componentes, relaciones y atributos, el observador define la pertenencia y la pertinencia, y por tanto establece las fronteras de un sistema del que un observable dado es parte y por cierto, a través de esa operación, el observador se incluye en el sistema.

Recuperamos la perspectiva de Carlos Sluzki para el Trabajo Social, respeta la indisoluble unidad de lo psicosocial del proceso identitario y la personalidad, rescata la subjetividad y da cuenta de la persona en situación: no se trata de un paciente y una familia sino de una persona con necesidades subjetivas, con una red personal que no se define teóricamente por lo que debe ser; sino que ofrece categorías conceptuales y analíticas para descubrir lo que es. Entiende la red personal como una síntesis propia singular, aquello que el sujeto de la experiencia en sus dimensiones físicas, psicosociales y espirituales, contextualizado histórica y culturalmente y condicionado política y económicamente, pudo construir.

La realidad que vive cada persona se basa en acuerdos, y por tanto el cambio no consiste en forzar un apuntalamiento desde el punto de vista de lo que el equipo cree debe hacerse, sino que consiste en comprender los problemas de manera diferente, ponderando las consecuencias prácticas de cada decisión que requiera ser tomada, generando diferentes acuerdos superadores de posiciones previas.

¿Quién decide cual es el mejor lugar para esa persona? ¿Debe volver a su casa, con su marido, que se encuentra devastado por la enfermedad de Alzheimer? ¿Debe vivir en casa de su hijo tensionada por la dinámica de una familia con adolescentes y niños ruidosos, a la que sólo frecuentó en cumpleaños y acontecimientos formales? ¿En su propia casa con cuidadores formales extraños a quien nadie supervisara, ya que resulta que toda su familia vive en una ciudad o país lejano? ¿Dónde y cuándo debemos establecer un límite? Estos son algunos interrogantes que se presentan al momento de decidir el destino post alta del paciente.

El mejor lugar es una construcción que guía al trabajador social, intentando aceptar al otro, poniéndose en el lugar del otro y que implica respetarlo, comprender los hechos, en un proceso de deliberación común, hacia la experiencia de encontrar “el mejor lugar” El mejor lugar es el lugar seguro, posible y viable de ser sostenido por todos los involucrados.

La perspectiva de Sluzki se inscribe dentro del construccionismo social, las significaciones se co-construyen entre los actores y el trabajador social en un contexto social. El “no saber” del profesional se traslada a “un saber con otros” en una respuesta artesanalmente concebida como una pieza única.

En un proceso comunicativo, organizamos la descripción de su red, indagando los hechos y datos que nos permite pesquisar cuales son los sistemas pertinentes más obvios y accesibles. Y en el curso de ese recorrido re (constructivo) debemos mantener en todo momento una visión “macro” que incluya las variables históricas, culturales, socioeconómicas y políticas, que contextualizan y afectan la cotidianeidad temática y pragmática de los habitantes de la micro red. (Sluzki, 1998) Arribamos a una valoración de las capacidades y disponibilidades de algunos con los que co -construimos un proyecto, que en ocasiones puede constituirse en un apuntalamiento adecuado y suficiente, también susceptible de ser alterado.

La red puede o no contener, cohabitada por las historias y valores que van constituyendo la identidad de sus miembros, legitima la posición social de los participantes, es generadora a la vez que depositaria de la existencia simbólica de sus miembros, y esta red social que es personal, es una estructura laxa cuyo centro es arbitrario, flotante y circunstancial (Sluzki, 1998).

Capítulo 2

Trabajo social en salud

Este capítulo describe el trabajo social en salud, ubicando la disciplina en el contexto de las ciencias sociales, y del enfoque psicosocial con la perspectiva de redes. Enuncia la contribución que la profesión puede brindar a los equipos de salud en relación con la especificidad, la viabilidad del proyecto social y la dimensión ético política.

El trabajo social es una praxiología de las ciencias sociales, que se caracteriza por acceder al conocimiento operativamente, con la finalidad de atender, comprender y transformar problemas sociales generadores de sufrimiento y exclusión.

Las autoras de este trabajo comparten el enfoque psicosocial de trabajo social que se funda en el concepto de “persona en situación” de Hamilton (...) entendiendo las situaciones vitales de la persona y su circunstancia a través de la configuración resultante de la persona, la situación y la interacción entre ellas (Hamilton, G; 1974)

El objeto se construye en la relación triangular persona, problema y trabajador social. Perlman (...) mediatizada por la misión de la institución y los objetivos del servicio social de la misma Perlman, H; 1965)

El estudio social se inicia con la demanda, pedido o problema. Se parte de la circunstancia inicial para obtener los datos significativos del problema y ordenar la información para conducir a la formulación del diagnóstico

El diagnóstico integra la interpretación de los datos en una hipótesis provisoria en dos aspectos: evaluación de la situación y capacidad de afrontamiento de la persona y su entorno más significativo. Se trata de una Evaluación preliminar o impresión diagnóstica que conduce a una evaluación operativa o plan de acción, o tratamiento u objetivos. La formulación del diagnóstico se hace conjuntamente con el sujeto, tanto en la determinación del problema, como en la definición de las estrategias posibles de resolución y objetivos del tratamiento.

Se trata de un proceso de investigación científica donde primero se reúnen los datos, después se deducen de estos datos algunas observaciones significativas (hallazgos) que una

vez configuradas, darán el significado total (diagnostico). Los datos que parecen más significativos y de mayor importancia para la comprensión del problema son los hallazgos.

Un proceso comunicativo y deliberativo a través de una relación positiva con el trabajador social.

Los términos presión interna, y presión externa son utilizados para describir como las fuerzas existentes dentro de la persona y las fuerzas existentes dentro del entorno o medio ambiente, tensionan al sujeto de la experiencia. Desde esta perspectiva, los fines de la intervención van dirigidos a la resolución o reducción de los problemas generados por la alteración del equilibrio dinámico

Dada la complejidad de la realidad social contemporánea, se hace necesario ir más allá de la mirada estructural e individual. La incorporación de la mirada de redes social amplia cualitativamente la comprensión y transformación del problema social.

La red social puede ser definida como la suma de todas las relaciones sociales que un individuo percibe como significativas o define como diferencias de la masa anónima de la sociedad (Sluzki Carlos, 1998). Esta red habita en redes más amplias y en conjunto más vastos que incluyen a los grupos informales amplios, los subgrupos culturales y los contextos económicos, políticos, culturales y sociales en constante evolución

Como venimos señalando la enfermedad no es un acontecimiento médico, es un acontecimiento social. La salud y la enfermedad son, entonces procesos sociales y personales en las que lo somático, lo psicológico y lo social (que implica lo relacional, lo cultural, lo ético, lo estético, etc.), son tres aspectos relacionados e indisociables, que hacen posible comprender la compleja realidad de la persona.

Es de esa comprensión de lo social en tanto relacional o psicosocial, de donde se deriva la razón y la necesidad del trabajo social en salud, y de la presencia de los trabajadores sociales en los diferentes contextos del sistema sanitario.

Confrontamos con realidades variadas y complejas, intentando generar estrategias tomando posición por una concepción de salud que comprende a la persona de manera integral, es decir considerando su historia, sus derechos, el contexto en el que viven, sus redes de contención primaria y secundarias, sus recursos personales (educación, vivienda, trabajo, capital cultural, vínculos, etc.), la relación con su cuerpo y las formas de cuidarlo, así como

la relación con el sistema de salud (Fernández Vecchio; Grondona; Ismach; Madeira & Riqué, 2009).

En esta perspectiva histórico-cultural, si pensamos como profesionales que la atención de la salud comienza desde el ingreso a un hospital, creyendo que sólo es el saber científico el que opera en la supuesta curación, perdemos de vista las diversas formas de atención de los padeceres que los sujetos utilizan para reducir o solucionar sus problemas, lo cual implica la necesidad de incluir los espacios cotidianos donde los sujetos se desarrollan (Fernandez Vecchio et al., 2009).

Como trabajadores sociales debemos entender el binomio salud-enfermedad como una contradicción, que nos lleva a considerar todo lo que nos rodea como ligado a su contrario; a percibir cada acontecimiento en su relación contradictoria. Esta manera de ver nos permite aprehender las situaciones en toda su complejidad y dinamismo. El empleo del concepto contradicción nos permite relativizar los juicios normativos, percibir toda situación en su complejidad, en vez de considerarlas en forma estática y normativa.

“Lo social” no puede considerarse una “variable asociada” más. El medio social es un campo en el que se producen y reproducen prácticas sociales, da marco, condiciona y permite la lectura de los procesos de salud -enfermedad- atención de las personas con las que tenemos que trabajar.

¿Cuál va a ser entonces la contribución específica de nuestra profesión? ¿Qué aspecto de lo social vamos a trabajar?

Este interrogante plantea al menos dos problemas a resolver:

- Especificidad: en tal sentido existe una visión acerca de la especificidad de las disciplinas que plantea que no existe. Argumentan que el acceso a la transdisciplina supone el borramiento de las fronteras disciplinares.

Adherimos a la visión que cuestiona este planteo por considerar que contribuye a una práctica difusa. Entendiendo que la transdisciplina surge cuando un equipo se constituye interdisciplinariamente en la complementariedad y la copresencia disciplinar, resignificando su modelo de abordaje en un nuevo enfoque referencial común como resultado de un salto cualitativo que altera y define las dimensiones epistemológicas, teórico- metodológicas y operativas del modelo.

- El segundo problema es la construcción de viabilidad para el proyecto social. Las instituciones de cada sociedad son creaciones libres, que buscan reproducción y ejercen alguna forma de poder. No obstante existe un imaginario respecto a los condicionamientos institucionales para una intervención que promueva verdaderas transformaciones y procesos graduales de autonomía del sujeto de la experiencia. Mario Testa reconoce tres tipos principales de poder: técnico, administrativo y político. El poder técnico refiere a la capacidad de generar, acceder, manejar información de distintas características. El poder administrativo es la capacidad de apropiarse y asignar recursos. El poder político es la capacidad de movilizar grupos sociales en demanda o reclamo de sus necesidades o intereses (Castellanos Beatriz, 1995). El trabajador social detenta un poder técnico fundado en la capacidad metodológica y el conocimiento de las prácticas institucionales y lógicas fundantes del poder político y administrativo. Su propio poder técnico lo habilitará a proponer algún dispositivo de atención a través de un discurso que ingresando en cada una de esas lógicas construya viabilidad para para implementarlo y sostenerlo.

Desde las incumbencias profesionales reconocidas por el colegio profesional y legitimadas por la nueva ley federal de Trabajo Social n°27072 enuncian:

- Los licenciados en Trabajo Social están habilitados para el asesoramiento, diseño, ejecución, auditoría y evaluación de: políticas públicas vinculadas con los distintos ámbitos de ejercicio profesional; planes, programas y proyectos sociales; Diagnósticos familiares, institucionales, comunitarios, estudios de impacto social y ambiental; Proyectos institucionales y de organizaciones sociales, sean éstas gubernamentales o no gubernamentales.
- Integración, coordinación, orientación, capacitación y/o supervisión de equipos de trabajo disciplinario, multidisciplinario e interdisciplinario, aportando elementos para la lectura e identificación de la situación abordada, incorporando los aspectos socioeconómicos, políticos, ambientales y culturales que influyen en ella, y proponiendo estrategias de intervención.

- Elaboración de informes sociales, informes socioeconómicos, sociosanitarios y socio-ambientales, informes situacionales y/o periciales.
- Intervención en contextos domiciliarios, institucionales y/o comunitarios.
- Elaboración de pericias sociales en el ámbito de la Justicia, ya sea como peritos oficiales, de parte, mandatario y/o consultor técnico.
- Dirección y desempeño de funciones de docencia de grado y posgrado, extensión e investigación en el ámbito de las unidades académicas de formación profesional en trabajo social y en ciencias sociales.
- Dirección, integración de equipos y desarrollo de líneas y proyectos de investigación en el campo social.

Estas incumbencias orientan hacia la transformación de situaciones sociales generadoras de sufrimiento, fragilidad, exclusión y la promoción de contextos generadores de soporte social a micro y macro nivel en diferentes dispositivos individuales y grupales y dimensiones institucionales, territoriales y planificación social.

En el caso que nos ocupa vamos a definir la contribución específica que la intervención social puede brindar a un equipo de asistencia hospitalario como:

La promoción de organización de cuidados post alta adecuada y suficiente para mejorar o disminuir las consecuencias para la vida cotidiana personal y familiar del paciente, originadas en la alteración de la salud.

Dimensión ético política y Derechos Humanos

La intervención exige del sujeto profesional incorporar una reflexión ética en términos de reconocer las consecuencias que sobre el otro produce nuestra actuación. Tener en cuenta el estatuto epistemológico propio implica el compromiso con los postulados y principios de la profesión, orientado desde su constitución hacia los derechos humanos y construcción de ciudadanía y marcan una especificidad de lo ético, en término de compromiso ético-político.

El proyecto profesional “redimensiona y se inserta en determinados valores, ideologías, proyectos, articulado con actores sociales que representan los valores, ideologías y proyectos profesionales hegemónicos. Aún más, los proyectos profesionales no sólo se insertan en proyectos y valores sociales, sino que están de alguna manera condicionados por el lugar que éstos ocupan en la correlación de fuerzas en la sociedad. (Glomba, M; Aranciaga, I)

El Trabajo Social se enfrenta cotidianamente a dos preguntas claves, para qué y por qué, respecto de los valores, de esos principios profesionales con los que el trabajador social se compromete o se debería comprometer. La dimensión fuertemente interventiva de nuestra profesión nos interpela en tal sentido. Generalmente participamos en situaciones que pueden ser consideradas verdaderos dilemas éticos y en la puesta en acto de nuestro ejercicio se juega constantemente la responsabilidad. (Cazzaniga, S 2006)

Es decir, constantemente tomamos decisiones que tienen fuertes implicancias en la vida de los sujetos con los cuales trabajamos, y va a depender de nuestro posicionamiento ético-político desarrollar una intervención a favor de reforzar las problemáticas persistentes de Latinoamérica y el Caribe, consecuencias de la distribución inequitativa de los recursos en el marco del sistema capitalista o generar procesos de cambio para transformar dichas problemáticas y lograr la mayor autonomía posible de todos los involucrados. (Castellanos Beatriz, 1995). En tal sentido, recuperamos la perspectiva de Osvaldo san Giacomo que vincula los procesos de intervención, en relación con el cambio o repetición de las problemáticas sociales persistentes y la autonomía o dependencia de los sujetos de la experiencia. En definitiva el proceso de intervención para este autor es un proceso de atención-comprensión y transformación. (San Giacomo, O 1997)

En este sentido, la dimensión ética resulta una categoría central para el Trabajo Social. La ética constituye una dimensión del ejercicio profesional articulada con las dimensiones políticas, teóricas y prácticas. Según señala Barroco la ética profesional tiene que ser analizada en sus particularidades que abarcan tres esferas constitutivas. La esfera teórica que implica las orientaciones filosóficas y teórico-metodológicas que fundamentan las concepciones éticas, es decir, los valores, los principios, la visión de hombre y sociedad. La esfera moral práctica constituida por el comportamiento práctico-individual de los profesionales en sus acciones en cuanto a juicios de valor, responsabilidad, compromiso

social, autonomía y conciencia frente a las opciones; asimismo, las acciones colectivamente llevadas a cabo por profesionales a través de sus organizaciones en cuanto a la realización de determinados proyectos con sus valores y principios éticos. Y por último, la esfera normativa que se expresa en un código de ética profesional, que determina deberes, normas, derechos y sanciones para los profesionales y que busca una determinada direccionalidad social. (Colegio de Trabajadores sociales de la provincia de Bs. As. 2012)

Por su parte Bibiana Travi nos dice: asimismo en tanto profesión y practica especializada, el Trabajo Social requiere del despliegue de una serie de técnicas e instrumentos que permitan pasar de la “idea a la acción“ a la vez que cada decisión y elección de procedimientos a realizar están indisolublemente vinculados con los valores principios y una concepción acerca de los sujetos y del rol político que el Trabajo Social debería asumir en la sociedad actual. (Travi, 2006)

El trabajo social está basado en principios filosófico e ideales éticos, humanísticos y democráticos. Considera el ser humano en su dimensión integral y en consonancia, asume un compromiso activo, acompañando los cambios sociales que permiten dignificar la condición humana. A través de una lectura crítica de la realidad y de una metodología sistematizada, debe ayudar a impulsar el proceso transformador de las estructuras sociales, pronunciándose ante los hechos que lesionen la dignidad humana”. (Código de Ética de Trabajo social) En este sentido, las normas éticas desempeñan un papel importante ya que sirven como marco de referencia en el sentir y en el actuar de los Profesionales del Trabajo Social.

En esta búsqueda está la fundamentación y la concepción de sujeto que sustentamos, si bien, puede haber diferentes perspectivas, hay acuerdos fundantes, que son innegociables que nos otorgan identidad, entidad y pertenencia. Estos lineamientos básicos están expresados en los documentos y normativas que el colectivo profesional ha ido elaborando ya sea a nivel provincial, nacional, regional e internacional, y son el resultado de mediaciones entre teoría y práctica, como así también del ejercicio democrático de nuestras instituciones. (Colegio de Trabajadores sociales de la provincia de Bs. As. 2012)

El Trabajador Social profesional tiene como misión el compromiso con los demás, lo cual debe primar sobre cualquier otro interés o ideología particular. Debe contribuir con su

accionar democrático, a la plena vigencia de los Derechos Humanos. El Profesional en Servicio Social deberá: a) Pronunciarse ante los hechos que lesionan la dignidad humana y/o derechos ciudadanos; b) Actuar comprometidamente en la esfera de su labor dentro de la competencia legal que le corresponda y trabajar interdisciplinariamente con otros profesionales de las Ciencias Sociales y/o profesiones afines. (Código de Ética de Trabajo social)

Las personas que sufrieron un accidente cerebro vascular tienen los mismos derechos que cualquier ciudadano. Sin embargo en orden al ejercicio de sus derechos, pueden encontrarse en una situación de desventaja que requiere la adopción de medidas específicas dedicadas a equiparar oportunidades.

Reconocer la dignidad de las personas implica aceptarlas tal como son en cualesquiera sean sus circunstancias, condiciones, sexo, etnia, cultura, religión, ideas, problemas que presenten, individualizándolas en su singularidad, como sujetos, en relación con otros sujetos, nunca como objetos. Los seres humanos tenemos necesidad de ser reconocidos, valorados. Esto nos exige asumir una identificación empática, ponernos en lugar de los otros, con una distancia óptima que nos permita reflexionar, sentir, comprender la situación en la que las personas se encuentran y no quedar inmersos en ella. Los hechos como proceso ocurren para otros, pero resuenan en nosotros. No sentir esa resonancia indica una distancia máxima en la cual los otros son meros objetos y nosotros hemos olvidado nuestra profesión. (Kisnerman, 1998: 197).

Respetar a los otros es también no juzgar sus actos, ya que no somos jueces ni tampoco trabajamos con la patología, campo de otras disciplinas. Trabajamos desde y con los aspectos sanos de las personas, y aceptarlos no significa, de modo alguno, acuerdo tácito ni aprobación de sus actos. Aceptamos lo dado, lo real, lo existente. La solución de cualquier problema social siempre pertenece al dominio de la ética, es decir, al dominio de la seriedad en la acción frente a cada circunstancia que parte de aceptar la legitimidad de todo ser humano, de todo otro, con sus semejanzas y diferencias (Kisnerman, 1998).

Respetarlos es escucharlos, saber callar para que ellos puedan expresar con sus sentimientos, sus ideas, hacer que esa relación sea una conversación entre sujetos, caracterizada por la sencillez en el lenguaje, la humildad, la prudencia, la confianza, la

paciencia. Es contenerlos, albergarlos, para poder descifrar, comprender el significado de lo que les pasa, de lo que necesitan. Es reconocer el derecho que tienen de participar decidiendo, asumiendo la autorresponsabilidad de las acciones transformadoras personales y comunitarias (Kisnerman, 1998).

La importancia de nuestro acto profesional está en recibir a aquella persona por entero, en conocer su historia, en saber cómo llegó a esta situación y cómo es posible construir con ella formas de superación de una determinada cuestión. Si reducimos nuestra práctica a una respuesta urgente a una cuestión apremiante, retiramos de ella toda su grandeza, pues dejamos de considerar, en este sentido, toda su dignidad humana. (Urtado, 2013: 119).

En una sociedad que se organiza desde una lógica de mercado, las personas son importantes en cuanto son productivas y cuando no producen, es como si ya no fuesen más seres humanos. Lo económico invade las relaciones sociales y ciertas prácticas retiran el derecho ciudadano de los sujetos, agudizando su frágil condición humana.

El ejercicio de la práctica debe apuntar a la construcción de ciudadanía, ser agentes de cambio en los niveles micro y macro, tender a la igualdad de posibilidades, equidad social y promoción del ser humano (Fossini, 2005, p. 2).

Es fundamental comenzar a utilizar el poder que otorga la comunicación cotidiana y el contacto cara a cara con cada persona para trabajar con el empoderamiento de los sujetos. Utilizar el poder- en tanto actores éticos - políticos- para el cambio desde los mismos sujetos y desde nosotros (Fossini, 2005).

Teniendo en cuenta que una determinada interpretación ética lleva consigo una determinada práctica social, el ejercicio del poder, o la imposibilidad de ejercerlo, define hoy en gran medida, la moralidad o inmoralidad del acto ético. "Es moral lo que favorece el crecimiento de los hombres en el ejercicio del poder que producen. Pero es inmoral lo que esconde las estructuras de poder negando a los hombres ser ellos mismos a través del control de sus actos" (Kisnerman, 1998, p. 191).

