

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

Repositorio Kimelü

<http://kimelu.mdp.edu.ar/>

Licenciatura en Trabajo Social

Tesis de Trabajo Social

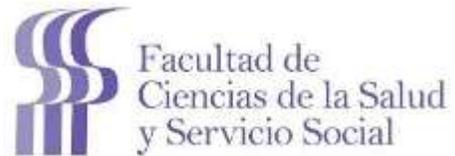
2005

Trabajo Social con pacientes bajo tratamiento de hemodiálisis

González, Silvia Elizabeth

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/136>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository



TESIS DE GRADO PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN TRABAJO SOCIAL

**TRABAJO SOCIAL CON PACIENTES BAJO TRATAMIENTO DE
HEMODIÁLISIS**

ALUMNA: SILVIA ELIZABETH GONZALEZ

DIRECTOR: LORENA WEINZATTEL

CO- DIRECTOR: CRISTINA ÁLVAREZ

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

TEMA:

Trabajo Social con pacientes bajo tratamiento de hemodiálisis.

SUBTEMA:

Sistematización de la intervención con pacientes crónicos bajo tratamiento sustitutivo de hemodiálisis en un centro de salud de la ciudad de Mar del Plata en el año 2005.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo esta orientado a sistematizar la práctica preprofesional y sus estrategias metodológicas en el campo de la salud, centrándose dentro de este, en el ámbito de la IRC y la Hemodiálisis.

El mismo esta organizado en cuatro partes a saber:

- Marco teórico referencial
- Trabajo de campo
- Análisis de datos. Conclusiones.
- Anexo.

OBJETIVO GENERAL:

Describir y analizar la intervención de trabajo social en pacientes bajo tratamiento sustitutivo de hemodiálisis con insuficiencia renal crónica en el marco de la práctica preprofesional.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Describir las características, organización y funcionamiento de CENDIAL (Centro de Hemodiálisis).
- Caracterizar los aspectos relevantes de la IRC (Insuficiencia Renal Crónica)
- Analizar las causas y consecuencias de la IRC en los distintos ámbitos de la vida cotidiana de los pacientes bajo tratamiento.
- Describir los objetivos y la metodología de intervención del servicio social dentro de la institución.
- Describir y analizar los casos abordados en la intervención preprofesional.

FUNDAMENTACIÓN:

A partir de la experiencia de supervisión entendida como un proceso de orientación, formación, asesoramiento y apoyo, orientado a integrar diferentes conocimientos teóricos en las tareas prácticas, surge nuestro interés en describir, articular y recuperar nuestra experiencia preprofesional en un trabajo de sistematización.

Dicho proceso es avalado académicamente por la Cátedra de Supervisión de 5to año, de la Licenciatura en Servicio Social perteneciente a la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social, de la Universidad Nacional de Mar del Plata, cuyo objetivo está orientado a lograr competencia e identidad profesional, por medio de una reflexión crítica sobre la práctica, contribuyendo de este modo a la configuración del perfil profesional,

La mencionada experiencia institucional tuvo lugar en CENDIAL, un centro de salud de carácter privado, abocado al tratamiento de la Insuficiencia Renal Crónica, patología que se ha convertido en un tema prioritario en la agenda mundial de salud por considerársela un "factor multiplicador de enfermedad", por su coexistencia con la diabetes y los trastornos cardiovasculares. Su tratamiento tiene un severo impacto económico y social, ya que en estadios avanzados sólo admite como alternativas la diálisis o el trasplante.

En nuestro país se estima que alrededor de unos dos millones de argentinos sufren de Insuficiencia renal crónica (IRC) y no lo saben, ya que la mayoría de los pacientes no tienen síntomas en las primeras etapas de la enfermedad.

Esta patología puede ser definida como la pérdida de la función de los riñones, pudiendo ser clasificada en aguda, subaguda y crónica, según la

forma de aparición (días, semanas, meses, o años) y en función de la recuperación o no de la lesión.

La principal función de los riñones es remover las toxinas y el exceso de agua del cuerpo. Diariamente filtran un promedio de 200 litros de sangre, ayudando a controlar la presión arterial, produciendo glóbulos rojos y manteniendo los huesos saludables. Si nuestros riñones pierden gradualmente su habilidad de funcionar adecuadamente, estamos en la presencia de una Insuficiencia Renal Crónica, volviéndose necesario iniciar un tratamiento sustitutivo de la función renal, pudiéndose diferenciar tres modalidades: la hemodiálisis, la diálisis peritoneal y el trasplante renal. Cada una de ellas es complementaria de las otras, así un paciente que espera un trasplante requerirá hemodiálisis o diálisis peritoneal hasta que se produzca la donación.