Capítulo 3

“Intervención social y paciente con diagnóstico de ACV primer ictus secular en situación de tratamiento en la unidad de cuidados neurológicos”

Este capítulo caracteriza al paciente en situación. Describe la intervención social orientada a la organización de cuidados post-alta. Muestra una realidad en el contexto del Servicio Social del Hospital y la Unidad de Cuidados Neurológicos del Servicio de Neurología y desde la visión de todos los involucrados en el tratamiento.

Para la descripción del contexto institucional, modalidad de atención del paciente, intervención específica de trabajo social y percepción de la contribución específica que puede brindar se realiza un análisis de las fuentes de datos -memorias, página web, informante calificada, cuadernos de campo- a través de la observación documental y entrevistas semidirigidas. El análisis del sistema de cuidados post-alta se realiza según modelo de Sluzki descrito en el marco teórico y aspectos metodológicos. La caracterización del paciente de referencia toma como universo a todos los casos ingresados a UCN con diagnóstico de ACV primer ictus (190) en el periodo de mayo de 2013 a mayo de 2014. (Ver protocolo y guión de entrevistas en anexos). Los datos cuantitativos fueron sometidos a tratamiento de análisis descriptivos y análisis de correlación. Aquellas tablas en las que aparece como etiqueta de valor “no específica” significa que la identificación del paciente que da inicio a la Historia Clínica no incluye esa variable porque: la anamnesis del médico no lo registra, la evolución del médico no lo registra, no tiene intervención del Trabajo Social o la intervención de la Trabajadora Social no lo registra.

Contexto institucional

La intervención social en el marco del tratamiento del servicio de neurología del un hospital de agudos de alta complejidad está íntimamente ligada a las misión y función del Hospital Privado de Comunidad y a los objetivos del Servicio Social y de la unidad de cuidados Neurológicos del Servicio de Neurología. Así mismo se constituyen en la referencia de la misma

Hospital Privado de Comunidad

El Hospital Privado de Comunidad abrió sus puertas el 30 de mayo de 1971.

Este proyecto fue llevado a cabo por la Fundación Médica de Mar del Plata, una entidad sin fines de lucro, ente recaudador de los fondos que se obtienen mediante contratos con el PAMI y las obras sociales. A su vez, diseña y ofrece diferentes planes de salud propios y realiza convenios de atención con otras instituciones de medicina pre-paga, etc., es decir, define como misión principal crear, mantener y desarrollar un hospital privado que explicita en la pág. Web.

Este proyecto se inspiró en la ley de Reforma Hospitalaria que se puso en marcha en el Hospital Regional de Mar del Plata (Planta Piloto N° 1), que funcionó entre los años 1961 y 1964 durante el gobierno del Dr. Oscar Alende cuando Arturo Frondizi era el Presidente de la República.

Los puntos básicos en los que se cimentaba la reforma contemplaba: el trabajo médico “full time” con dedicación exclusiva o al menos con horario prolongado en el hospital; residencias médicas; historia clínica única, la medicina en equipo; disminución del promedio del tiempo de internación; atención igualitaria a todos los pacientes sin distinción económica; autofinanciación del Hospital; servicio social médico activo; servicio de asistentes sociales activo; acción de fomento, protección y recuperación de la salud; proyección recíproca entre el hospital y la comunidad; participación de la comunidad en la dirección del hospital; centro de enseñanza e investigación; documentación hospitalaria centralizada; elección por el paciente del médico tratante.

En la actualidad los primeros 4.000 m² edificados con los que se inició, se ampliaron a 23.000 m² para instalar servicios médicos asistenciales, de diagnóstico y tratamiento y áreas de apoyo de carácter técnico, administrativo y de mantenimiento que se han ido expandiendo en el tiempo en función del aumento progresivo de la demanda cuantitativa y cualitativamente.

La planta integra un cuerpo central, algunas casas y edificios próximos, consultorios descentralizados en áreas distribuidas en centros claves de la ciudad que funcionan como centros de atención primaria reuniendo algunas especialidades clínicas.

Atiende una población constituida por pacientes afiliados a PAMI, IOSE, DIBA, SOMU; prepagas (Medife, OSDE, Galeno, etc.) y planes de salud del HPC. Los mismos pertenecientes a diferentes franjas etarias. PAMI aparece como la mayor prestadora: de 60.000 consultas ambulatorias, él 35% corresponden a esta obra social, y de 1.300 egresos de internación, él 43% corresponde a la misma (ver gráfico n° 1)

Constituyéndose en un hospital escuela de alta complejidad, privado con un modelo institucional de gestión que contempla la organización de los efectores, escalonados y articulados según niveles de complejidad configurando una Red de Servicios Integrales; trabajo a tiempo completo y dedicación exclusiva de los profesionales; historia clínica única digital con alto grado de informatización y; especialidades divididas en servicios y/o departamentos clínicos de especialidad, tales como servicio de laboratorio, departamento de informática, servicio social, urgencia, voluntariado, farmacia, departamento de enfermería y departamento de docencia e investigación. En ellos se realizan actividades que confluyen con el propósito de brindar servicios para la prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

A su vez, del departamento de docencia e investigación dependen las residencias de posgrado; diversos programas de capacitación médica continua mediante conferencias, ateneos, seminarios, promoción de proyectos de investigación clínica; biblioteca, y escuela de enfermería.

El Servicio Social del Hospital

Se encuentra ubicado fuera del cuerpo central del hospital en un edificio lindante que comparte con el servicio de atención primaria. Esta situación se da con otros Servicios médicos y sanitarios y responde al crecimiento constante que se fue dando desde sus orígenes.

Funciona de lunes a viernes de 8 a 15 hs. en una planta fija. Cuenta con tres consultorios en los cuales las profesionales se turnan para atender la demanda. Esta planta física resulta

insuficiente y poco funcional. En relación con la distancia de la internación, área prevalente de intervención y con la estructura y organización. Esta es una realidad que afecta en general a la totalidad de los servicios, cabe señalar que en este momento se está realizando una ampliación para lograr un mejoramiento importante. Más aún el servicio tiene acceso en igual condición a todos los otros espacios para la realización de reuniones, ateneos, seminarios y jornadas. No obstante, si comparamos con la realidad de los servicios sociales de las instituciones de la comunidad cabe destacar la diferencia a favor del espacio físico real, equipamiento y soporte administrativo.

El servicio está integrado por seis trabajadores sociales incluyendo la jefa del mismo, con formación universitaria de grado y posgrado. Tienen como título de base el de licenciada en Servicio Social, con diferentes especializaciones: violencia, atención primaria de la salud, cuidados paliativos y gerontología. La jefa del servicio se está doctorando en trabajo social.

Atienden la población que recepciona la institución sin distinción de cobertura médica. Según la estadística del último año 500 personas en consultorio, 900 pacientes en internación y 250 en domicilio. Resulta importante señalar que existe un número significativo que no está contenido en esta estadística, y los números no reflejan ni en cantidad de prestaciones ni en tiempo real la dedicación. Nos referimos a la entrevista telefónica y otras intervenciones que detallamos a continuación. Por un lado la entrevista telefónica es una técnica específica que se diferencia de la comunicación informal, es parte de la asistencia y pueden solicitarla pacientes por demanda espontánea y profesionales durante la gestión del caso. Por otro la atención de Trabajo Social se organiza en intervenciones directas e indirectas. Estas últimas también guardan la lógica científica, nos referimos a los contactos con colegas profesionales de la comunidad en función de realizar algún enlace, derivación o señalamiento, tal es el caso de los realizados al tribunal que implican además la elaboración de informes muy precisos.

La Intervención de Trabajo Social está dirigida a la generación de soporte social. Se constituye en el apoyo externo básico para contener los emergentes que plantea un estado alterado de la salud en el sentido de aminorar el impacto en la vida cotidiana personal y familiar del sujeto de la experiencia. Una construcción que acompaña la continuidad o

resignificación del proyecto personal y familiar y se constituye en apoyo adecuado, viable y sostenible cuando integra las ideas, necesidades y expectativas de todos los involucrados.

Las bases teórico metodológicas refieren al paradigma de la complejidad desde una perspectiva constructivista, a un modelo de salud social descrito en nuestro marco teórico y al estatuto epistemológico del Servicio Social, un cuerpo de postulados y principios que orientan al enfoque de derechos hoy apoyado por las profesiones y la sociedad.

En esta línea se definen los objetivos del servicio:

- Aportar al equipo de salud la identificación de aquellos emergentes no médicos que inciden en la aparición o persistencia de la enfermedad brindando alternativas de abordaje que contribuyan a un tratamiento eficaz.
- Facilitar y optimizar la relación paciente-institución-familia-comunidad.
- Contribuir al diseño, ejecución y evaluación de programas de salud que integren los diferentes niveles de atención.
- Identificar situaciones que emergen con insistencia ante diversos eventos en el trinomio salud-enfermedad-atención y desarrollar protocolos que contemplen la particularidad y singularidad de las mismas para asegurar su resolución.
- Elaborar estrategias de intervención efectivas desde la perspectiva de la complejidad y la diversidad con anclaje en el modelo de derechos humanos.
- Generar recursos alternativos de soporte social que aseguren la contención de las personas que se encuentran en situación de riesgo social.
- Favorecer la conformación de equipos de salud por especialidad.
- Generar un espacio de aprendizaje que contribuya a los conocimientos propios de la disciplina en la formación de pre grado de la Universidad de Ciencias de la Salud y Servicio Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

- Brindar asesoramiento y capacitación a los integrantes del voluntariado del hospital.

“Trabajar sobre las situaciones que se presentan fundamentalmente en internación ante la alteración de la salud de las personas y las modificaciones que estas alteraciones producen en su vida cotidiana para generar sus cuidados. Entonces, frente a aquellos que tienen esta dificultad de poder organizar sus cuidados al alta el objetivo del servicio social es asegurar esos cuidados. Trabajamos en lo que serían todas aquellas situaciones que emergen y que se constituyen en un obstáculo para el ejercicio del cuidado de la salud, ya sea, que el paciente esté internado o en tratamiento ambulatorio. Contribuimos a ese apuntalamiento, partiendo de una situación confusa e indeterminada para comprenderla en su complejidad e integrarla en un proyecto sostenible”. Jefa de Servicio Social

El alcance de la intervención prevé entrevistas de asesoramiento y orientación, diagnóstico y tratamiento. El dispositivo de atención del servicio social está dirigido a: Consultorio externo, internación hospitalaria, domicilio, programas especiales, comités, investigación y docencia. La demanda de internación se atiende por especialidad: clínica médica, neurología, nefrología, pediatría, salud mental y servicio de urgencias. La demanda en consultorio es programada y espontánea; esta última es recepcionada por la trabajadora social que se encuentre disponible en ese horario; en caso que esa intervención requiera de un tratamiento, se deriva a la profesional con mayor especificidad en la problemática.

El equipo realiza reuniones formales: los días jueves durante dos horas. Están destinadas a la supervisión de intervenciones, la actualización de bibliografía y la definición de matrices conceptuales y analíticas vinculadas al abordaje de problemáticas de mayor relevancia. El propósito de estas reuniones es favorecer la capacitación actualizada en relación con las problemáticas sociales actuales y sus manifestaciones; poniendo en común el conocimiento, orientando a la capacitación formal o informal.

La supervisión tiene un lugar importante para la jefa y los integrantes del equipo, tanto en los lugares formales dedicados a tal fin, como en otros encuentros programados o no, donde el rol de supervisor circula por todos los miembros del equipo. Está incorporada a la vida cotidiana del servicio en los aspectos administrativos, pedagógicos y fundamentalmente vivenciada como un apoyo real y concreto.

“En realidad lo que nosotros buscamos, o uno de los propósitos que tiene el servicio social, es intentar en cada uno de los espacios donde estamos haciendo la intervención conformar espacios de salud. En algunos se están logrando y en otros no”. Jefa del Servicio.

Se intenta generar un espacio de debate y búsqueda de intervenciones alternativas. Cabe resaltar el apoyo a los profesionales que refieren sentirse acompañados en la práctica cuando tienen que afrontar casos de alta complejidad. Cada Trabajador Social tiene la libertad y estímulo para participar en reuniones y compartir espacios asistenciales y formativos con otros servicios y programas. Entre los que se puede destacar el Comité de trastornos de aprendizaje, Comité de bioética, servicio de medicina preventiva y nefrología.

El servicio social atiende una diversidad de problemáticas relativas a la salud. Se ocupa, prioritariamente, de aquellos emergentes que interfieren en la recuperación y/o sostenimiento de la mejor calidad de vida posible del paciente, a través de sus objetivos primordiales orientados a la atención de las dificultades objetivas del mismo y a la generación de soporte social adecuado y suficiente en estrecha relación con las necesidades subjetivas de todos los involucrados. Las dificultades de mayor relevancia están atravesadas por las problemáticas sociales contemporáneas persistentes y derivadas de la violencia, la vulnerabilidad de mujeres, niños y ancianos, las adicciones y las inherentes a la conciencia de enfermedad y el cuidado de la salud.

Los pacientes llegan al servicio social por interconsulta de algún profesional, demanda espontánea o derivación externa. En los casos de demanda espontánea se trata de personas que ya conocen el servicio por algún familiar o que ya han asistido y van con la intención de obtener mayor información o presentar una nueva demanda, pedido o problema. En ocasiones la sugerencia viene por parte de algún familiar o allegado.

En cuanto a la decisión sobre que paciente y/o familia reciban atención del servicio social dependerá de los criterios de adecuación del recurso humano disponible, la inserción de los trabajadores sociales en los servicios y de la visión y apertura del médico.

“Generalmente las derivaciones son pertinentes, a veces hay servicios que son mucho más cerrados con un modelo médico donde se deriva tarde. (...) con una mirada muy médica, bióloga, donde el objetivo del médico es superar o tratar el tumor y no hay posibilidad de mirar otras cuestiones.”. Jefa de servicio social

La demanda prevalente llega de internación, prioritariamente de clínica médica. La capacidad de respuesta está fuertemente condicionada por el recurso humano existente, la calificación de dicho recurso y la población atendida.

“El hospital tiene 120 camas con una demanda que sobrepasa las posibilidades de respuesta. Hoy tenemos pacientes internados que pasan 48 hs en la guardia. Eso también tiene que ver con que en Mar del Plata las instituciones no alcanzan a cubrir el primer nivel de atención, el mayor esfuerzo está puesto en internación”

Hay servicios médicos que solicitan en forma persistente la asignación de un profesional, el hecho que la respuesta se haya organizado para atender la demanda de internación tiene que ver con la relación negativa entre recurso humano y población. No obstante este hecho no es connotado como la falta sino como un espacio a conquistar.

“Si hay algo que me gustaría, es dos trabajadoras sociales en lo que es promoción y prevención y que esté formada en atención primaria de la salud, que trabaje en Atención Primaria de la Salud en consultorios descentralizados con programas, garantizando fundamentalmente, en relación a la demanda, que programas se pueden realizar. Y desde ahí un solo trabajador social para pediatría, un trabajo interesante en lo que es discapacidad, trabajar en un programa que antes teníamos que es cuidados paliativos, tener una trabajadora social solo para atención domiciliaria...”. Jefa del servicio.

Este servicio social es altamente calificado, con una coordinación que promueve la participación, tanto en el tratamiento de los asuntos políticos administrativos, como en el teórico epistemológico y metodológico. Los mismos no bajan como indicaciones operativas, sino como lineamientos a discutir y co-definir procedimentalmente. Los profesionales tienen registro del alcance y limitaciones de su práctica así como de una demanda retenida, de problemáticas graves de salud que requerirían intervención. Así como

de la importancia de la promoción, prevención, y atención primaria de la salud, como estrategia fundamental para el sostenimiento de la salud y calidad de vida de la población.

Unidad de cuidados neurológicos del Servicio de Neurología

El Servicio de Neurología: Está integrado por ocho médicos en planta: cinco neurólogos y tres neurocirujanos, un jefe de residentes y ocho médicos residentes de primer a cuarto año. Todos los residentes tienen la misma carga horaria 8 horas diarias de 8 a 16 hs: el de primer año a cargo de la sala, internación, control post alta y guardias de 24 hs. Los de segundo y tercer año rotan en áreas específicas de internación y tienen una carga de 12 - 14 horas por semana asignada a consultorio externo. Concurren a clases, de lunes a viernes, excepto los martes que participan de los ateneos médicos del Servicio. El jefe de residentes ejerce doble función: asistencial y de formación; además de las actividades de asistencia tiene a su cargo la coordinación de residentes. La demanda es atendida por Consultorios Externos, Urgencia, e Internación. El paciente se interna según el diagnóstico y pronóstico en tres áreas diferenciadas: Sector de internación, Unidad de cuidados intensivos y Unidad de Cuidados Neurológicos (UCN).

La UCN es una unidad modular cerrada que se ubica en el sector de internación de Planta Baja en el cuerpo principal del hospital. La distribución y equipamiento del lugar está pensada estratégicamente para que los enfermeros puedan ver a todos los pacientes. Las camas están distribuidas dentro de un mismo espacio y muy próximas unas con otras. Se encuentran divididas por biombos, lo que posibilita en parte la privacidad del paciente y su acompañante. Cuenta con dos camas aisladas para pacientes con problemas infectológicos.

El objetivo de la Unidad de Cuidados Neurológicos (UCN) es la atención de la enfermedad cerebro vascular en la etapa aguda. Así como de los cuidados paliativos y el comienzo de la rehabilitación en aquellos que evolucionan favorablemente.

“Recibimos entre dos y tres pacientes con ACV por día, tanto isquémicos como hemorrágicos y eso nos brinda un amplio campo de pacientes.” Informante calificado medico neurólogo.

Caracterización del paciente ingresado a UCN con diagnóstico de ACV primer ictus.

De los 190 casos analizados, en un 79,47% se trató de un ACV de tipo isquémico, dato que condice con las estadísticas mundiales, las cuales establecen que entre un 80 y 85% de los ACV son de tipo isquémicos, mientras que del 10 al 15% restante son hemorrágicos (ver gráfico 2). El promedio de internación de los pacientes fue en su mayoría de 6-7 días (ver gráfico 3), dato que confirma lo expresado por el neurólogo durante la entrevista:

“El promedio de internación de un evento vascular son entre cinco y seis días”. Neurólogo

El ACV interfiere transitoria o definitivamente en el proyecto vital, afectando no sólo la participación del paciente en la vida cotidiana laboral, ocupacional y lúdica, sino la rutina cotidiana del grupo familiar, imponiendo cambios en funciones, relaciones y roles que exigen un complejo mecanismo organizativo de adaptación. Se logra especificar que en su gran mayoría se trata de personas independientes al momento de originarse el ACV. Si bien las personas independientes al momento de ocurrir el ACV representan la mayoría de los casos, es de destacar que al sumar los pacientes dependientes y semindependientes obtenemos un 31,64% (ver gráfico n°4).

Como se señala en el marco teórico: hipertensión, dislipemia, diabetes, hipotiroidismo, enfermedades cardiovasculares (fibrilación auricular y arritmia) y deterioro cognitivo son las patologías con mayor presencia en los pacientes con diagnóstico de ACV (ver gráfico 5). Dichas enfermedades forman parte de los principales factores de riesgo, que junto con el tabaquismo incrementan la posibilidad de padecer un accidente cerebro vascular. Se observa que el registro realizado por los profesionales se centra en los hábitos que constituyen factores de riesgo para el ACV sin tener en cuenta aquellos que tienen que ver con una vida saludable o que estén vinculados al proyecto de vida previo.

Como resultado del envejecimiento de la población y cambios en la incidencia del accidente cerebro vascular (ACV) por edad, se observan más ACV a edades más avanzadas. Se evidencia un porcentaje de edad centrado en las franjas que corresponden a la vejez, tomando las categorías nombradas en el marco teórico, el 17% equivale a los “viejos- jóvenes”, el 42% a la categoría “viejo- viejo” y el 38% a los “viejos en edad

avanzada”. Según lo establecido por el Ministerio de Salud si bien los ACV pueden ocurrir a cualquier edad, aproximadamente tres cuatros de los que ocurren son en mayores de 65 años y el riesgo se duplica en cada década a partir de los 55 años (ver gráfico n°7).

Las relaciones entre progenitores ancianos e hijos adquieren nuevas y complejas dinámicas cuando aumentan las funciones de los hijos como cuidadores de los padres, lo que ocurre en la misma época en la que las relaciones extra familiares se han reducido marcadamente. En consecuencia, el mayor porcentaje de pacientes son acompañados por miembros pertenecientes a su red primaria (73,78%) (ver gráfico n° 8); siendo un 31,05% de personas casadas, donde el cuidador principal puede ser el cónyuge también añoso, así como los hijos y/o personas viudas (18,95%) acompañadas solo por su hijo/hijos (ver gráfico n°9).

A su vez, en el 68,95% fueron personas jubiladas. Esto, potenciado por las progresivas pérdidas que van sufriendo y los estereotipos sociales que condicionan su existencia: la antigua institución laboral, pérdida de capacidad adquisitiva, pérdidas de contacto sociales y aumento del tiempo libre (ver gráfico n°10).

Los datos arrojados en cuanto a sexo y lugar de residencia (ver gráfico n°11 y 12) se condicen con las características de la población en la ciudad de Mar del Plata. Según el último censo, en el partido de General Pueyrredón, de un total de 614.350 habitantes, 320.903 corresponden a mujeres y los 293.447 restantes a hombres; en personas que han sufrido un ACV hablamos de un 60% de mujeres y un 40% de hombres. Un 14,2 % representa a la población mayor de 65 años en la ciudad según la misma fuente. Esto tiene que ver con el hecho de que un número significativo de personas elija Mar del Plata como destino para vivir los últimos años de vida.

El ictus es causa de secuelas de distinto grado. En muchos casos dichas secuelas causan dependencia y siempre afectan a la calidad de vida del paciente y sus cuidadores. Una vez dado de alta, un gran porcentaje de pacientes no requiere de la utilización de ninguna medida de soporte vital ni ayuda técnica (ver gráfico n°13 y 14). A tal efecto, el informante calificado neurólogo afirma:

“Un tercio anda muy bien y los cuidados son mínimos, un tercio algo requiere, y un tercio es bastante secuelar”. Neurólogo

La dependencia que generan sus secuelas y la afectación en la calidad de vida del paciente hacen necesaria la organización de un adecuado sistema de atención en todas las fases de la enfermedad. El destino post- alta se define en función de: su propia calidad de vida previa; experiencias en situaciones extremas de irrupción brusca; los recursos materiales - en los que incluimos a las necesidades básicas y los emergentes de salud (ver gráfico n°15 y 16), cubiertos en un porcentaje significativo - recursos afectivos y su red socio familiar.

En aquellos casos en los cuales la residencia de egreso es el domicilio de procedencia el mayor porcentaje lo constituye la casa particular, siendo la institucionalización la opción predominante en los casos de domicilio alternativo. Se observa un alto índice de mortalidad, dado que los óbitos representan un 27,52%. Dato que coincide con lo establecido por el Ministerio de salud en la Argentina: el ACV es la séptima causa de muerte definida y representa el 6% de las muertes totales. No obstante, si no se tienen en cuenta los óbitos, la modificación de dicha residencia se da en el 26,57% de los casos, siendo el geriátrico la principal opción. Si se tienen en cuenta las personas que ya se encontraban en un hogar geriátrico al momento del ACV y las que se institucionalizan una vez ocurrido el mismo, hallamos un 34,37% de personas institucionalizadas (ver gráfico n°17).

El tratamiento del paciente

Neurología está a cargo del manejo del tratamiento con referencia a su propio servicio con apoyo diario de enfermería, kinesiología y servicio social. Enfermería responde a la coordinación de su servicio con actividades específicas, también kinesiología y servicio social y en este orden se da la mayor o menor concurrencia y la frecuencia de los contactos en el área de UCN. No forman parte de la estructura del servicio de neurología otros servicios con concurrencia y frecuencia de contacto irregular como infectología, endocrinología, cardiología que intervienen, son convocados, en caso de presentarse complicación, a través de la interconsulta. Se pide, también por interconsulta, la participación de Terapia Ocupacional y de Fonoaudiología.

El primer contacto con el paciente generalmente se realiza en la guardia. En muy pocos casos llega primero al consultorio y se interna inmediatamente. Al ingresar a la UCN lo recibe el enfermero.

La situación del paciente se valora mediante la escala de Glasgow que evalúa el nivel de conciencia. La escala está compuesta por la exploración y cuantificación de tres parámetros: la apertura ocular, la respuesta verbal y la respuesta motora. En base a esa escala se detecta la necesidad de cada paciente y cuál es el cuidado que requiere.

El primer parte del servicio lo realiza el médico de planta junto con los residentes, entre las 10 – 11 hs. Luego son los residentes los encargados de informar la situación del paciente a sus acompañantes.

Entre las problemáticas recurrentes que presentan los pacientes con diagnóstico de ACV se pueden encontrar neumonías, problemas de deglución y aspiración, infecciones de partes blandas por el decúbito, infecciones por mal manejo de secreciones o aspiración, infecciones urinarias. Entre las problemáticas agudas encontramos trombosis de pulmón, trombosis de piernas.

Con respecto a la prevención del accidente cerebro vascular el neurólogo expresa que se encuentra poco difundido el tratamiento agudo. Es un tratamiento endovenoso donde se pasa medicación en un periodo ventana, las primeras tres -cuatro horas desde que se produce el evento, que disuelve el coágulo y reduce las secuelas; lo que equivale a menor carga de discapacidad y de rehabilitación. Pero al no estar divulgado solo llega un 5% de los pacientes. En promedio se harán 5 tratamientos al año.

“El hospital posee los medios necesarios para realizarlo (...) creo que es el único en Mar del Plata y no sé si hay 11 o 10 en toda Argentina que hacen tratamiento agudo (...) Tienes que tener un tomógrafo las 24 horas con servicio de neurología. Por ejemplo en el HIGA en neurología no hay residentes de guardia, imposible.” *Neurólogo*

Equipo básico tratante: funciones y responsabilidades

Vamos a denominar equipo básico tratante al constituido por aquellas disciplinas que tienen concurrencia y frecuencia de comunicación diaria: neurología, enfermería, kinesiología, servicio social. No se trata de un recorte arbitrario, sino de lo que existe. Por tanto con esta denominación intenta dar cuenta de lo que hay, más allá de lo que a criterio de los últimos estudios debiera integrar un equipo de asistencia y rehabilitación y de las recomendaciones acerca de la importancia del comienzo inmediato del proceso rehabilitador como terapia ocupacional.

Neurología: centra su atención en el diagnóstico, tratamiento y evolución de los aspectos orgánicos y funcionales. Orientando a la detección precoz de emergentes en función de evitar o aminorar daños y secuelas y prevenir un nuevo evento. Se recorren los pacientes a primera hora de la mañana y a mitad de la tarde. El tratamiento requiere medicación y en ocasiones medidas de soporte vital tales como el respirador y la colocación de sondas nasogástricas. Las medidas de soporte vital siempre responden a un análisis minucioso. Si bien afronta en lo cotidiano las tensiones de la atención de una enfermedad grave de irrupción brusca con alta demanda, al mismo tiempo este hecho lo instala en situación de formación y capacitación permanente.

“Recibimos entre dos y tres pacientes con ACV por día, tanto isquémicos como hemorrágicos y eso nos brinda un amplio campo de conocimientos de la patología y de los avances orientados a la detección precoz y tratamiento”. Informante calificado médico neurólogo.

Enfermería: se responsabiliza de cuidados físicos (rotaciones, curaciones, higiene), y manejo de medidas de soporte vital (sonda nasogástrica y bolsa vesical). Por cuidado y prevención se entiende evitar, lesiones físicas y los conflictos se asocian a crisis orgánicas y funcionales

“El cuidado del paciente y la prevención de los conflictos que se pueden presentar durante la internación (...) Se valora la hemiplejía o la hemiparesia, la dificultad que tiene, y se trata de suplir la necesidad de cada paciente (...). Muchos pierden la deglución, se

alimentan por sonda nasogástrica, siempre tienen algún problema motor que se trabaja en equipo o en conjunto con el kinesiólogo, tanto para alimentación o movilización de algunos de los miembros afectados”. Informante calificado enfermero.

Kinesiología: interviene en la etapa aguda de la enfermedad brindando cuidados primarios kinésicos y educando al paciente y su familia de acuerdo a su patología. En palabras del kinesiólogo:

“Tratar de hablar con los familiares para tratar de explicar que es lo que viene después, al tener unos días más explico los cuidados posturales”

La rehabilitación kinésica gira en torno a dos áreas: motora y respiratoria. El área motora tiene que ver con los cuidados posturales, primarios. Consiste en movilizar al paciente. Si es posible se explica al paciente como hacer las maniobras, como moverse. En aquellos casos en los cuales el paciente tiene reducida la expresión y la comprensión se trabaja con la familia. Los aspectos respiratorios se tratan en caso de que exista alguna complicación.

Una vez que finaliza el periodo agudo, y el paciente se encuentra estable, se realiza la rehabilitación fuera de internación en domicilio o en los consultorios externos de la institución. Esta es la etapa donde la intensidad y alcance del proceso de rehabilitación dependerá tanto del daño y secuelas generadas por la enfermedad como de la capacidad y disponibilidad de su entorno.

Servicio Social: el proceso de atención del servicio social, tiene como objetivos la organización familiar post-alta y la promoción de la rehabilitación. Se requiere conocer la visión del paciente y la familia respecto del diagnóstico y pronóstico en términos de limitaciones objetivas para la vida cotidiana, las formas de organización que pueden pensar, el alcance y los tiempos de la rehabilitación, A partir de allí clarificar e informar y orientar los recursos que apoyen esa rehabilitación entendiendo al grupo conviviente y familiares y allegados significativos como el primer recurso. (Se profundiza en el apartado específico de intervención social)

Información que se busca obtener en los primeros contactos

El enfermero valora funciones vitales (tensión arterial, temperatura, pulso), coloca sondas, soportes, etc.

El neurólogo los conduce al diagnóstico y a partir de ahí, de acuerdo a qué tipo de ACV se trate se programan los estudios y se controla la evolución. Si el paciente empeora se cambia el diagnóstico inicial, se programa otro tratamiento, y se realizan diagnósticos diferenciales para confirmar o no la enfermedad cerebro vascular.

El kinesiólogo, datos de base sobre su situación socio- familiar, lugar de residencia y fundamentalmente la identificación del acompañante responsable encargado de recibir la información.

La trabajadora social: motivo de internación, edad, intervenciones previas de servicio social, identificación de las personas que acompañan al paciente y edad de las mismas, datos de allegados y observaciones de interés conducentes a una impresión diagnóstica.

Obstáculos para brindar una atención adecuada y suficiente

Aquellos profesionales que los explicitan refieren que los mismos devienen de la falta de espacios físicos limitados y poco funcionales, y la comunicación. Con respecto a este último aspecto cabe señalar que los familiares reciben información dos veces al día.

El kinesiólogo resalta la falta de espacio físico para realizar adecuadamente sus maniobras:

“Las camas están muy pegadas. A veces, digamos el paciente con ACV tendría que tener una postura ideal que no se puede tener porque (...) Si vos ves de afuera, las camillas tienen alas para poner el brazo en extensión”

El enfermero refiere recibir casi en forma constante la demanda persistente del familiar que atribuye a la falta de información.

“Siempre me preguntan ¿Qué se hace?, ¿Qué voy a hacer? O ¿Qué hacer? El familiar no sabe qué hacer (...)”. Enfermero.

Formas de relación del equipo tratante

La comunicación interprofesional se da a través de los registros en la Historia Clínica y comentarios ocasionales. En el caso de los profesionales del equipo básico tratante – neurólogo, enfermeros, kinesiólogo y trabajadora social – se agrega además un encuentro

programado por la mañana: el pase diario de sala, es el lugar donde se obtiene y brinda información de los pacientes.

“Lo bueno es que estamos todos recorriendo ahí entonces al borde de la cama se le da indicaciones ahí mismo a Héctor o Ariel. Es una recorrida como te digo en conjunto, estamos nosotros, están los enfermeros, kinesiología y servicio social.” Indica el Neurólogo.

Los encuentros formales de espacios formativos organizados por el Servicio de Neurología se realizan con la modalidad de ateneos dos veces a la semana. En los ateneos clínicos se estudian pacientes internados y de consultorio externo. Los ateneos bibliográficos están orientados a la discusión de avances científicos y trabajos de investigación. Estos espacios están destinados a los médicos del servicio de neurología y en casos excepcionales se convoca al kinesiólogo por alguna cuestión vinculada a la rehabilitación.

“Esto genera una falencia en el servicio, gran agujero, que tuvimos, que tenemos, porque no están al llamado siempre. Vos le haces una consulta a fonoaudiología un lunes y te responden el martes, lo mismo nos pasa con terapia ocupacional, antes hasta venían a evaluar pacientes a internación, ahora no. Ahora tienen que dar el alta y sacar un turno, entonces eso juega en contra para lo que es el tratamiento en agudo” Neurólogo.

“Tenemos una falencia en el servicio; no tenemos fono y no tenemos TO, eso es en lo que venimos luchando” Kinesiólogo.

En cuanto la interrelación de los profesionales del equipo básico de atención y atendiendo a la estructura disciplinar y organización de los espacios formales de encuentro, podríamos señalar que tienen una integración física y funcional propia de los equipos multidisciplinarios. Conocen la contribución que Servicio Social puede brindar y manifiestan necesidades recíprocas de comunicación para una mejor comprensión del paciente, pero no se observa una integración social que facilite la constitución de un equipo interdisciplinario en la línea que lo sugiere la concepción integrada e integral de la salud, legislación de discapacidad y premisas subyacentes de las misiones, funciones y objetivos programáticos de las instituciones de salud en general. No obstante rescatamos la Historia

Clínica Única como el lugar de la interdisciplina en el sentido global de la asistencia. Entendiendo la interdisciplina como el espacio para la construcción de un esquema referencial común, la Historia Clínica es una herramienta importantísima pero no suficiente a la hora de pensar el abordaje en equipo con capacidad potencial de construir enfoque referencial común. La participación de las disciplinas en los ateneos del Servicio de Neurología podría contribuir a la constitución de equipo interdisciplinario.

Intervención específica de Servicio Social.

Finalidad y objetivos del proceso de intervención

La Trabajadora Social atiende pacientes de la UCN como parte de otras funciones vinculadas con actividades asistenciales de Servicio Social generalistas en el sector de urgencias, consultorio externo y en domicilio. En relación con la intervención del paciente que nos ocupa la atención de la demanda se concreta en internación, consultorios externos, domicilio y ateneos de neurología.

La intervención social del paciente con diagnóstico de ACV primer ictus, tiene como finalidad la organización familiar post-alta y la promoción de la rehabilitación.

Durante la investigación se estudia la visión del paciente y la familia respecto del diagnóstico y pronóstico médico en términos de limitaciones objetivas para la vida cotidiana así como del alcance y los tiempos de la rehabilitación. La impresión-aproximación diagnóstica atiende a la capacidad de afrontamiento del paciente y la familia en términos de recursos humanos y materiales y la disponibilidad para asumir formas de organización que pueden ser pensadas. El tratamiento encaminado a la definición del soporte- apuntalamiento- apoyo social, integra un plan a través de la clarificación, información y orientación recursos que apoyen esa rehabilitación entendiendo al grupo conviviente, familiares y allegados significativos como el primer recurso.

Características de la Demanda: criterios de intervención, origen y señalamiento

Los servicios de referencia –Servicio Social y Neurología- acuerdan excluir aquellos pacientes de menor gravedad entendidos como los casos en los que no hay daño ni secuelas y que por tanto el paciente egresa en las condiciones previas al evento

La toma a cargo del paciente en situación de padecer un ACV, implica el compromiso profesional de llevar adelante un proceso de atención, conocimiento y transformación social orientado al mejoramiento de las condiciones que determinan la circunstancia inicial de la demanda, en el caso que nos ocupa la organización familiar post-alta y la promoción de la rehabilitación integral posible vinculada a la mejor calidad de vida que pueda tener. Desde un modelo de salud social que atienda los emergentes de manera integrada e integral resulta clave conocer la relación población atendida en UCN e intervención de servicio social. Así mismo como se origina la demanda: quien y como la instala y en qué momento del tratamiento definido por neurología el trabajador social se informa del señalamiento.

Servicio Social toma a cargo el 35,26 % del total de pacientes internados con diagnóstico de ACV (ver gráfico n°18) Una primera lectura nos estaría indicando un abordaje biologista, propio del sistema sanitario actual y la lógica que lo regula. No obstante observando las tablas de egreso de los pacientes en situación de dependencia y con medidas de soporte vital veremos porcentajes similares, dato compatible con el acuerdo de ambos servicios de exclusión de los pacientes que revisten menor gravedad y mejor pronóstico. Un indicio de potencial trabajo interdisciplinario, poder reconocer este indicio implicaría trabajar con lo posible de lo ideal. Un desafío en el marco de una empresa privada en el contexto actual del sistema de salud Del discurso jurídico político y científico a la práctica posible. ¿Resignación o resistencia?

En cuanto al origen de la demanda destaca el elevado porcentaje de demanda programada por el servicio social: 96.92 % (ver gráfico n°19) Esto tiene estrecha relación con la presencia de la trabajadora social en el pase diario de sala y el procedimiento alternativo en caso de su ausencia.

El señalamiento de la demanda es previo a las condiciones de alta médica, en un 81,54%, en el momento en que han finalizado los cuidados médicos específicos y el paciente se encuentra estable. En un 16,92%, interviene cuando ya el paciente está en condiciones de alta. (Ver gráfico n°20).

Motivos de intervención

Motivos de intervención: en la historia clínica se identifican cinco criterios en los siguientes porcentajes (ver gráfico n°21)

- Paciente solo (3,08%)
- Familia resistente al alta médica (7,69%)
- Organización familiar (44,62%)
- Gestión de recursos (3,08%)
- Organización familiar/ Gestión de recursos (41,54%)

En una primera lectura los resultados parecen dar cuenta del impacto que produce la aparición del ictus que como señaláramos en el marco teórico implica una reacción de emergencia en la que se suspenden las rutinas normales y se movilizan todas las energías para afrontar el trauma durante un periodo de tiempo definido, convirtiéndose la organización familiar y gestión de recursos en el principal motivo de intervención del servicio social, para la generación de un soporte social adecuado y suficiente. Pero si sumamos organización familiar y organización familiar y gestión de recursos constatamos que la organización familiar es el motivo de intervención prevalente en un altísimo porcentaje 85% sobre la gestión de recursos un 3%.y más aun resulta significativo gestión de recursos y paciente solo: correlación en idéntico porcentaje. En el imaginario social el paciente sólo sin familia y la gestión de recursos son los motivos prioritarios de intervención social. La realidad de la intervención social en UCN del hospital no se condice con tal formulación. También podríamos pensar que ésta es una demanda propia de un hospital privado, pero sostener esta relación genera más interrogantes que certezas.

- La demanda de organización familiar en torno a la generación de soporte social tiene un espacio formal de consultoría en las instituciones públicas del territorio.

- ¿Y si no es así la decisión política de no generar estos espacios se estaría fundando en el prejuicio que los sectores populares no necesitan la escucha de necesidades subjetivas?

- ¿Se piensa que el sujeto de la experiencia es un sujeto colectivo con necesidades particulares difusas a conducir que requiere sólo un gestor de políticas públicas y sociales?-
¿O puede pensarse que el caso social individual es el nivel subjetivo del problema social a conocer, comprender y transformar?

Alcance de la intervención

El tratamiento muestra el porcentaje más significativo seguido por el estudio social, siendo el seguimiento el de menor frecuencia (ver gráfico n°22). Los aspectos a considerar en el estudio social tienen que ver con el conocimiento de la calidad de vida previa, percepción de las limitaciones para la vida cotidiana, la capacidad de afrontamiento y recursos de la red social.

“Que hacía antes de la internación, su calidad de vida previa, (...)sus relaciones más significativas, si tiene hijos, si es soltero, Si tiene amigos, que comparte con cada uno y en que se siente apoyado (...) su proyecto de vida como él vivía, si salía, si se bañaba solo, si necesitaba ayuda para algún tipo de actividad, si concurría a algún tipo de reunión social, (...), donde vive con qué recursos económicos cuenta, , si alquila o no, “Trabajadora Social de UCN.

El seguimiento del paciente queda a criterio de la trabajadora social asignada al área de neurología. El menor tiempo que demanda la intervención es una entrevista única, donde se ve que el familiar es “muy continente”; que tiene claro cómo enfrentar el problema; o todo organizado, ya sea porque ya tuvo un ACV o porque ya venía dependiente y tiene cuidadora o estaba en un hogar.

La decisión de realizar un seguimiento va a depender de la fragilidad del paciente, que está determinada, primero y fundamentalmente, por su situación vital previa, necesidades actuales bio-psicosociales, el daño, dependencia para las AVD y las características de la red personal, recursos materiales y habilidades y experiencias del cuidador principal; y capacidad y disponibilidad de la red personal para acompañarlo. Historia familiar previa y los vínculos.

“Se puede ver que el soporte social pensado carece de los recursos, (afectivos, materiales) que requiere la situación actual, entonces se infiere que el familiar puede claudicar y se hace un seguimiento en domicilio orientado a fortalecer y/o reajustar la organización planteada (...) los indicadores del diagnóstico al momento del alta dan cuenta de los aspectos de esa fragilidad”. Trabajadora social UCN.

Al tratarse de una institución del segundo nivel, la atención del paciente está centrada en superar el momento agudo de la enfermedad. Los porcentajes marcarían una prevalencia del estudio social y tratamiento; no obstante llama la atención el bajo porcentaje de seguimiento.

Técnicas

Las utilizadas con mayor frecuencia son, la observación durante el pase de sala, la auditoría de historia clínica, el contacto con informantes calificados como enfermería y secretaría, la entrevista con el paciente en caso que su condición lo requiera y la entrevista familiar.

La técnica que da comienzo a la rutina diaria de la Trabajadora Social es la observación durante la recorrida de sala para la visualización de cada uno de los pacientes junto con el resto de los profesionales médicos, enfermería y kinesiología. El médico residente presenta las novedades vinculadas al evento y evolución y simultáneamente brinda información a la trabajadora social de algunas situaciones familiares, a partir de las cuales, la profesional, comienza a pensar su intervención. El origen de la intervención, entonces, se genera, en el mayor porcentaje, en función de lo que se observa en el pase de sala o del señalamiento que haga el médico u otros profesionales durante el mismo. En caso de no estar presente durante la recorrida, por algún problema personal o del servicio, se le indica al familiar que se acerque a servicio social y/o se lo informan a la profesional en la próxima recorrida.

La auditoría de Historia Clínica es una fuente importantísima de información. Y en el caso del hospital el diseño de una única historia, hoy digitalizada se constituye en el espacio de la interdisciplina como señalábamos anteriormente y facilita la obtención de datos de

identificación, intervención previa de trabajo social, información útil en el registro de otros profesionales.

Las entrevistas familiares se mantienen en consultorio y en el ámbito de internación. Si el paciente está lucido y orientado y puede comunicarse se realiza entrevista en la UCN.