A su vez, las consecuencias físicas de esta enfermedad se ven agravadas por el impacto que la misma produce en las dimensiones contextuales del paciente como son la laboral, la socioeconómica, la familiar y la emocional, estrechamente vinculadas entre si, dado que lo prolongado y continuo del tratamiento (sesiones de 4 horas, tres veces por semana) dificulta la posibilidad de los pacientes de llevar a cabo una actividad laboral permanente, lo que trae aparejado en muchos casos dificultades económicas. La dinámica familiar sufre alteraciones pudiéndose producir cambios de roles dentro de ella. A nivel emocional el estado de ánimo del paciente es muy cambiante, resultándole dificultoso aceptar la enfermedad crónica de la que padecen, siendo la muerte una idea prevalente en muchos de ellos.

En este contexto, en el que el tratamiento sustitutivo produce efectos físicos adversos y serias implicancias en la vida de los pacientes, viéndose modificados sus hábitos y estilo de vida, como así también las relaciones

sociales, familiares, laborales e incluso su aspecto físico, surge nuestro interés de intervenir en la realidad de dichos pacientes a fin de procurar una mejora en su calidad de vida, entendiendo esta como un concepto en el que convergen múltiples factores, como el físico, psicológico y social, informando al paciente y su familia sobre el tratamiento; trabajando sobre las alternativas de la dinámica familiar, la adecuación a nuevos roles; brindando apoyo y contención; y estimulando al paciente para el desarrollo de sus potencialidades desde la especificidad de nuestro rol profesional.

La inserción en este ámbito nos permitió llevar a cabo una experiencia a través de la que pudimos alcanzar una mayor identificación con el rol profesional y con la intervención científicamente fundada pudiendo visualizar en ella el objeto de intervención y los componentes del proceso metodológico como así también enfrentarnos con las dificultades que surgen en el quehacer cotidiano y con las problemáticas específicas en lo que refiere al ámbito de la salud.

Así, nuestro interés de llevar a cabo un trabajo de sistematización surge de la inquietud en alcanzar una mayor comprensión de la práctica llevada a cabo, ordenando y relacionando lógicamente la información que la misma nos suministró, traduciéndola desde la teoría en significados, pudiendo concretar de este modo la unidad teoría-práctica a partir de un análisis y descripción de las características, organización y funcionamiento de la institución; de las causas y consecuencias de la IRCT (Insuficiencia Renal Crónica) en distintos ámbitos de la vida cotidiana de los pacientes bajo tratamiento y de un análisis y descripción de los objetivos y la metodología de intervención del servicio social dentro de la institución a partir de los casos abordados.

SALUD:

CONCEPTO DE SALUD

La Organización Mundial de la Salud brinda la siguiente definición: "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad" .(1)

En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma - Ata, se reitera esta definición, agregando que "la salud es un derecho humano fundamental y que el logro más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos además de la salud". (2)

Surge de esta definición, que la salud y la enfermedad no son dos conceptos opuestos, sino que uno es consecuencia de la pérdida del otro. La salud no es algo cuantificable, es un estado de equilibrio entre el hombre y su medio ambiente; debemos tener en cuenta que el hombre es una unidad bio-psico-física y paralelamente al equilibrio con el medio, debe darse un equilibrio entre el cuerpo y la mente. Esta relación es dinámica y no se ha mantenido igual desde el origen del hombre, sino que ha ido cambiando con su evolución.

Teniendo en cuenta lo dicho anteriormente se puede definir

(1) y (2) www.who.int/topic/es/

salud como: El estado resultante del equilibrio dinámico entre el cuerpo, la mente y el ambiente. El hombre precisa ciertos elementos para mantenerse en estado de equilibrio dinámico, cuando uno de ellos no se encuentra disponible en cantidad y calidad adecuada, aparece un estado de necesidad. Esto se traduce en un desequilibrio que genera acciones destinadas a corregirlo para establecer el equilibrio inicial.

Si las acciones no se realizan, fracasan o son insuficientes, el desequilibrio provocado puede llevar al individuo a la enfermedad o a la muerte. La insatisfacción de las necesidades predispone a estados patológicos diversos.

Se puede diferenciar tres elementos indispensables para el estudio de la salud y la enfermedad, estos son:

- *El agente o noxa:* es el causante de la enfermedad por ausencia o presencia.
- *El huésped :* es la persona que aloja al agente.
- *El ambiente :* comprende el conjunto de condiciones que pueden contrarrestar o predisponer a la acción de los agentes.

Los clásicos no tenían especiales dificultades en alcanzar una idea clara de lo que es la salud. Hablaban latín, y la sola palabra *salus* ya les daba idea de su significado. Se debe retroceder a la etimología para alcanzar lo que era evidente para ellos. *Salus* y *salvatio*, muy similares en latín (considérese que la U y la v, cuyos sonidos y grafía ahora distinguimos, eran una sola letra para los clásicos), significan "estar en condiciones de poder superar un obstáculo". De estas

palabras latinas se derivan sus equivalentes castellanas: salud y salvación. El término castellano "salvarse" incluye el significado original de "superar una dificultad", y se aplica tanto a dificultades naturales (salvarse de un incendio, por ej.), como a las sobrenaturales (la salvación de los peligros que la vida presente supone para la vida del alma). Sin embargo, el término salud no se entiende actualmente como ligado a dicho significado de "superar una dificultad".