“Generalmente son pacientes con dificultad para expresarse y no tengo contacto en cuanto a dialogo pero sí veo como esta, que soportes necesita; o si el paciente esta postrado, pero se expresa, sí, se dialoga con el paciente. El objetivo es conocer su red, que nos diga que red tiene, si tiene hijos, si está solo, si tiene amigos, donde vive, con quien vive. Lo ideal es que si el paciente comprende se hable con él.”

Trabajadora social de UCN

En este punto es trascendente recuperar el sentido y significado acerca de su proyecto de vida previo desde el sentido y significado que el da a su propia vida. Y en función del pronóstico ver que es lo que tiene o se presume podrá tener a cargo y que no; ya que esa será la base para comenzar a construir el apoyo. Es importante identificar a quien más cerca está, que puede no ser el que lo acompaña.

En aquellos casos en los cuales no se pueda trabajar de manera directa con el paciente se mantiene entrevista con un familiar o allegado. El campo de las mismas cubre tres dimensiones: calidad de vida previa, proyecto vital del paciente, registro de las consecuencias del evento para la vida cotidiana del paciente, capacidad de afrontamiento y disponibilidad real del paciente y la familia para comprometerse a la definición de un diseño de apoyo social viable y sostenible.

Las entrevistas familiares se realizan preferentemente en el consultorio del Servicio Social, donde se genera un contexto de mayor privacidad y confianza. Existe estadística de las mismas de modo que se ha podido pesquisar la demanda en consultorio durante el período internación 96.92 % y con posterioridad al egreso del hospital 3.8 % (ver gráfico n°23). La entrevista durante la internación se lleva a cabo con el objetivo de organizar el alta del paciente. Podemos relacionar el porcentaje altísimo con el alcance de la intervención centrada en el tratamiento, por sobre el seguimiento.

Es posible observar que un gran porcentaje de pacientes cubren los emergentes de salud y necesidades básicas, dato que tiene estrecha relación con el hecho de que se trata de personas que cuentan con cobertura médica y haber jubilatorio.

El registro de la intervención: Algunas consideraciones

Como venimos describiendo objetivos y metas del Servicio Social están encaminados al apuntalamiento social a través de la evaluación y promoción de una organización de cuidados adecuada y suficiente y de la gestión de recursos que la potencien.

Del total de pacientes ingresados con el diagnóstico de referencia el 35,26% tuvieron intervención de servicio social. No obstante los registros de la intervención en las historias clínicas no consideran las mismas variables y por tanto no pueden obtenerse indicadores de actividad que faciliten el reconocimiento de aquellos aspectos que hacen a la comprensión del paciente y de la organización familiar potencial o activada.

En relación con el sistema de soporte social podemos señalar que del total de pacientes con intervención del servicio social el 89.23% (ver gráfico n°24) registran características estructurales; en un 67.69% (ver gráfico 25) funcionales y sólo en 26.14% atributos del vínculo (ver gráfico n°26).

Misma situación se observa en los registros médicos donde también la variable “no específica” plantea igual sesgo. Con el afán de forzar correlaciones podríamos inferir linealmente que la demanda constante y progresiva y la relación negativa recurso humano población no dejan tiempo para los registros. Este hecho trae consecuencias en la caracterización del perfil del paciente en situación de internación con diagnóstico de ACV, y por tanto en los esquemas de tratamiento y definición de criterios de señalamiento y solicitud de interconsultas.

Los obstáculos de la intervención responden a condicionantes institucionales y familiares, culturales y políticos, entre los más relevantes podemos destacar:

- Recurso humano insuficiente: única profesional y carga horaria asignada limitada para atender la complejidad y que condicionan los aspectos siguientes.

- Señalamiento en ocasiones demorado, prevalentemente cuando la profesional asignada no puede concurrir al pase de sala.
- Horarios de consultorio difíciles de ubicar con posterioridad al informe médico (11.30) en función del primer enunciado.
- Periodo de internación propio de los hospitales de agudos y de las condiciones de alta médica.
- Información-comprensión insuficiente de las consecuencias prácticas para la vida cotidiana y por ende para la organización, conflictos familiares previos.
- Distancia entre el discurso jurídico y las políticas públicas y sociales insuficientes, con impacto en el sistema de salud.

El alta la determina el médico de acuerdo al tiempo de observación. En aquellos casos en los que el paciente está todavía en una situación de fragilidad, o la familia no logra procesar la situación, se deja un tiempo más para permitirle a la familia la organización adecuada.

Muchos pacientes muestran indicios compatibles con el “caso social”: la ausencia de los familiares, la falta de recursos económicos, la reacción de resistencia o rechazo propia de la comunicación de alta médica. Se entiende por “caso social” al paciente solo en la internación, o sin recursos. En determinadas circunstancias se utiliza el término “caso social” para referirse a los pacientes con suficientes recursos económicos pero con dificultades al momento de organizar el alta.

El neurólogo lo define haciendo referencia al paciente, que estando en condiciones médicas propicias para continuar la rehabilitación de manera ambulatoria, posterga el alta por una limitante extra-médica.

“El caso social cuando se escribe así, tiene otra connotación porque vos pensa que esto es un hospital privado, entonces hay formas de facturar, formas de obras sociales, entonces si uno prolonga una internación y no la justifica puede venir lo que se llama los débitos de las obras sociales o de PAMI”. Médico neurólogo.

“No acompaño el concepto. Yo creo que esta tan internalizado, tan instituido. Es lo que hablábamos recién, ¿qué concepto de salud prima en esta institución? Entonces es una

institución de segundo nivel y por más que tenga consultorios de atención primaria de la salud sigue primando un concepto de salud mecanicista y biólogo, salud como ausencia de enfermedad y las intervenciones están centradas en la enfermedad. Me parece que el servicio de medicina preventiva ha hecho una ruptura con ese concepto. También esto, cual es el modelo de atención que hay, el modelo de atención también depende del servicio. Si bien vas a tener un modelo de atención centrado en el modelo médico hay servicios que han hecho ruptura, vos tenes un servicio de nefrología donde hay un trabajo en equipo, donde el concepto de salud- enfermedad- atención están vigentes, donde las diferentes disciplinas se ponen de acuerdo, donde tienen objetivos claros. Pediatría también, hoy la internación de pediatría ha hecho un viraje relevante”. Jefa del servicio social.

“Desde lo médico lo usan cuando la familia es muy demandante o claudicante, a veces lo usan bien y otras no. Se usa cuando no hay familiar, cuando el paciente está solo o cuando viene muy sucio, el término tiene mucho prejuicio, el paciente sucio es caso social, la familia querellante es caso social”. Trabajadora social UCN.

Percepción del equipo en relación con la contribución específica de Trabajo social

En cuanto a la idea acerca de que puede ofrecer la intervención al tratamiento del paciente internado con diagnóstico de ACV los profesionales de la UCN coinciden en destacar la atención social de pacientes solos, en edad avanzada, sin contención, y/o con dificultades de organización post-alta.

Percepción de la trabajadora social acerca del espacio profesional en UCN

En relación con el diseño del esquema de tratamiento, considera que si bien “el tiempo apremia” si pudiera obtener una mayor asignación de su carga horaria, tal vez podría acceder a instalarse de manera más participativa.

“En algún momento se intentó de organizar charlas con los familiares para formarlos, con el enfermero (...) y dijeron que no (...) sería importante para mí en ese tiempito cortito que el paciente permanece en la internación el familiar pudiera al alta manejar mayor información y orientación de cómo tratar al paciente en la casa o las secuelas o la sonda

naso gástrica, soportes que se le brindan, información y propuestas difíciles de procesar en dos días”.

Aparece un reconocimiento explícito por parte de los profesionales del equipo acerca de la contribución específica que el Trabajo Social puede brindar y la profesional misma siente satisfacción por el trabajo, actitud propositiva y pertenencia al equipo de UCN y a su propio servicio. No obstante el hecho de distribuir su carga horaria entre la atención de estos pacientes y otras actividades del servicio social y que en su ausencia- a causa del recurso humano insuficiente en su propio servicio- no sea posible reemplazarla por otro profesional que pueda disponer de la misma dedicación, condiciona la posibilidad de sostener procedimientos y criterios de intervención, amplitud del campo de estudio y profundidad de algunos aspectos del diagnóstico. Este hecho afectaría el tratamiento y la viabilidad de encontrar alguna alternativa de seguimiento, la propuesta del dispositivo grupal seguramente lo es. El logro de un espacio profesional equilibrado podría contribuir tanto a fortalecer la satisfacción por el trabajo como a favorecer la interdisciplina.

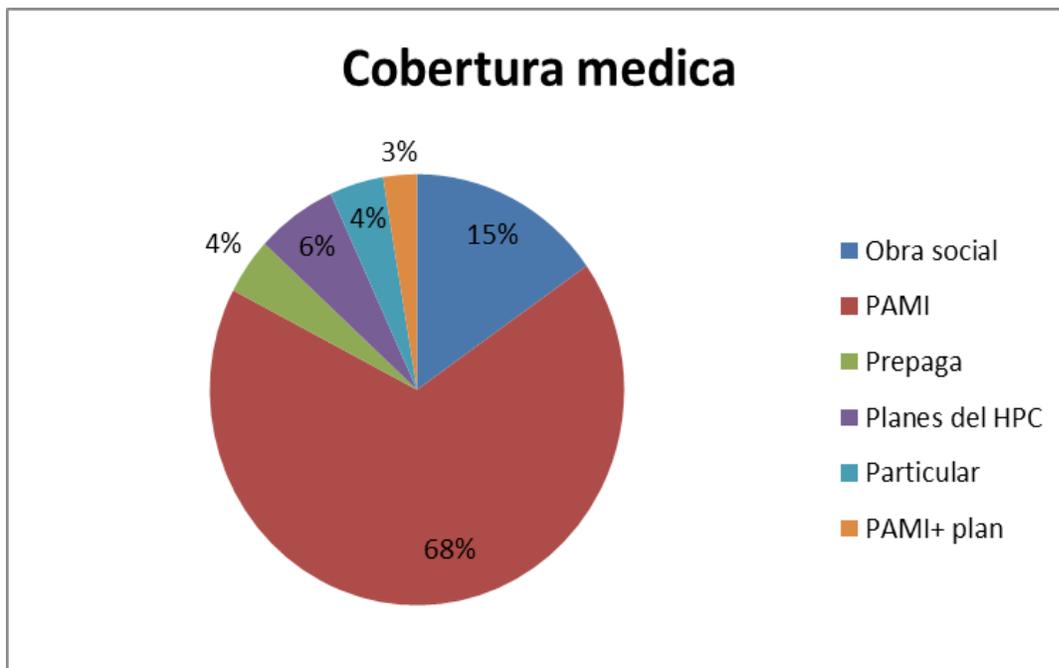
Gráficos

Cobertura medica

Tabla n°1

Etiqueta de Valor	Frecuencia	Porcentaje
Obra social	29	15.26
PAMI	128	67.37
Prepaga	8	4.21
Planes del HPC	12	6.32
Particular	5	2.63
PAMI+ plan	8	4.21
Total	100.0	100.0

Grafico n°1

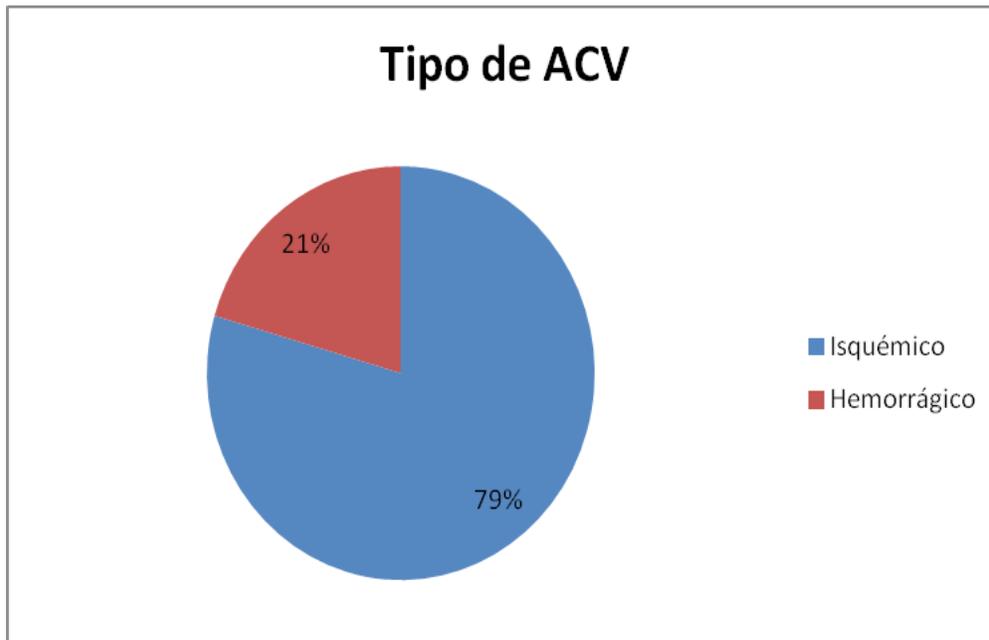


Tipo de ACV

Tabla n°2

Etiqueta de Valor	Frecuencia	Porcentaje
Isquémico	151	79.47
Hemorrágico	39	20.53
Total	100.0	100.0

Grafico n°2

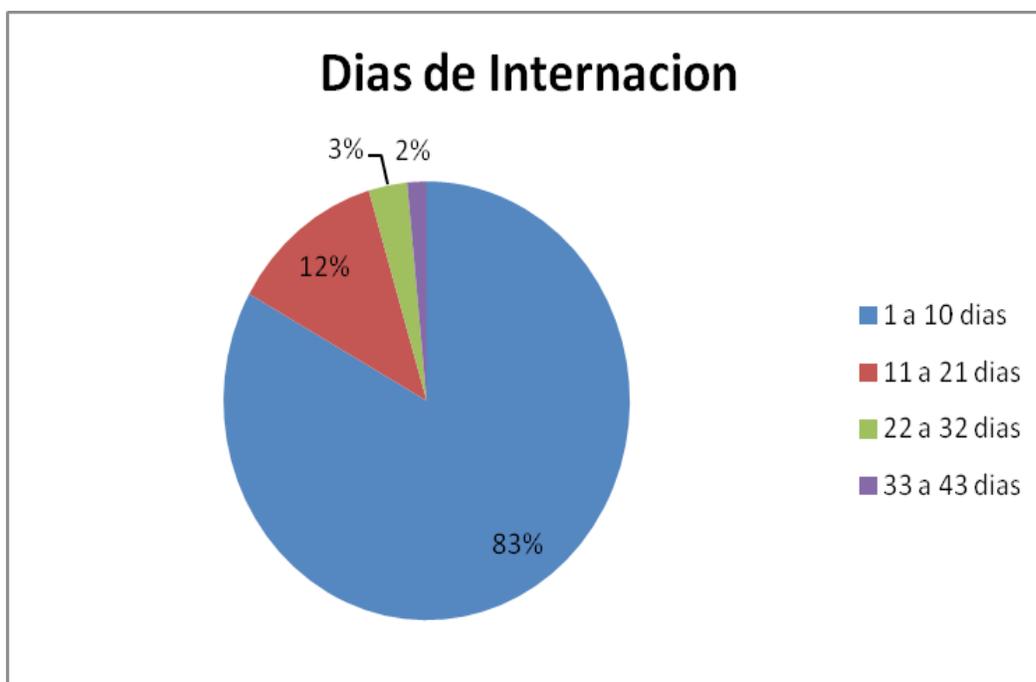


Días de internación

Grafico n°3

Etiqueta de Valor	Frecuencia	Porcentaje
1 a 10 días	54	83.08
11 a 21 días	8	12.31
22 a 32 días	2	3.08
33 a 43 días	1	1.54
Total	65	100.0

Grafico n°3

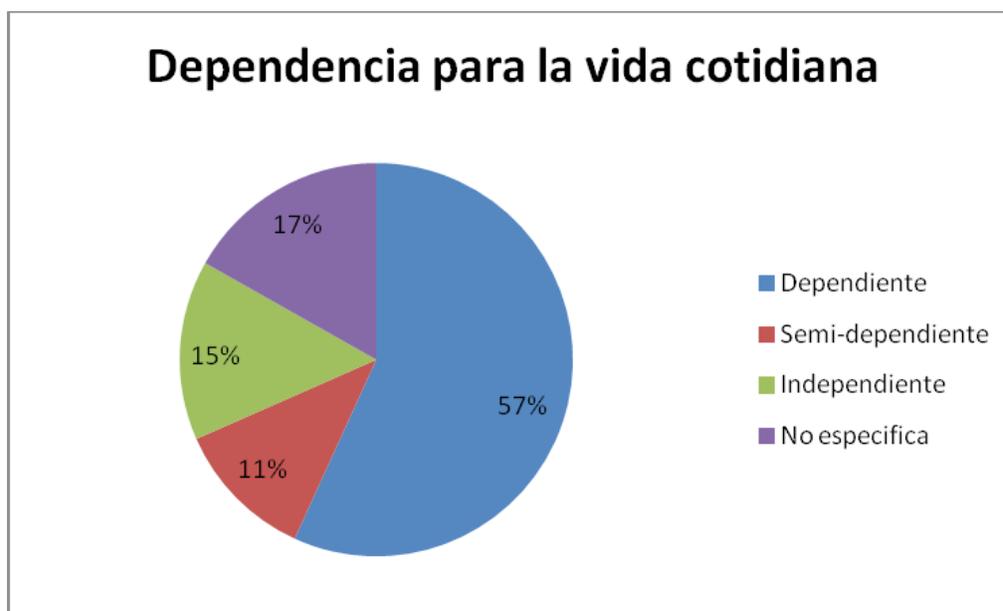


Dependencia para la vida cotidiana

Tabla n °4

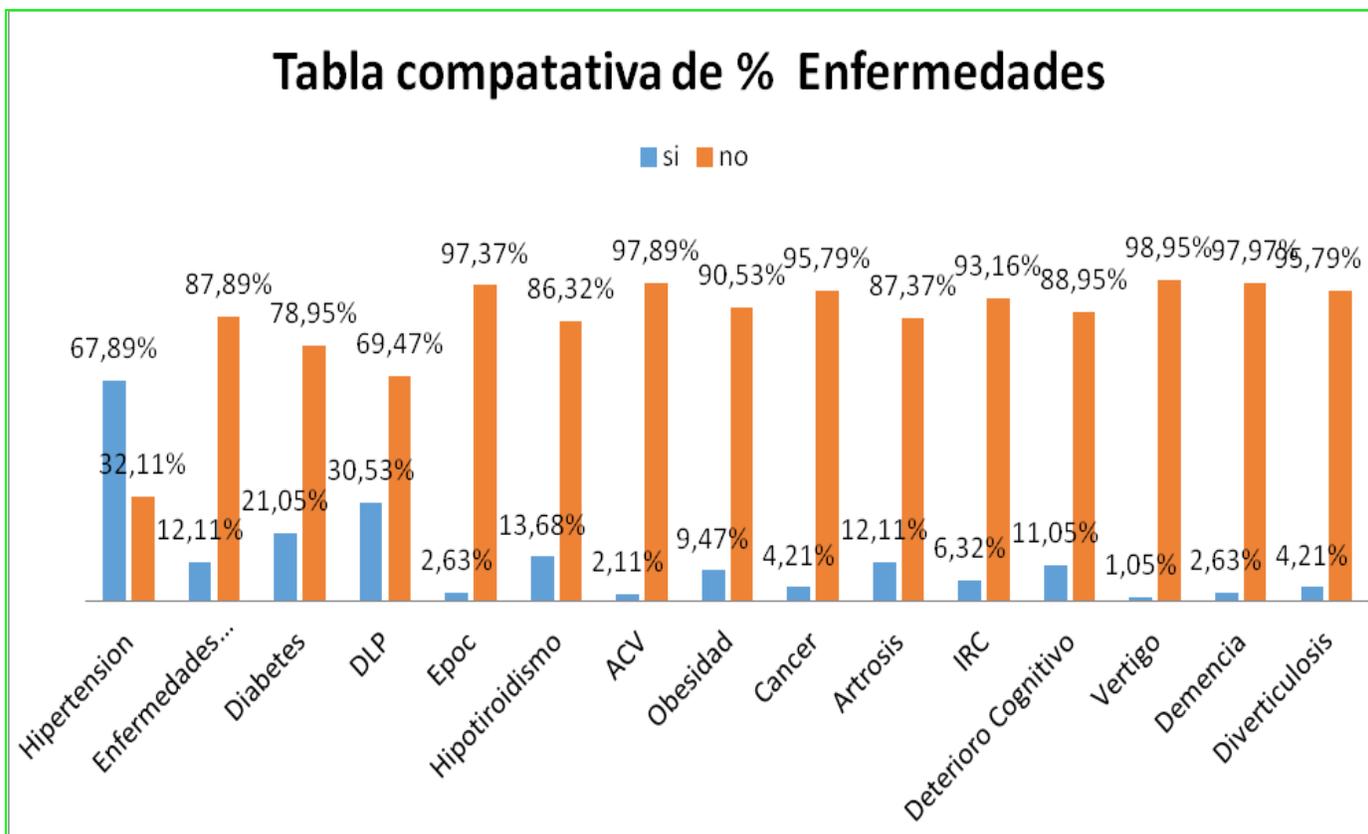
Etiqueta de Valor	Frecuencia	Porcentaje
Independiente	108	56.84
Dependiente	22	11.58
Semi-dependiente	28	14.74
No especifica	32	16.84
Total	100.0	100.0

Grafico n°4



Antecedentes de salud

Grafico n°5

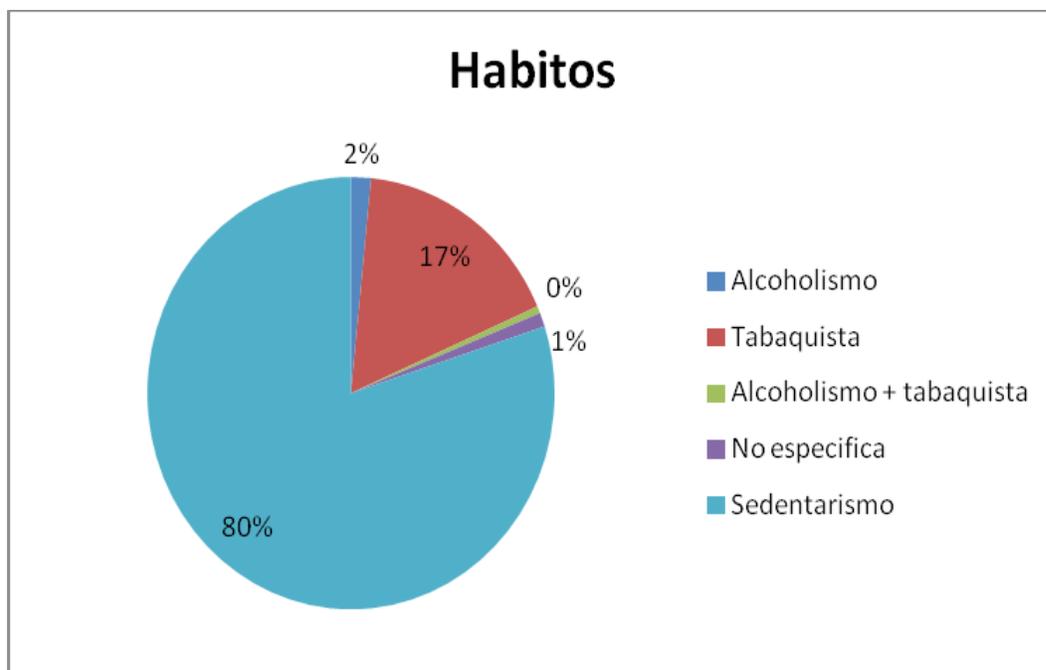


Hábitos

Tabla n°6

Etiqueta de Valor	Frecuencia	Porcentaje
Alcoholismo	3	1.58
Tabaquista	32	16.84
Alcoholismo + tabaquista	1	0.53
Sedentarismo	2	1.05
No especifica	152	80.00
Total	100.0	100.0

Grafico n°6

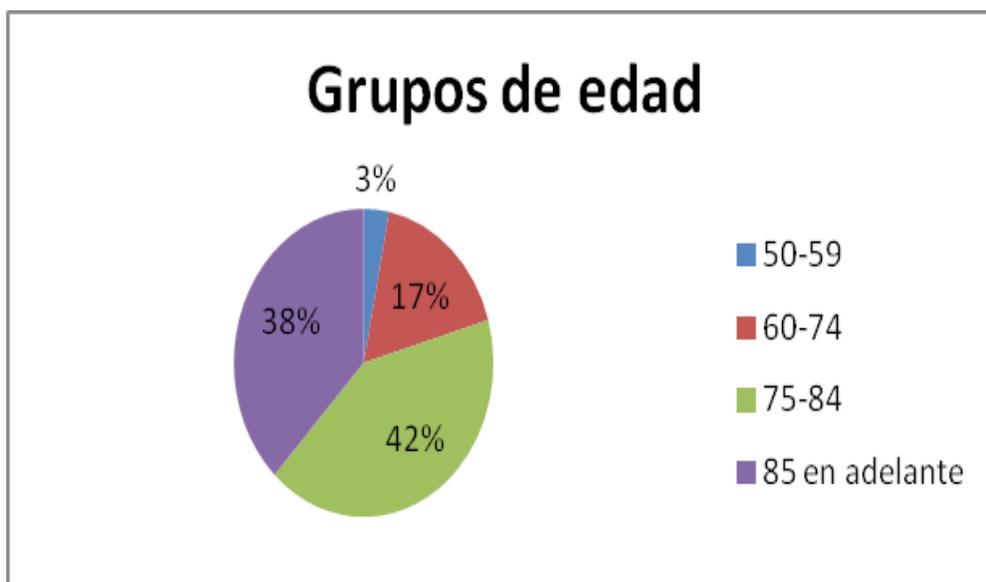


Grupos de edad

Tabla n°7

Grupos de edad	Frecuencia	Porcentaje
50-59	6	3,16
60-74	33	17,37
75-84	79	41,58
85 en adelante	72	37,89
Total	190	100

Grafico n°7

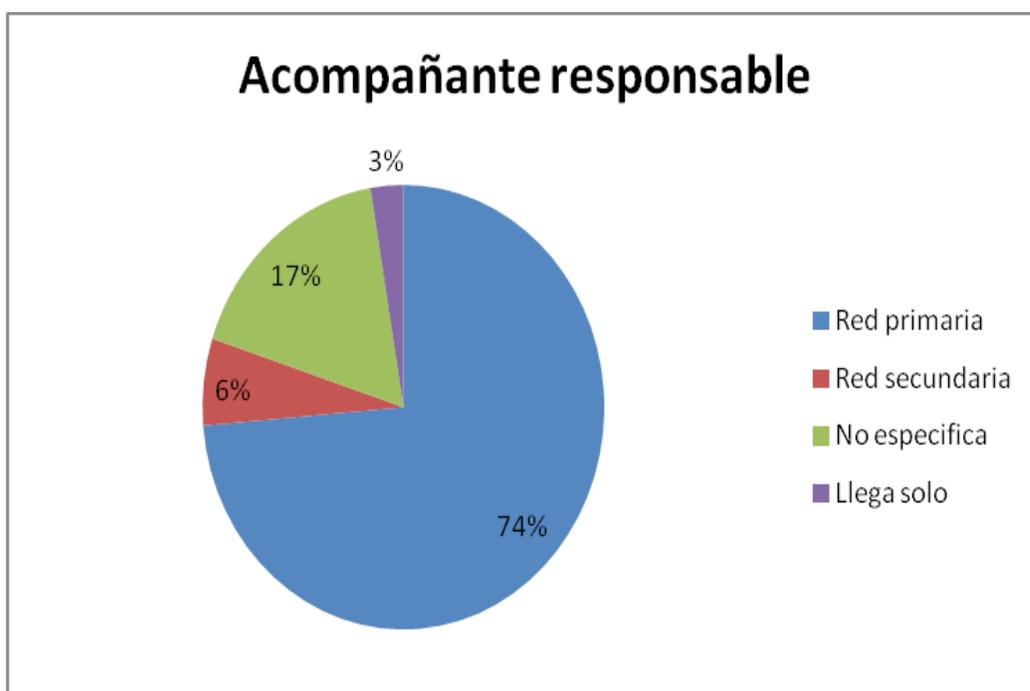


Acompañante Responsable

Tabla n°8

Etiqueta de Valor	Frecuencia	Porcentaje
Red primaria	140	73.68
Red secundaria	12	6.32
No especifica	33	17.37
Llega solo	5	2.63
Total	100.0	100.0

Grafico n°8

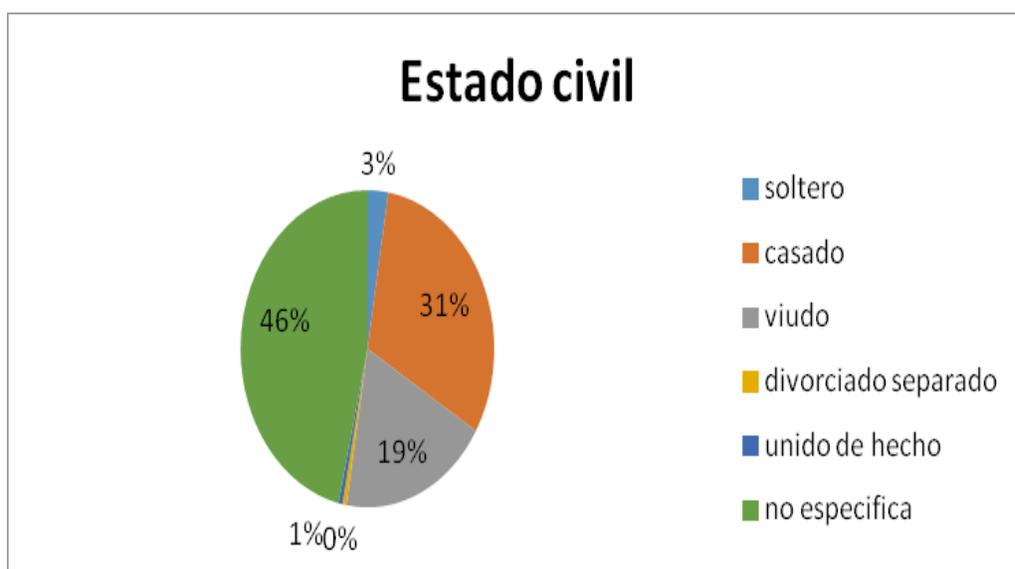


Estado Civil

Tabla n°9

Etiqueta de Valor	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	5	2.63
Casado	59	31.05
Viudo	36	18.95
Divorciado separado	1	0.53
Unido de hecho	1	0.53
No especifica	88	46.32
Total	100.0	100.0

Grafico n°9

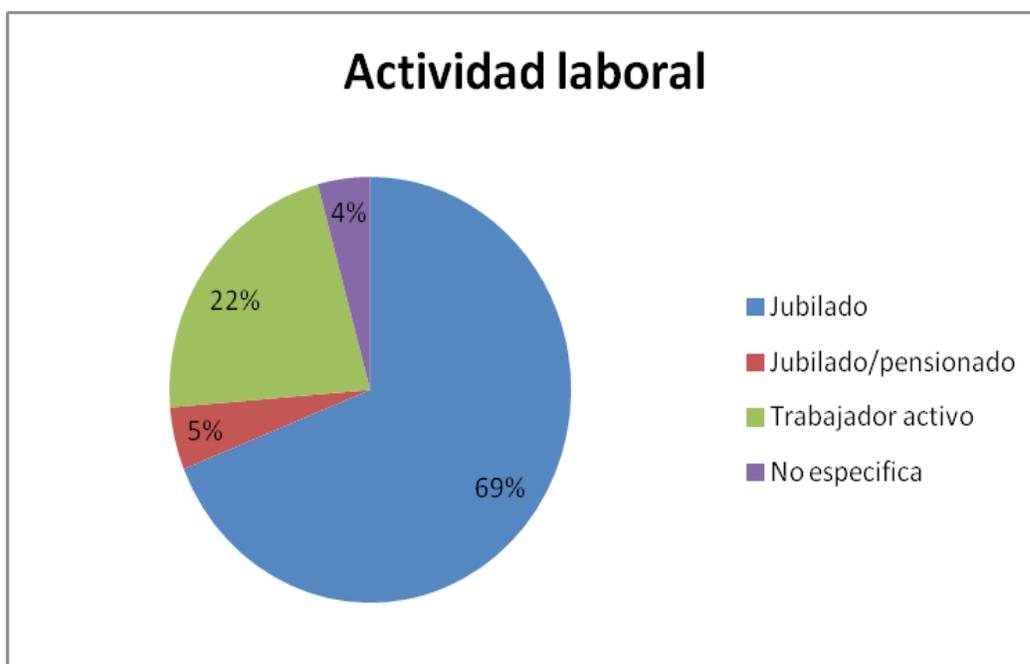


Actividad laboral

Tabla n°10

Etiqueta de Valor	Frecuencia	Porcentaje
Jubilado	131	68.95
Jubilado/pensionado	9	4.74
Trabajador activo	8	4.21
No especifica	42	22.11
Total	100.0	100.0

Grafico n°10

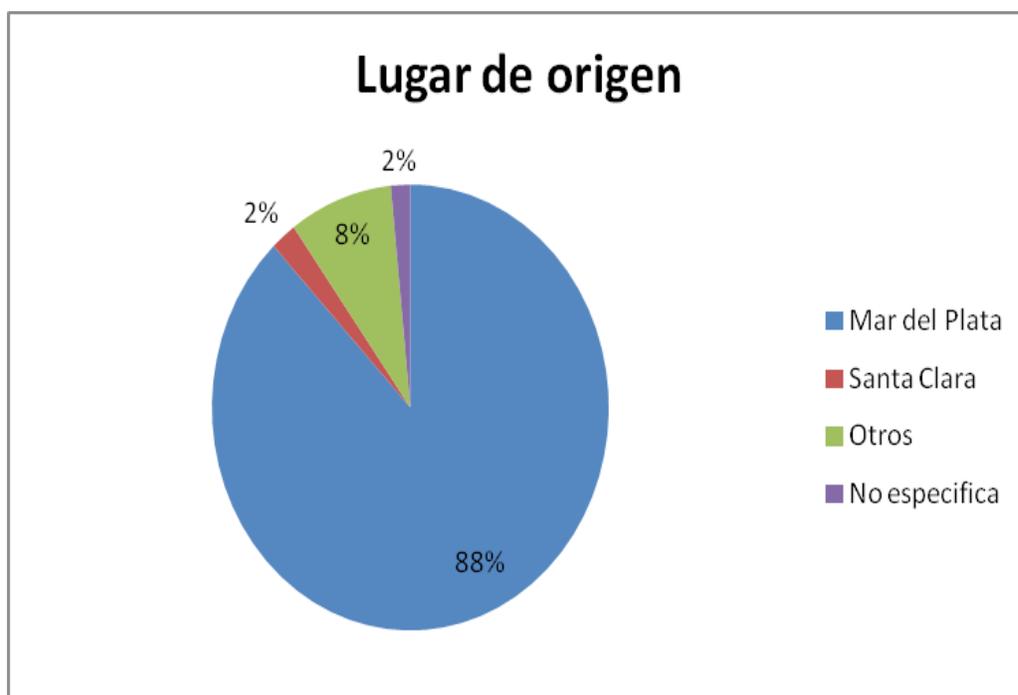


Lugar de Origen

Tabla n°11

Etiqueta de Valor	Frecuencia	Porcentaje
Mar del Plata	167	87.89
Santa Clara	4	2.11
Otros	16	8.42
No especifica	3	1.58
Total	100.0	100.0

Grafico n°11

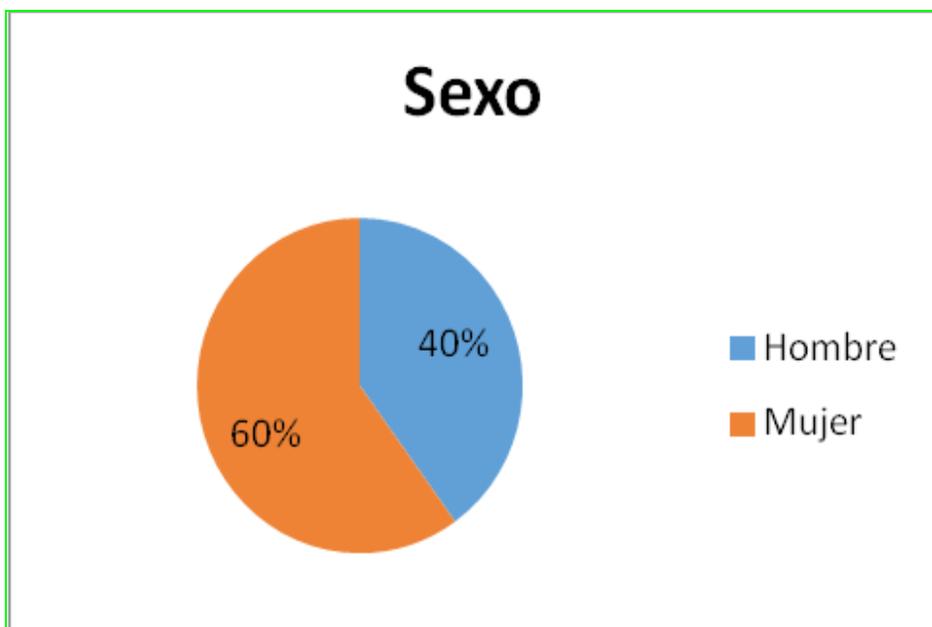


Sexo

Tabla n°12

Etiqueta de Valor	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	76	40.00
Mujer	114	60.00
Total	190	100.0

Grafico n°12

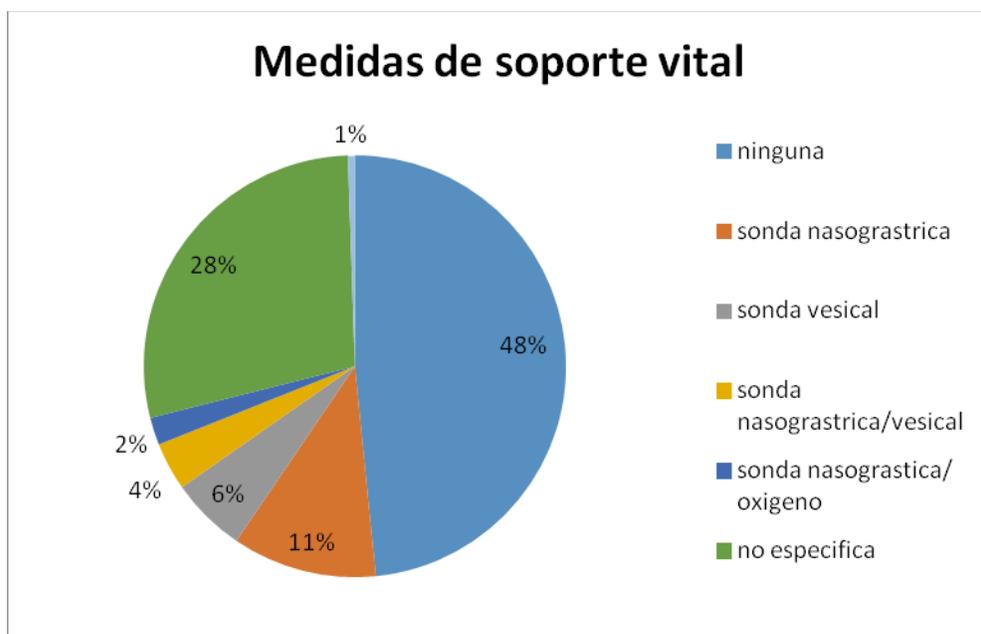


Medidas de soporte vital

Tabla n°13

Etiqueta de Valor	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	92	48.42
Sonda nasogastrica	21	11.05
Sonda vesical	11	5.79
Oxigeno	1	.53
Sonda nasogastrica y vesical	7	3.68
Sonda nasogastrica y oxigeno	4	2.11
No especifica	54	28.42
Total	100.0	100.0

Grafico n°13

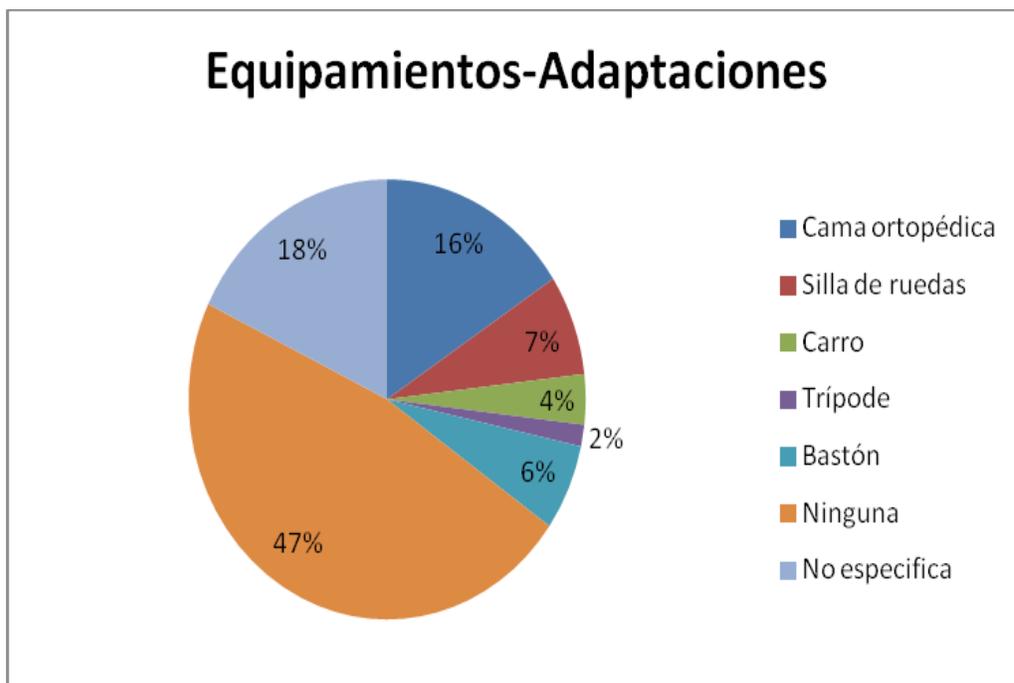


Ayuda técnica

Tabla n°14

Etiqueta de Valor	Frecuencia	Porcentaje
Cama ortopédica	30	15.79
Silla de ruedas	14	7.37
Carro	7	3.68
Trípode	3	1.58
Bastón	12	6.32
Ninguna	34	17.89
No especifica	90	47.37
Total	100.0	100.0

Grafico n°14

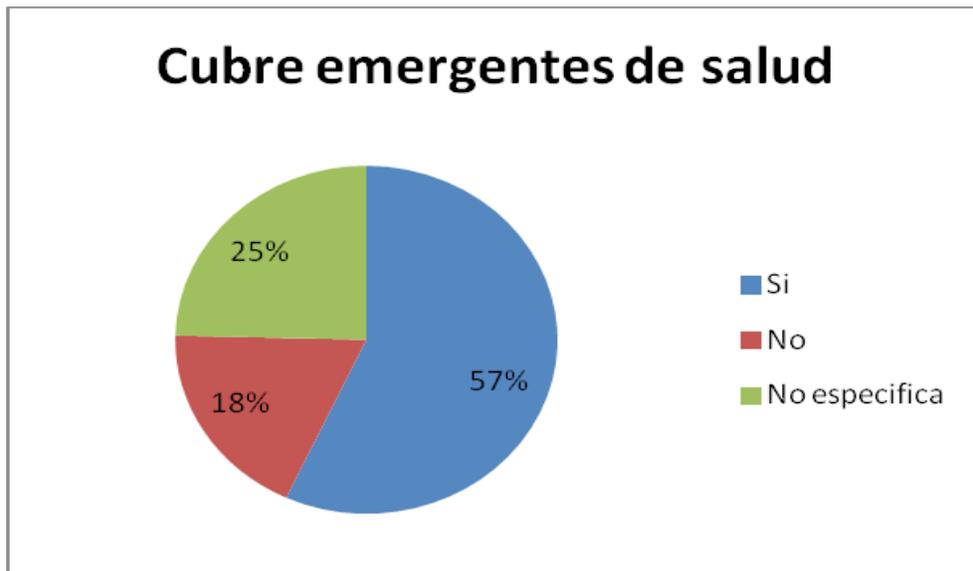


Cubre emergentes de salud

Tabla n°15

Etiqueta de Valor	Frecuencia	Porcentaje
Si	37	56.92
No	12	18.46
No especifica	16	24.62
Total	65	100

Grafico n°15

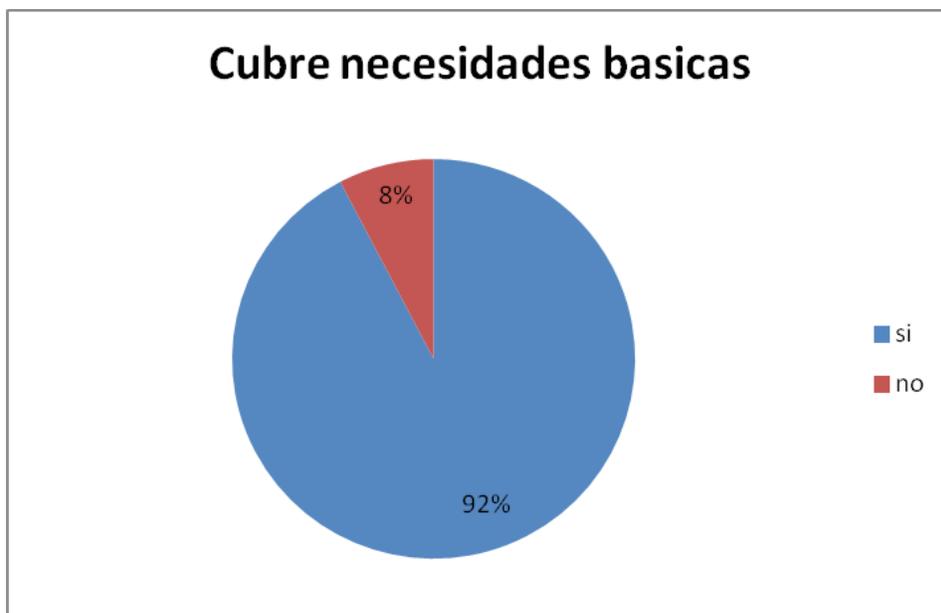


Cubre necesidades básicas

Tabla n°16

Etiqueta de Valor	Frecuencia	Porcentaje
Si	60	92.31
No	5	7.69
Total	65	100

Gráfico n°16

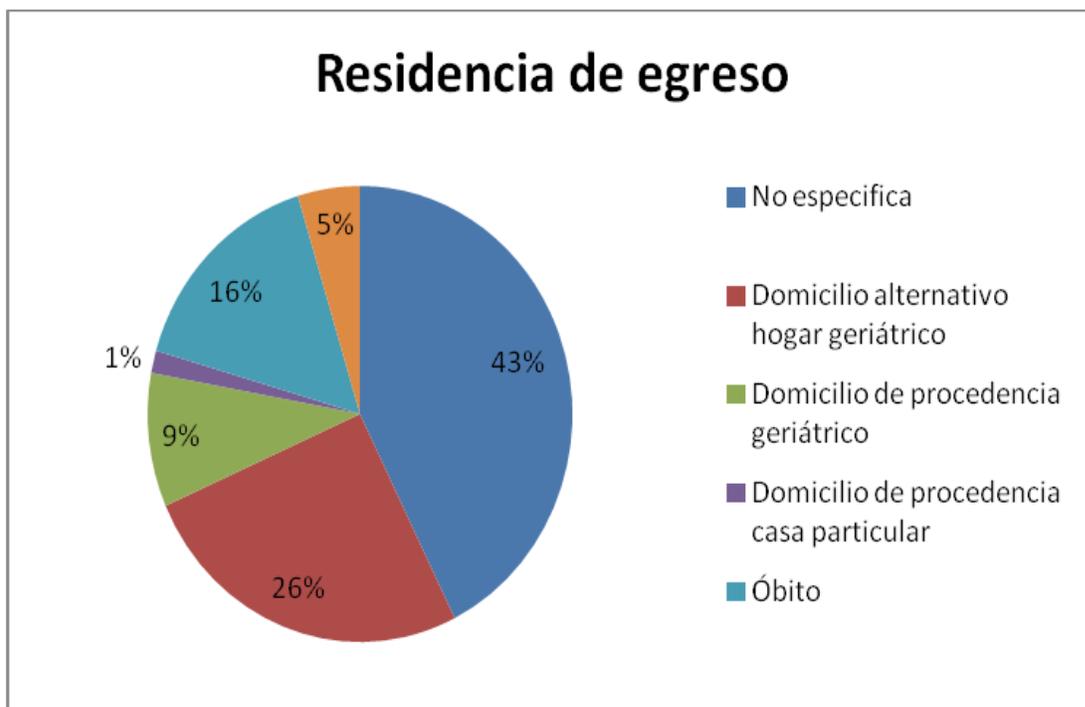


Residencia de egreso

Tabla n°17

Etiqueta de Valor	Frecuencia	Porcentaje
Domicilio de procedencia geriátrico	9	4.74
Domicilio de procedencia casa particular	49	25.79
Domicilio alternativo hogar geriátrico	18	9.47
Domicilio alternativo casa particular	3	1.58
Óbito	30	15.79
No especifica	81	42.63
Total	100.0	100.0

Grafico n° 17

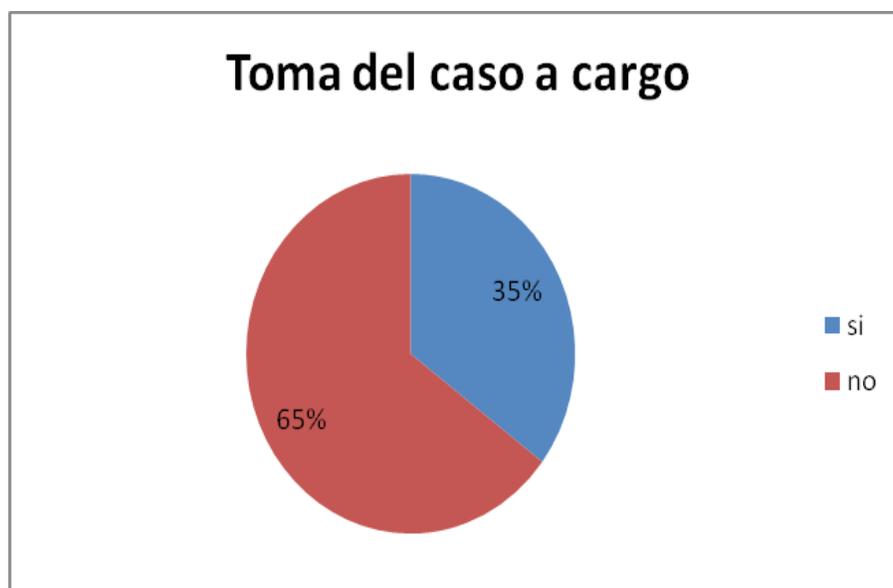


La toma del caso a cargo

Tabla n°18

Etiqueta de Valor	Frecuencia	Porcentaje
Si	67	35.26
No	123	64.74

Grafico n°18

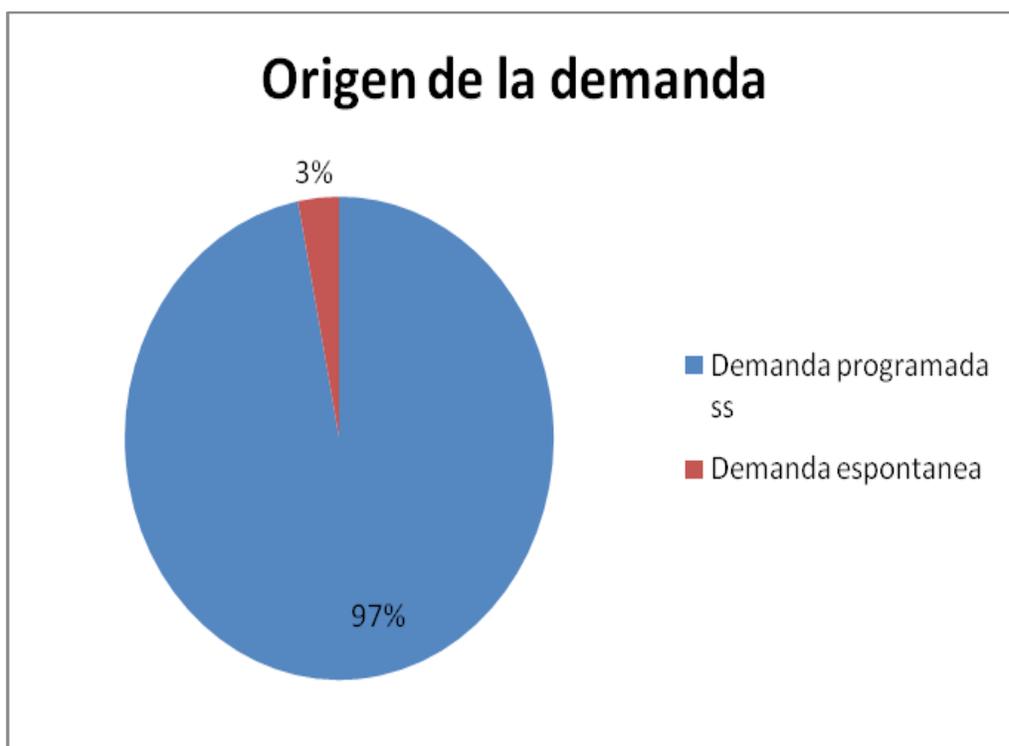


Origen de la demanda

Tabla n°19

Etiqueta de Valor	Frecuencia	Porcentaje
Demanda programada por servicio social	63	96.92
Demanda espontanea	2	3.08
Total	65	100

Grafico n °19

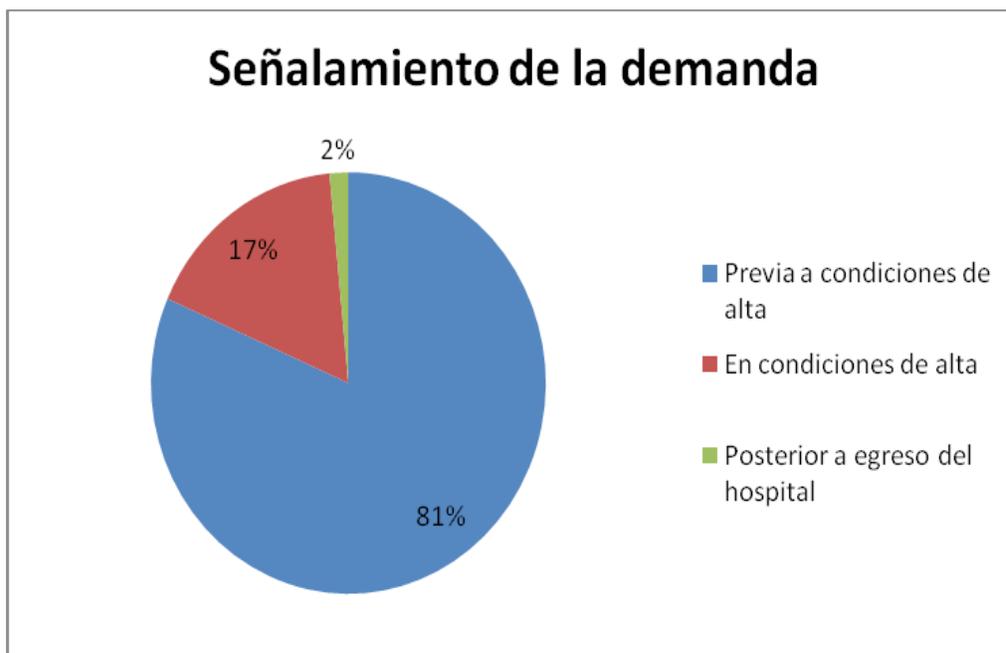


Señalamiento de la demanda

Tabla n°20

Etiqueta de Valor	Frecuencia	Porcentaje
Previa a condiciones de alta medica	53	81.54
En condiciones de alta	11	16.92
Posterior a egreso del hospital	1	1.54

Grafico n°20

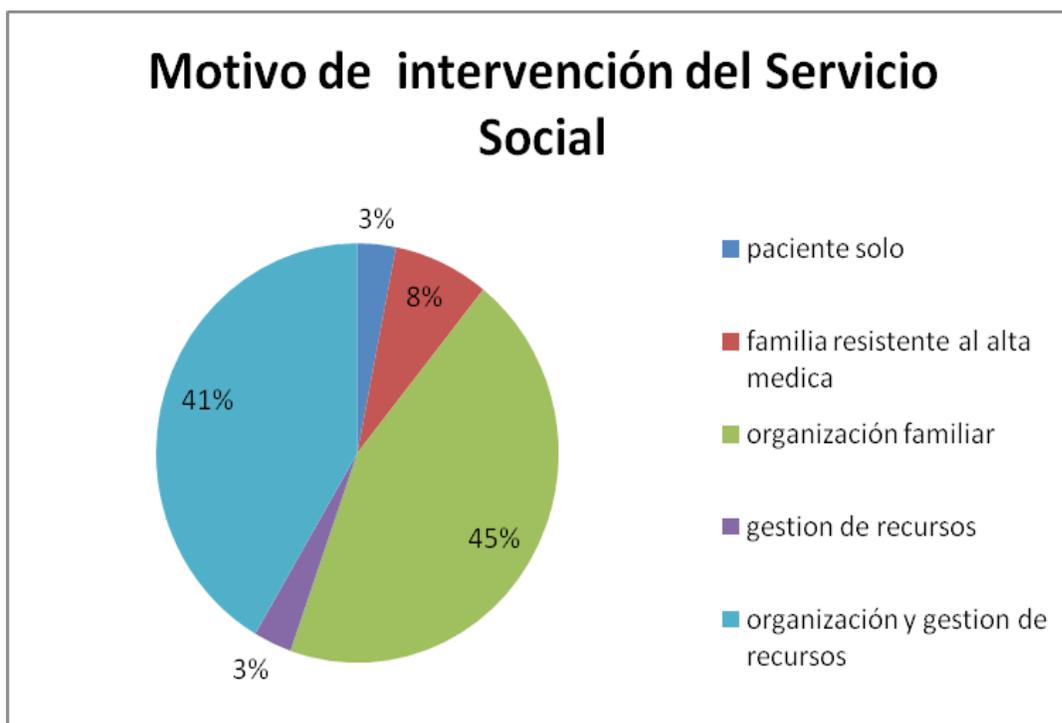


Motivo de Intervención del Servicio Social

Tabla n°21

Etiqueta de Valor	Frecuencia	Porcentaje
Paciente solo	2	3.08
Familia resistente al alta medica	5	7.69
Organización familiar	29	44.62
Gestión de recursos	2	3.08
Organización y gestión de recursos	27	41.54
Total	65	100

Grafico n°21

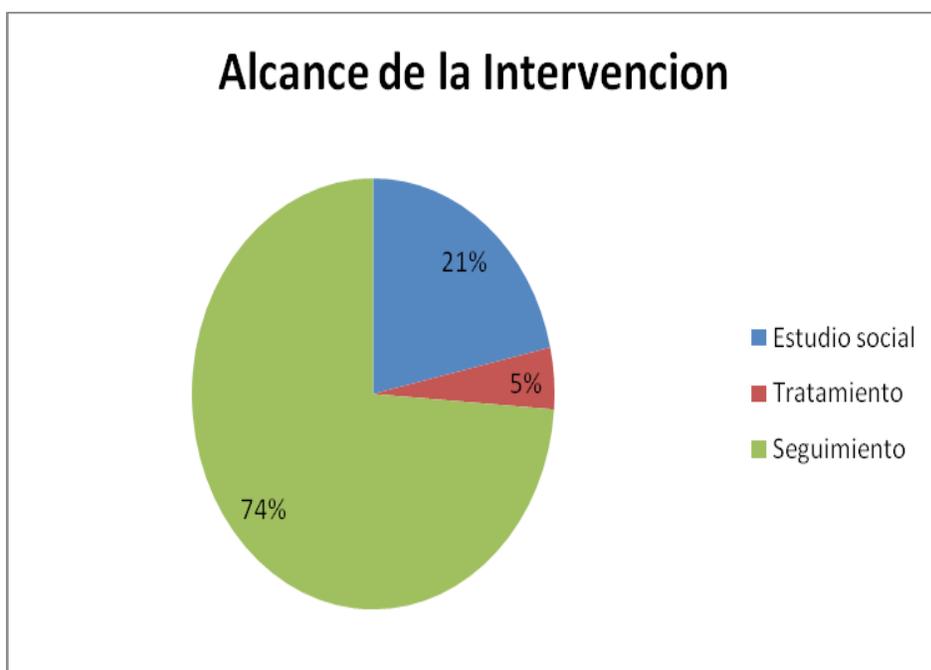


Alcance de la intervención

Tabla n°22

Etiqueta de Valor	Frecuencia	Porcentaje
Estudio social	14	21,53
Tratamiento	48	73,84
Seguimiento	3	4,61

Grafico n°22

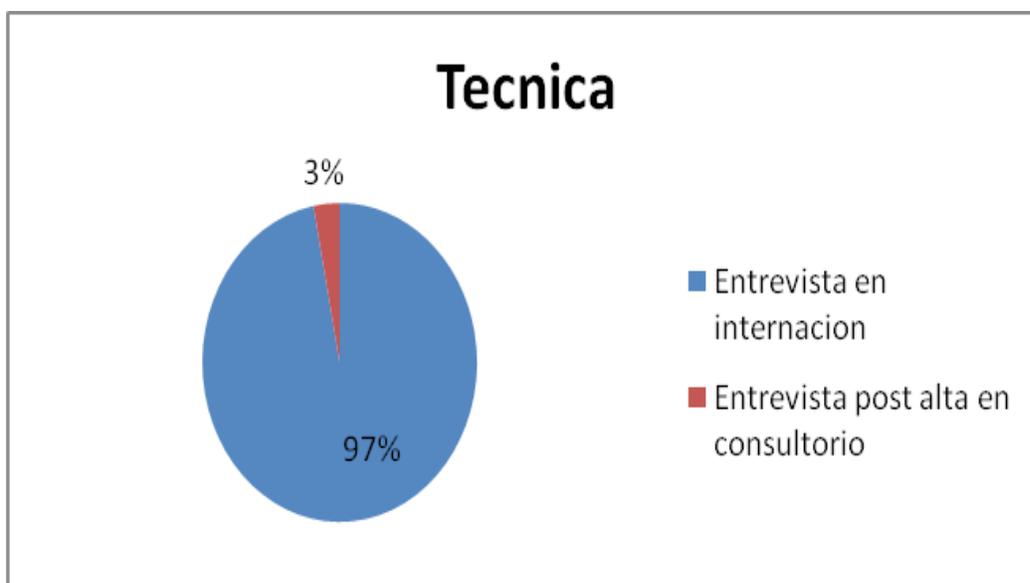


Técnicas

Tabla n°23

Etiqueta de Valor	Frecuencia	Porcentaje
Entrevista durante la internación	63	96.92
Entrevista post-alta en consultorio	2	3.8

Grafico n°23

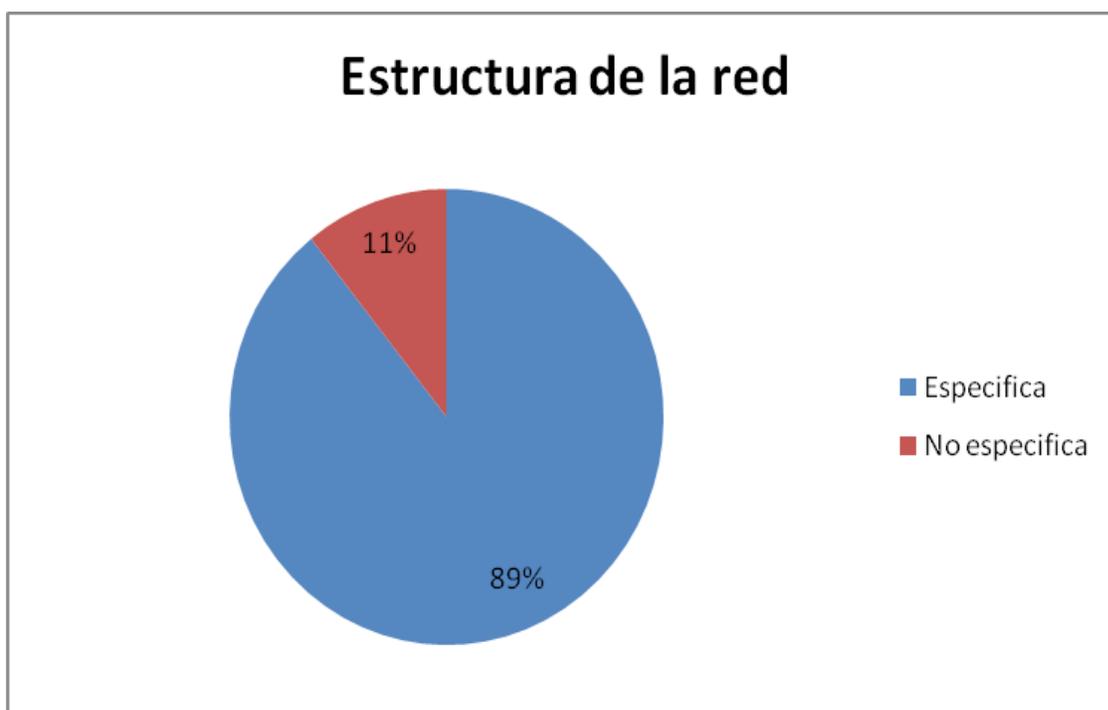


Estructura del grupo familiar

Tabla n°24

Estructura de la red	Frecuencia	Porcentaje
Especifica	169	89,23
No especifica	21	10,76
Total	190	100

Grafico n°24

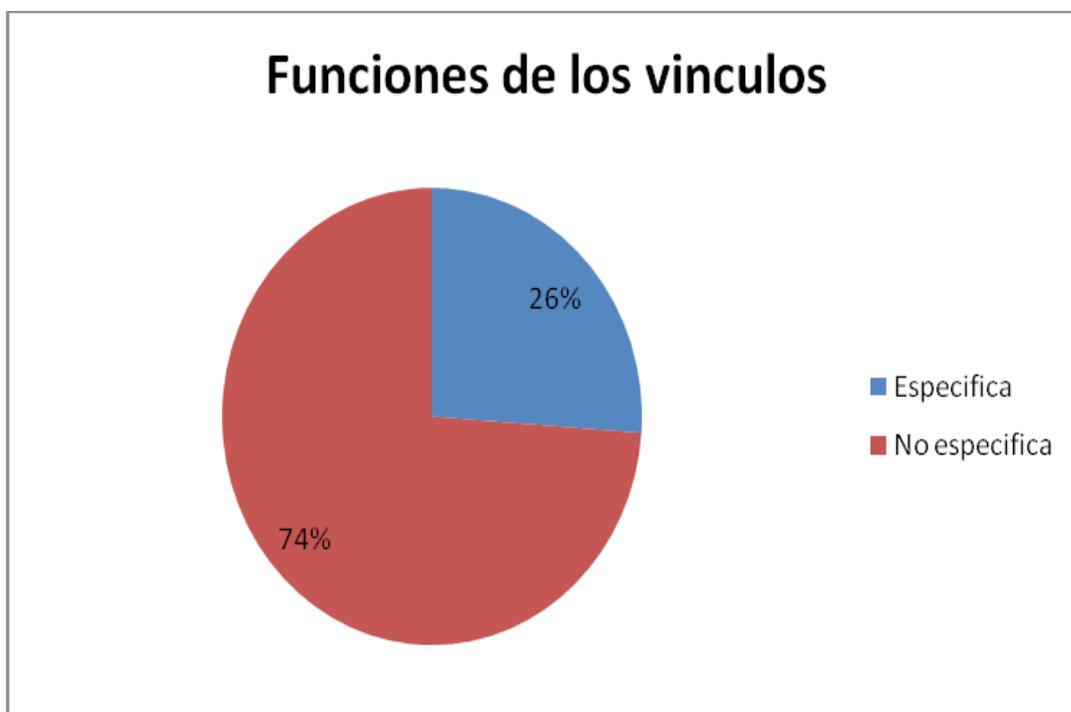


Funciones de los vínculos

Tabla n°25

Funciones de los vínculos	Frecuencia	Porcentaje
Especifica	128	67,69
No especifica	62	32,3
Total	190	100

Grafico n°25

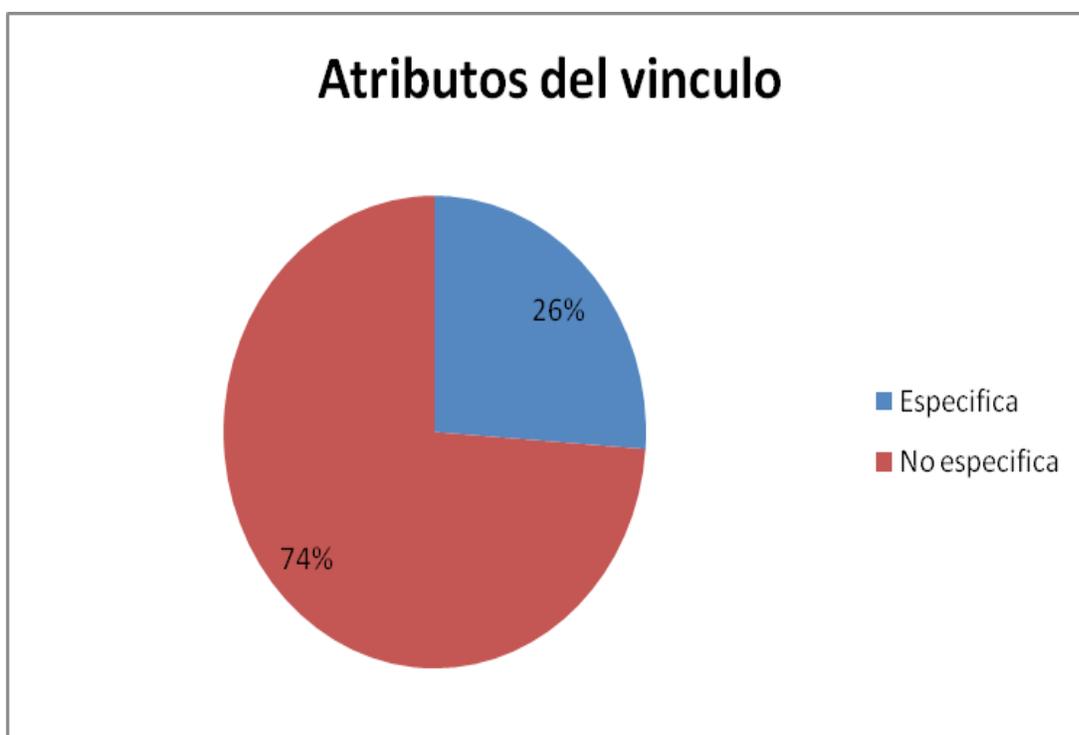


Atributos del vínculo

Tabla n°26

Atributos de los vínculos	Frecuencia	Porcentaje
Especifica	49	26,14
No especifica	141	73,84
Total	190	100

Gráfico n°26



Conclusiones finales

A continuación se plantean las apreciaciones finales con respecto a los interrogantes que originaron este estudio, de acuerdo a los datos obtenidos a lo largo de la investigación.

Podemos concluir que los pacientes internados con este diagnóstico, son personas añasas, jubiladas y en su mayoría mujeres, casadas y/o viudas. Este hecho se vincula:

-al alto número de afiliados al Programa de Atención Médico Integral en la institución de referencia;

-a las características que esta patología asume a principios de este siglo en relación con el envejecimiento de la población y la transformación del rol de la mujer;

-a las características particulares de la ciudad de Mar del Plata en cuanto a la alta incidencia de esta población derivada de la motivación a elegirla como destino posterior a la jubilación.

El servicio social es altamente calificado, el hecho de que la respuesta se haya organizado para atender prioritariamente la demanda de internación tiene que ver con la relación negativa entre recurso humano y población atendida, situación que responde; al hecho de tratarse de un hospital privado y a la estructura y organización que asumen las instituciones públicas de salud, privadas y estatales, incluidas las ONGs, influenciadas por la lógica del mercado, con tiene un fuerte énfasis en el control de los costos de las acciones que allí se realizan, rigen reglas centradas una lógica empresarial, ligadas al costo beneficio económico.

En una sociedad que se organiza desde una lógica de mercado, las personas son importantes en cuanto son productivas y cuando no producen, es como si ya no fuesen más seres humanos. Lo económico invade las relaciones sociales y ciertas prácticas interfieren el derecho ciudadano de los sujetos, agudizando fragilidades, sufrimiento y exclusión.

Resalta la percepción de los profesionales del servicio social acerca de una demanda retenida de problemáticas graves de salud que requerirían intervención social; así como de

la importancia de la promoción, prevención y atención primaria de la salud como estrategia fundamental para el sostenimiento de la salud y calidad de vida de la población.

En el caso particular de la trabajadora social de la Unidad de Cuidados de Neurologicos , la expectativa mencionada anteriormente se expresa en la intención de realizar otras intervenciones tales como dispositivos grupales de información y contención de las familias en situación de organización post alta, y la limitación objetiva de horas reales que el servicio social tiene asignadas a la UCN.

La asistencia del ACV en UCN presenta una complejidad básica que requiere de la intervención de al menos 4 especialidades (médicos neurólogos, kinesiología, enfermería y trabajador social). La estructura y organización de dicha asistencia, espacios compartidos y formas de relación estarían indicando un incipiente trabajo interdisciplinario. Para que exista interdisciplina es necesario una fertilización cruzada de métodos y conocimientos sectoriales (disciplinarios) en pos de una integración ampliada de saber, hacia “un todo” relativo, manteniendo los conocimientos de las “partes”. La interdisciplina se produce cuando hay interacción y coordinación entre los conocimientos de los representantes de diversas disciplinas en relación con algunos fenómenos concretos. Pero el hecho de que trabajo social, enfermería y kinesiología participen del proceso de evaluación, pero no de espacios formativos y de intercambio, como los espacios de ateneos de disciplinas básicos para la asistencia donde se diseñan los esquemas de tratamiento, dan cuenta de un abordaje multidisciplinario tanto en las acciones como en la percepción de los profesionales.

Trabajo social tiene supervisión en el ámbito de reuniones de equipo del servicio social; y los médicos neurólogos y residentes en los ateneos médicos. Disciplinas fundamentales cuando los enunciados de planes, programas y proyectos proponen la atención integrada e integral de las personas en situación de vulnerabilidad. En el caso que nos ocupa son frecuentes las dificultades de expresión y comprensión (afasias) y las secuelas que requieren de adaptaciones funcionales o físicas (prótesis y ortesis). Terapia ocupacional y fonoaudiología, no forman parte del equipo y solo intervienen por interconsulta. Si bien Trabajo Social es percibido como parte del servicio de UCN, la integración al mismo es de carácter físico y funcional (pase de sala y observación). No se han evidenciado emergentes

que faciliten la integración social de los profesionales sanitarios conducentes al trabajo interdisciplinario.

Se advierte que cada especialidad se aboca a diferentes aspectos que confluyen en una misma situación. Entonces, los profesionales cooperan en el abordaje de los casos que se presentan aunque de manera acotada y sin llegar a establecer un enfoque referencial común, dejando el pase diario de sala como único lugar de encuentro centrado en cuestiones de clínica médica.

Siguiendo y en relación con el espacio profesional aparece un reconocimiento explícito en el discurso médico, kinésico y enfermería de la UCN respecto de la contribución específica que el Trabajo Social puede brindar que no da cuenta de una intervención posible y viable. Por un lado, el hecho de participar diariamente de la recorrida lo aproxima a la singularidad de la complejidad social de los pacientes. Por otro, es la única trabajadora social asignada al servicio de neurología y debe distribuir su carga horaria entre la atención de estos pacientes y otras actividades del servicio social y se la requiere, además, próxima a las condiciones de alta médica del paciente, durante un periodo de 3 a 4 días. Entonces, la intervención está orientada a realizar diferentes gestiones y aportar la mayor información y mayor cantidad de recursos, generalmente con la finalidad de acelerar las condiciones precisas para el egreso de internación. Por lo tanto, el alcance de la intervención está francamente condicionado respecto de la profundidad de algunos aspectos del diagnóstico y la viabilidad del seguimiento ulterior; con lo cual el énfasis de la intervención estaría puesto en la relación “giro cama”, una evidencia más de la implicancia de la lógica del mercado y la prevalencia biológica de la concepción de salud, reduciendo la intervención del Trabajador Social a la respuesta urgente de una cuestión apremiante.

En esta misma dirección si consideramos que el mayor número de pacientes atendidos por servicio social provienen de PAMI y que es PAMI el que contrata esta modalidad de atención podríamos además señalar la distancia que existe entre el principio subyacente en el estatuto jurídico –la ley de discapacidad- y político del organismo, el cual establece “brindar a los jubilados y pensionados del régimen nacional de previsión social, del sistema integrado de jubilaciones y pensiones y sus grupos familiares, y veteranos de Malvinas, servicios sanitarios y sociales integrales integrados y equitativos, para promover, prevenir,

proteger, recuperar y rehabilitar la salud, mediante un modelo basado en criterios de solidaridad, eficacia y eficiencia; que responda al mayor nivel de calidad disponible para todos los beneficiarios, atendiendo a las particularidades e idiosincrasia propias de las diversas jurisdicciones provinciales y de las regiones del país”. Por lo que remarcamos la distancia del discurso jurídico político y la implementación de políticas, activas que concreten en las modalidades de abordaje de la salud y los recursos sociales para acompañar procesos de rehabilitación. En definitiva no se visualiza en la práctica social el espíritu de atención integrada e integral de salud ligada al concepto de calidad de vida.

Si bien los profesionales de la UCN coinciden en que la aparición del ICTUS implica una reacción de emergencia en la que se suspenden las rutinas normales y se movilizan todas las energías para afrontar el trauma durante un periodo de tiempo definido, se evidencia la limitación de la modalidad de intervención para “poner en situación” al paciente y la familia durante la internación. La contención de los emergentes requiere información suficiente y adecuada para el manejo y cuidados del sujeto que ha sufrido un ACV. El médico brinda información del diagnóstico y evolución del evento, no obstante parecen no reconocer las consecuencias prácticas en términos de las limitaciones objetivas del paciente para la vida cotidiana. Este hecho sumado al momento y modalidad de intervención del servicio social podría incidir en la resistencia familiar a aceptar situaciones de alta médica. Más aun en diferenciar condiciones de alta médica, de condiciones de alta socio-emocionales y materiales para contenerlos, y concomitantemente resistir y demorar, efectivizar el egreso del hospital. Estos casos, que en la institución se denominan “caso social”, continúan en el hospital a pesar de estar en condiciones de alta médica porque no han logrado reconocer y resolver los aspectos esenciales, relativos al soporte social post-alta, que facilite la externación.

En general, se reconoce la importancia del soporte social post-alta para la calidad de vida y recuperación del paciente, siendo que el estado de esta salud está profundamente influido por el estado de ánimo y los mecanismos de afrontamiento de diversas situaciones, sin embargo en el discurso de los profesionales, acerca de los factores que determinan el pronóstico, los obstáculos y problemáticas que presentan, y la información que se busca obtener en los primeros contactos, no se evidencia una visión integrada y complementaria

que contribuya en las acciones a la construcción de un esquema referencial común. Se observa, además, que en un porcentaje significativo no se especifican en la historia clínica, aspectos claves de la vida del paciente anterior a la irrupción del evento, como a aquellos referidos a la situación de externación del mismo. La ausencia de estos aspectos, sobre todo los referidos a las condiciones socio-familiares del paciente, tienen estrecha relación con que son registrados únicamente por el servicio social.

El estudio llevado a cabo por la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física, y el trabajo de Álvaro Moyano citados en los antecedentes de nuestra investigación, reconocen que la rehabilitación del ACV debe implicar activamente al paciente, sus cuidadores y familiares en el tratamiento y en la toma de decisiones, y destacan también como esencial el trabajo en equipo, donde incluyen al Trabajador Social como el profesional que realiza el seguimiento de las necesidades sociales durante el proceso de ACV. No obstante, se observa que en la UCN el tratamiento de los pacientes recae fundamentalmente en el médico, las disciplinas convergentes podrían aportar, cuando se las convoca a un abordaje más integral. A su vez, trabajo social como colectivo profesional no logra superar en la práctica concreta el nivel operativo de lo que otros consideran debe hacerse, por consiguiente, con excepciones más vinculadas a experiencias e inquietudes personales, el espacio de trabajo social muestra una tendencia a situarse en un lugar difuso y subsidiario.

Se concluye que en la atención del paciente con ACV el trabajador social, desde su especificidad, tiene la capacidad potencial de contribuir a un abordaje integrado e integral del paciente, a través de la evaluación de las condiciones socio-familiares y de la generación del soporte social adecuado. “Lo social” no puede considerarse una “variable asociada” más. El medio social es un campo en el que se producen y reproducen prácticas sociales, da marco, condiciona y posibilita la lectura de los procesos de salud -enfermedad- atención de las personas con las que se trabaja. Sin embargo, la organización del soporte socio familiar y el seguimiento post-alta de la adecuación del mismo a los requerimientos de la persona que ha sufrido el ACV, en lo concreto, no tiene espacio en la definición del tratamiento del equipo de UCN, ni en su implementación. Las distintas disciplinas no se articulan en un trabajo en equipo con la intención de alcanzar un objetivo común,

estableciendo una visión integral y estrategias de intervención compartidas y complementarias.

Esta limitación de las profesiones sanitarias contribuyen a un abordaje reduccionista propio del principio de la simplicidad, que no tiene en cuenta la complejidad de la situación y llevan a la construcción de un “cuerpo maquina” abstracto e idealizado, con consecuencias directas en todos los involucrados, profesionales familiares y especialmente calidad de vida y funcionamiento social del paciente. Aspecto este fundamental a la hora de evitar un nuevo evento o el abandono del tratamiento, siguiendo de esta manera una linealidad causa-efecto. Tal circunstancia tensiona la relación equipo de salud paciente y a cada uno internamente. Valga como ejemplo el relato del enfermero que se describe en la pág. 65; cuando refiere recibir, casi en forma constante, la demanda persistente del familiar que atribuye a la falta de información.

Siempre me preguntan ¿Qué se hace?, ¿Qué voy a hacer? O ¿Qué hacer? El familiar no sabe qué hacer (...). Enfermero.

No obstante, como también señaláramos, los familiares son informados diariamente acerca de la evolución del paciente

En este sentido cabría preguntarse como recepciona la familia dicha información y como vinculan la misma con las consecuencias prácticas para la atención fuera del hospital. Y si este hecho no estaría evidenciando una demanda oculta de atención social que no estaría ligada sólo a la ausencia de recursos humanos y materiales de la familia, sino a la adecuación racional de los mismos que impone la irrupción brusca de esta o cualquier otra enfermedad. Y más aún como connota el médico a cargo de brindar información a la trabajadora social en el pase de sala, la presencia o ausencia del familiar, si no habría una relación lineal entre familia presente-familia continente, familia poco presente-familia incontinente. Y si esto no estaría contribuyendo al señalamiento demorado del problema social tanto en internación como en consultorio. En esta línea nos preguntamos:

- ¿Una mirada social de la salud, integrada e integral de la atención médica no justificaría el diagnóstico médico social desde el ingreso al hospital?

- Desde el carácter privado de este hospital y la lógica empresarial de las instituciones privadas, el señalamiento tardío ¿no estaría contribuyendo a una relación negativa giro cama?
- ¿Qué porcentaje de pacientes se re internan por razones sociales y / o aumentan la demanda de atención médica por consultorios externos y urgencia?
- Cabría preguntarse si cada especialidad puede contar con un protocolo que sistematice la información esencial que debe obtenerse para una intervención sistemática y eventualmente que datos podrían contribuir a una caracterización actualizada del perfil del paciente y a la adecuación de los procedimientos necesarios de atención, señalamiento y derivación.
- En un estudio ulterior resultaría interesante indagar las re internaciones y sus causas para conocer la incidencia de la intervención social y el seguimiento como factor de sobre prestación médica. Si esto fuera así se constituiría en un argumento fuerte para fundamentar el aumento de cargos.

Interesante avanzar en el conocimiento de estas correlaciones en un estudio ulterior

Bibliografía

- Acuña, C & Chudnovsky, M. (2002). El sistema de salud en Argentina. [pdf]. Recuperado de <http://www.bibleduc.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/salud.pdf>
- Alcántara Moreno, G. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad Sapiens. *Revista Universitaria de Investigación*, vol. 9, núm. 1 pp. 93-107. Universidad Pedagógica Experimental Libertador Caracas, Venezuela. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41011135004>
- Arias Cuadrado, A. S.f. Rehabilitación del ACV: evaluación, pronóstico y tratamiento. Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Comarcal de Valdeorras. Recuperado de <http://www.galiciaclinica.info/PDF/5/81.pdf>
- Bagnati, P; Allegri, R; Kremer, J & Taragano, F. (2010). *Enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Polemos, Argentina.
- Bochi, M & Angelo, M. (2008) Entre la libertad y la reclusión: el apoyo social como un componente de la calidad de vida del binomio cuidador familiar y persona dependiente. [Power point]. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/es_02.pdf
- Bulit Goñi, L & Acuña, C. (2010). *Políticas sobre la discapacidad en la Argentina: el desafío de hacer realidad los derechos*. Siglo veintiuno, Argentina.
- Brescacin, L. (2013). Riesgo de discapacidad e institucionalización luego de un accidente cerebrovascular o un ataque isquémico transitorio. Recuperado de <http://www.medicinageriatrica.com.ar/viewnews.php?id=EFIkFZApVkKYluBoZk>
- Carod Artal, F (1998). Percepción de la calidad de vida y gasto socio sanitario en supervivientes de un Ictus y en sus cuidadores principales. (Tesis de Doctorado,

Universidad Complutense de Madrid). Recuperado de <http://biblioteca.ucm.es/tesis/19972000/D/0/D0097901.pdf>

- Cazzaniga, S. (1997). El abordaje desde la singularidad. Cuadernillo temático N° 22.
- Cazzaniga, S (2006) Hilos y nudos. La formación, la intervención y lo político en el Trabajo Social” Ed. Espacio, Bs. As.
- Chadi, M. (2007). *Redes sociales en el Trabajo Social*. Espacio, Argentina.
- Código de Ética de Trabajadores Sociales. Recuperado de: <http://www.colegiodetslaplata.org.ar/Legislacion/CodigoEtica/CodigoEtica.pdf>
- Concha, A., Olivares, L. & Sepúlveda, M. (2000). Redes sociales en la tercera edad. [pdf.] *Introducción*. (pp. 1-4). Recuperado de <http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/DESAR017.pdf>
- Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires (2012) .Dimensión técnico instrumental y ético político. Su tensión en la práctica profesional del Trabajo Social. Recuperado de: http://catspba.org.ar/?p=757#_ftn3
- Comisión Nacional Asesora para la Integración de las Personas con Discapacidad. Marco jurídico. Recuperado de: <http://www.conadis.gov.ar/marco.html>
- Cotignola, S. (2012). *Discapacidad: Obras Sociales y Empresas de Medicina Prepaga*. Sus Obligaciones en Materia de Salud. Cobertura. Recuperado de: <http://www.laautenticadefensa.net/9539>
- Couso Seoane, C. & Turtós Carbonell, L.(2004). El hombre universal. ¿Cómo nos interesamos por la vejez? Trabajo social y Tercera Edad. pp.9. Recuperado de <http://ojs.uo.edu.cu/index.php/stgo/article/viewFile/14504301/841>
- Dabas, E. (1997). *Redes de redes. Las prácticas de la intervención en redes sociales*. Paidós, Argentina. Recuperado de:

<http://www.denisenajmanovich.com.ar/upload/La%20organizaci%C3%B3n%20en%20redes%20de%20redes%20y%20organizaciones.pdf>

- Dabas, E & Najmanovich, D. (s.f). Una, Dos, muchas redes: itinerarios y afluentes del pensamiento y abordaje en redes. Recuperado de http://www.denisenajmanovich.com.ar/htmls/0600_biblioteca/palabrasclaves_filtro.php?p=redes
- Danel, P. (s.f). Las prestaciones de los geriátricos en la Provincia de Buenos Aires: El caso de los hogares de La Plata y Chascomús (periodo 2005-2007). (Tesis de Maestría, Universidad Nacional de La Plata). Recuperado de http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/29366/Documento_completo_.pdf?sequence=1
- Diéguez, A. & de los Reyes, M. (1999, Octubre). Institucionalización del anciano y cuidadores familiares. Ponencia presentada en XIV Congreso Argentino de Logoterapia, Mar del Plata, Argentina.
- Duarte, E; Et Al. (2009).Rehabilitación del ictus: modelo asistencial. Sociedad Española de rehabilitación y medicina física. Recuperado de www.elsevier.es/rh
- Duran, M. El proyecto ético- político del Trabajo Social: Aportes para la construcción de un proyecto profesional crítico desde la intervención en procesos de salud-enfermedad mental. Recuperado de: http://www.trabajosocialmalaga.org/archivos/revista_dts/51_7.pdf
- Eroles, C. (1997). *Los derechos humanos. Compromiso ético del trabajo social*. Espacio, Argentina.
- Fernández, E; Ramirez, M; Alvarez, M & Buergo, Z. (s.f). Validación de la escala de calidad de vida para el Ictus (ECVI-38). [pdf.] Recuperado de <http://www.neurologia.com/pdf/Web/4603/z030147.pdf>

- Fernández, E. et al. (s.f). Desarrollo de una escala de calidad de vida en los supervivientes de un Ictus. [pdf]. Recuperado de <http://www.neurologia.com/pdf/Web/3910/r100915.pdf>
- Fernández Vecchio, L; Grondona, G; Ismach, S; Madeira, S & Riqué, D. (2009). La Actuación Profesional del Trabajo Social en el Servicio de Urgencias de un Hospital Público. Recuperado de http://trabajosocial.sociales.uba.ar/web_revista_2/pdf/5_madeira.pdf
- Fossini, S. (2005). Trabajo social y política. Argentina. Recuperado de www.ts.ucr.ac.cr
- García, H & Madrigal, R. (1999). *Redes sociales y vejez: apoyo social formal e informal en el área Metropolitana de Monterrey*. Universidad Autónoma del Estado de México. Toluca México. pp.217- 242.
- Gómez-Busto, F. (s.f) La familia ante las demencias y otras enfermedades progresivas. Recuperado de <http://www.paliativossinfronteras.com/upload/publica/libros/familia-en-la-terminalidad/010-LA-FAMILIA-ANTE-LAS-DEMENCIAS-Y-OTRAS-ENFERMEDADES-PROGRESIVAS-MEZ%20BUSTO.pdf>
- Guber, R. (2004). *El Salvaje Metropolitano*. Paidós, Buenos Aires.
- Guerrini, M. (2010). La vejez. Su abordaje desde el Trabajo Social. *Revista Margen*, 57,1-2. Recuperado de <http://www.margen.org/suscri/margen57/guerrini57.pdf>
- Glomba, M; Aranciaga, I. Recuperando categorías para pensar lo ético-político en el Trabajo Social. De ideologías y utopías también se vive. Recuperado de <http://trabajosocial.sociales.uba.ar/jornadas/contenidos/44.pdf>
- Hamilton, G (1974) Teoría y práctica del trabajo social de casos. Editorial Fournier, México.

- Isla Pera, P. (2000). *El cuidador familiar: una revisión sobre la necesidad del cuidado doméstico y sus repercusiones en la familia*. Departament d'enfermeria de salut pública, salut mental i materno infantil. Escola Universitaria d' Infermeria, Campus de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat.
- Kisnerman, N. (1998). *Pensar el Trabajo Social. Una introducción desde el construccionismo*. Humanitas, Buenos Aires.
- Madrid, Ministerio de sanidad y política social, (2009). Estudio sobre la calidad de vida de pacientes afectados por determinadas patologías.
- Matusdevich. (1998). *Envejecimiento o institucionalización geriátrica*. Atuel, Buenos Aires.
- Mala, L & Costa, P (2007). Evaluación neuropsicológica de calidad de vida (ENCV) en pacientes con enfermedad vascular cerebral (ECV). *Revista Galego-Portuguesa de psicología e educación*, 15, 2,1-9. Recuperado de http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/2183/7079/1/RGP_15-4.pdf
- Ministerio de Salud aconseja evitar los factores de riesgo de ACV y actuar con rapidez Recuperado de http://www.msal.gov.ar/prensa/index.php?option=com_content&view=article&id=2223:ministerio-de-salud-aconseja-evitar-los-factores-de-riesgo-de-acv-y-actuar-con-rapidez-ante-los-sintomas&catid=6:destacados-slide2223#sthash.A7RbuMQG.dpuf
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud. Fer/Edigrafos, España.
- Moyano, A. (2010) El Accidente Cerebro Vascular desde la mirada del rehabilitador. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*. 21, 348-355. Recuperado de http://www.redclinica.cl/HospitalClinicoWebNeo/Controls/Neochannels/Neo_CH6_258/deploy/accidente_cerebrovascular_desde_mirada_rehabilitador.pdf

- Ley 24.901. Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad. Diciembre 2 de 1997.
- Ley 22.431. Sistema de protección integral de los discapacitados. Buenos Aires. Marzo 16 de 1981.
- Londoño Palacio, L & Chaparro Borja, P. (2011). Condiciones de hábitat y percepción de los estados de salud. Conceptos categoriales emergentes. [pdf]. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772011000200002&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
- López, E (2012). Síntomas de duelo en familiares de personas con daño cerebral adquirido. Federación española de daño cerebral. Recuperado de <http://fedace.org/sintomas-de-duelo-en-familiares-de-personas-con-dano-cerebral-adquirido/>
- Lourido, B (2008). Entre lo ideal y las realidades: la fisioterapia en la atención primaria domiciliaria. (Tesis de Doctorado, Universitat de les Illes Balears). Recuperado de <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/9395/tbpl1de1.pdf?sequence=1>
- Onocko Campos,R (2004)*Humano demasiado humano: un abordaje del malestar en la institución hospitalaria.* Recuperado de: <file:///C:/Users/usuario/Downloads/ONOCKO%20%20Humano%20demasiado%20humano.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud.* Documentos básicos, suplemento de la 45ª edición, pp. 1. Recuperado de www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

- Parra, G. (s.f). El objeto y el trabajo social. Algunas problemáticas a la problemáticas del objeto en el trabajo social. Recuperado de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/pela/pl-000419.pdf>
- Perlman, H. 1965. El trabajo social individualizado. Ed rialp SA.
- Rehabilitación Después De Una Apoplejía. (2012). Recuperado de <http://www.elencicopedista.com.ar/rehabilitacion-despues-de-una-apoplejia/>
- Rodríguez Marín J.; Pastor, A. & López Roig, S.(1993) Afrontamiento, Apoyo social, Calidad de Vida y Enfermedad. *Psicothema*, 5, pp. 340-372. Recuperado de <http://www.psicothema.es/pdf/1148.pdf>
- Rodríguez Marín, J; Pastor, M & Lopez Roing, S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5, pp. 349-372. Universidad de Oviedo. Oviedo, España. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx>
- San Giacomo Osvaldo (1997). Trabajo social profesional: el método de la comunicación racional. Capítulo: Construcción del objeto y comunicación racional. Humanitas. Bs. As.
- Sluzki, Carlos. (1998). Red social. Frontera de la práctica sistémica. Gedisa. Barcelona.
- Souza Minayo, C; Ferreira Deslandes, S; Cruz Neto, O & Gomes, R. (2007). *Investigación Social. Teoría, método y creatividad*. Lugar editorial, Buenos Aires.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de Vida relaciona con la salud: aspectos conceptuales. [Power point]. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071795532003000200002&script=sci_arttext#
- Scribano, A. (2008). *El proceso de investigación social cualitativo*. Prometeo, Buenos Aires.

- Tartaglino, M; Ofman, S & Stefani, D. (2010). Sentimiento de sobrecarga y afrontamiento en cuidadores familiares principales de pacientes con demencia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, pp. 221-226. Fundación Aigle, Argentina. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921798003>
- Travi, Bibiana. (2006). La dimensión técnico – instrumental en Trabajo Social. Reflexiones y propuestas acerca de la entrevista, la observación, el registro y el informe social. Espacio, Buenos Aires.
- Tu espacio jurídico. (2015, 26 de Junio). Normativa vigente en materia de derechos de las personas con discapacidad. Revista jurídica online. Recuperado de: <http://tuespaciojuridico.com.ar/tudoctrina/2015/06/26/normativa-vigente-vigente-ampara-los-derechos-las-personas-discapacidad/>
- Vélez Restrepo, L. (2003). *Reconfigurando el Trabajo Social. Perspectivas y tendencias contemporáneas*. Espacio, Buenos Aires. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41011135004>

Anexo 1

Entrevista semidirigida a un informante calificado medico asignado al Servicio de Neurología

Dimensiones	Subdimensiones	Indicadores
Datos de base	Objetivos generales Tipo de población y cantidad que atienden	
Configuración disciplinar	Estructura	¿Con que profesionales cuenta? ¿Qué cantidad de horas dedica cada especialidad?
	Funciones	Funciones y responsabilidad asignadas
	Relaciones	¿Qué encuentros formales tiene el Servicio de Neurología? ¿Con que frecuencia y finalidad? ¿Cómo tiene y brinda información de los pacientes? ¿Qué apoyos contribuyen a la satisfacción y eficiencia profesional? ¿De quienes los recibe? ¿Considera suficiente el espacio que asume el servicio de enfermería dentro del tratamiento?
Abordaje de las problemáticas	Especificidad	¿Cuáles son los cuidados diarios para los pacientes? ¿Que obstáculos tiene para brindarlos?
	Origen de la demanda	¿En qué momento tiene el primer contacto?

	Problemáticas recurrentes	<p>¿Qué tipo de problemáticas presentan los pacientes internados con pronóstico de ACV?</p> <p>¿Cuáles se manifiesta con mayor frecuencia?</p> <p>¿Qué aspectos se relacionan con el pronóstico del paciente?</p>
	Elegibilidad	<p>¿Qué profesionales los recibe y que información se busca obtener en los primeros contactos con el paciente?</p>
Intervención del Servicio Social		<p>¿Ante que circunstancias solicita la intervención del Trabajador social?</p> <p>¿Qué hace el Trabajador social?</p> <p>A su criterio ¿Habría algo más que pudiese hacer? De ser así ¿Porque cree que no lo hace?</p>

Anexo 2

Entrevista semidirigida a un informante calificado enfermero asignado al Servicio de Neurología

Configuración disciplinar	Estructura	¿Con que recurso humano cuenta enfermería?
	Funciones	Funciones y responsabilidad asignadas
	Relaciones	<p>¿Qué encuentros formales tiene el Servicio de Neurología?</p> <p>¿Con que frecuencia y finalidad?</p> <p>¿Cómo tiene y brinda información de los pacientes?</p> <p>¿Qué apoyos contribuyen a la satisfacción y eficiencia profesional? ¿De quienes los recibe?</p> <p>¿Considera suficiente el espacio que asume el servicio de enfermería dentro del tratamiento?</p>
	Especificidad	<p>¿Cuáles son los cuidados diarios para los pacientes?</p> <p>¿Que obstáculos tiene para brindarlos?</p>
Abordaje de las problemáticas	Origen de la demanda	¿En qué momento tiene el primer contacto?
	Problemáticas recurrentes	<p>¿Qué tipo de problemáticas presentan los pacientes internados con pronóstico de ACV?</p> <p>¿Cuáles se manifiesta con mayor</p>

		frecuencia? ¿Qué aspectos se relacionan con el pronóstico del paciente?
	Elegibilidad	¿Qué profesionales los reciben y qué información se busca obtener en los primeros contactos con el paciente?
Intervención del Servicio Social		¿Ante qué circunstancias solicita la intervención del Trabajador social? ¿Qué hace el Trabajador social? A su criterio ¿Habría algo más que pudiese hacer? De ser así ¿Por qué cree que no lo hace?

Anexo 3

Entrevista semidirigida a un informante calificado kinesiólogo asignado al Servicio de Neurología

Configuración disciplinar	Estructura	¿Con que recurso humano cuenta kinesiología?
	Funciones	Funciones y responsabilidad asignadas
	Relaciones	¿Qué encuentros formales tiene el Servicio de Neurología? ¿Con que frecuencia y finalidad? ¿Cómo tiene y brinda información de los pacientes? ¿Qué apoyos contribuyen a la satisfacción y eficiencia profesional? ¿De quienes los recibe? ¿Considera suficiente el espacio que asume el servicio de kinesiología dentro del tratamiento?
	Especificidad	¿Cuáles son los cuidados diarios para los pacientes? ¿Que obstáculos tiene para brindarlos?
Abordaje de las problemáticas	Origen de la demanda	¿En qué momento tiene el primer contacto?
	Problemáticas recurrentes	¿Qué tipo de problemáticas presentan los pacientes internados con pronóstico de ACV? ¿Cuáles se manifiesta con mayor

		frecuencia? ¿Qué aspectos de relacionan con el pronóstico del paciente?
	Elegibilidad	¿Qué profesionales los recibe y que información se busca obtener en los primeros contactos con el paciente?
Intervención del Servicio Social		¿Ante que circunstancias solicita la intervención del Trabajador social? ¿Qué hace el Trabajador social? A su criterio ¿Habría algo más que pudiese hacer? De ser ¿Porque cree que no lo hace?

Anexo 4

Entrevista semidirigida a la jefa del Servicio Social del Hospital Privado de Comunidad

Dimensiones	Subdimensiones	Indicadores
El Servicio	Datos de base	Días y Horario de atención /funcionamiento Objetivos generales Recursos Tipo de población y cantidad que atienden
	Recursos humanos	¿Cómo está integrado el servicio? ¿Qué formación tiene cada uno? ¿Existe un orden jerárquico en cuál? ¿Cómo está organizado el recurso? ¿Tienen reuniones formales de servicio? ¿Con que frecuencia? A que propósito están destinadas ¿De qué manera comparten la información?

	Problemáticas	<p>Tipos de problemáticas que atienden</p> <p>¿Cuáles se manifiestan con mayor frecuencia?</p> <p>¿Realizan diferentes abordajes para cada problemática?</p>
	Programas	<p>Programas generados por el servicio: integrantes especificar</p> <p>Programas generados por otros servicios con participación de servicio social especificar</p>
	Demanda	<p>¿Cómo llegan los pacientes al servicio?</p> <p>¿Quién es el encargado de decidir si el paciente y o/ familia reciba atención del Servicio Social?</p> <p>Que servicios tiene mayor demanda</p> <p>¿Existe alguna demanda que le gustaría responder y no puede responder por falta de recurso?</p>

Anexo 5

Entrevista semidirigida a un informante calificado trabajadora social asignado al Servicio de Neurología

La Atención del paciente con Diagnostico de ACV	Admisión- Elegibilidad	<p>¿Qué profesionales los recibe?</p> <p>¿Qué información se busca obtener en los primeros contactos con el paciente?</p> <p>¿En qué consiste el proceso desde el que paciente llega a la UCI?</p>
	Proceso de atención: <ul style="list-style-type: none">• Evaluación• Tratamiento• Seguimiento	<p>¿Qué hace con el paciente desde que ingresa?</p> <p>¿Qué se propone con el paciente?</p> <p>¿Qué profesionales intervienen?</p> <p>¿Qué tiempo le demanda la atención de los casos? ¿Le dedica más tiempo a uno que a otro? ¿Por qué?</p> <p>¿Quién determina el tratamiento?</p> <p>¿En qué consiste?</p>

		<p>¿De qué forma participa en las decisiones respecto al mismo?</p> <p>¿Cuáles son las dificultades que se presentan con mayor frecuencia para la continuidad del tratamiento?</p> <p>¿Cómo se determina el alta del paciente?</p> <p>¿Realiza seguimiento de los casos?</p> <p>¿Qué situaciones requieren seguimiento?</p> <p>¿El seguimiento es pautado con otros profesionales o lo decide individualmente?</p>
	Espacio profesional	<p>¿Considera suficiente la carga horaria asignada?</p> <p>¿En qué cosas se siente apoyado? ¿En qué cosas no?</p> <p>¿Cuáles son los obstáculos más comunes?</p>
	Intervención del Trabajo Social	<p>¿Cuándo se solicita la intervención del Trabajador Social?</p> <p>¿Ante que problemáticas?</p>

		<p>¿Tiene contacto con el paciente? De ser así ¿Con que objetivo?</p> <p>En el caso de que la intervención no se realiza con el paciente ¿Con quién se lleva a cabo? ¿Qué criterios se utilizan para la selección de los mismos?</p> <p>¿Qué tipo de información se busca obtener?</p> <p>¿En qué momento hay mayor intervención por parte del Servicio Social?</p> <p>¿Considera suficiente el espacio que se le otorga dentro del tratamiento?</p>
--	--	--

Anexo 6

Protocolo de obtención de datos de historia clínica de ACV primer ictus en Hospital Privado de Comunidad

Dimensiones	VARIABLES	INDICADORES	
Datos de base	HC		
	Sexo		
	Edad		
	Estado Civil	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Casado • Viudo • Divorciado/separado • Unido de Hecho 	
	Cobertura medica	<ul style="list-style-type: none"> • Obra social • PAMI • Planes del HPC • Particular 	
	Lugar de origen	<ul style="list-style-type: none"> • Mar del Plata • Otros 	
	Acompañante responsable	<ul style="list-style-type: none"> • Especificar vinculo 	
	Actividad Laboral	<ul style="list-style-type: none"> • Jubilado/ Pensionado • Actividad que realiza 	
	Tipo de ACV	<ul style="list-style-type: none"> • Isquémico • Hemorrágico 	
	Residencia de egreso	<ul style="list-style-type: none"> • Domicilio de procedencia Casa particular- Geriátrico • Domicilio alternativo 	

		Casa de familiar – Geriátrico <ul style="list-style-type: none"> • Óbitos • Otros 	
Calidad de vida previa	Antecedentes de salud		
	AVD- AVDI		
	Hábitos		
Situación de externación	Medidas de soporte vital	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna • Sonda nasogástrica • Sonda vesical • Oxígeno • Otras 	
	Ayuda técnica	<ul style="list-style-type: none"> • Postrado en cama • Silla de ruedas • Carro • Bastón • Trípode • ninguna 	
Intervención de Servicio Social	Origen de la demanda	<ul style="list-style-type: none"> • Demanda programada por el servicio social • Demanda espontanea 	
	Momento de la demanda	<ul style="list-style-type: none"> • Previa a condiciones de alta medica • En condiciones de alta medica • Posterior egreso del hospital 	
	Motivo de intervención	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente solo • Familia resistente al alta medica 	

		<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo social • Organización familiar • Gestión de recursos • otros 	
	Alcance	<ul style="list-style-type: none"> • Estudio social • Tratamiento • Seguimiento 	
	Técnicas	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista en la internación • Entrevista post- alta 	
Situación socio económica familiar	Grupo familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Conviviente • No conviviente 	
	Recursos económicos	<ul style="list-style-type: none"> • Cubre necesidades básicas • Cubre emergentes del ACV 	
Soporte social post alta	Estructura (quienes están)	<ul style="list-style-type: none"> • Red primaria • Red secundaria 	
	Funciones (para que están)	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo a las AVD – AVDI • Acompañamiento • Ayuda económica 	
	Relaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Calidad de los vínculos • Tensiones • Conflictos 	