De ahí la gran variedad de definiciones, a veces profundamente discordantes, otras veces más o menos de acuerdo en algunos puntos, y casi siempre eclécticas, que se limitan a agrupar las opiniones más en boga sobre la cuestión. Si se recupera para el término "salud" el significado, original y genuino, de "superar una dificultad", se obtiene una definición en toda regla: salud es el hábito o estado corporal que permite seguir viviendo, es decir, que permite superar los obstáculos que el vivir encuentra a su paso. Porque, efectivamente, vivir no es simplemente "estar". Vivir implica una actividad interna del ser vivo que consigue mantener una cierta independencia y diferenciación de su ámbito exterior. El mantenimiento de la homeostasis, característico de los vivientes, es un proceso activo que se realiza contra dificultades que opone el medio. Sólo un organismo sano está en condiciones de superar dichas dificultades; el organismo enfermo encuentra en el ambiente problemas de difícil superación, que lo pueden llevar a fracasar en el mantenimiento de la propia individualidad, es decir, a la muerte, tras la cual, el organismo se confunde

progresivamente con el ambiente: se igualan sus temperaturas, se descomponen sus proteínas, se disuelven y homogenizan sus diversos compartimentos orgánicos y el contenido de éstos con el medio externo, etc.

Pero mantener la identidad individual no es el único objetivo del vivir: de alguna manera, la identidad también se mantiene cuando el animal se reproduce. Al reproducirse, consigue mantener vivo, en otro individuo de la misma especie, lo que en sí mismo no va conseguir: vivir siempre con la vida propia de su especie. Por esta razón, en el "seguir viviendo" de la definición se debe considerar incluida la posibilidad de la reproducción. Un animal que puede vivir pero que no se puede reproducir no está sano.

Por último, hay que considerar que existen alteraciones del funcionamiento normal del organismo animal que, sin impedir completamente que pueda vivir o reproducirse, suponen molestias o dificultades para el desarrollo normal de su actividad. Enfermedades o lesiones leves, que no ponen en peligro la vida, pueden considerarse enfermedad, porque el malestar que producen dificulta la actividad normal de la vida animal. Dicho de otro modo: la salud incluye un cierto grado de bienestar físico, y de agrado en la actividad que es necesaria para vivir (bienestar psicológico); sin embargo, la salud no es bienestar. Más bien, el bienestar es, en cierta medida, una parte de la salud, es decir, es uno de los medios necesarios para poder seguir viviendo.

EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE SALUD.

En los siguientes párrafos se ofrecen varias definiciones que provienen de investigadores prominentes en el campo de salud y según la Organización Mundial de la Salud.

En el 1956, René Dubos expresó lo que para él significaba salud:

"Salud es un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona en cuestión funcionar efectivamente por el más largo tiempo posible en el ambiente donde por elección está ubicado" ⁽³⁾. En esta definición, Dubos circunscribe a la salud entre dos dimensiones, una física y la otra mental.

En 1959, Hebert L. Dunn describió a la salud de la siguiente manera:

- Alto nivel de bienestar,
- Un método integrado de funcionamiento orientado hacia maximizar el potencial de que el individuo es capaz.
- Requiere que el individuo mantenga un continuo balance y dirección con propósito dentro del ambiente en que está funcionando.
- Tres dimensiones: orgánica o física, psicológica, y social. El ser humano ocupa una máxima posición en las tres dimensiones para gozar de buena salud o tener alto grado de bienestar, lo cual dependerá en gran medida del ambiente que lo rodea.

Buena salud: estado pasivo de adaptabilidad al ambiente

3) www.who.int/topic/es

de uno.

- Bienestar: un crecimiento dinámico hacia el logro del potencial propio.

En este concepto de salud se menciona por primera vez la dimensión social y se define lo que significa bienestar. En los siguientes años este concepto social de la salud se sigue enfatizando.

Edward S. Rogers (1960) y John Fodor Etal (1966) también incluyen el componente social al concepto de salud : " Un continuo con gradaciones intermedias que fluctúan desde la salud óptima hasta la muerte". (4)

Aquí se aprecia a la salud como en una escala continua, es decir, la salud es dinámica y cambia con el transcurso del tiempo.

Igualmente, Milton Terris (1975) enfatizó en esta tercera dimensión social de la definición de salud. Este define salud de la siguiente manera: "Salud es un estado de bienestar físico, mental y social y la capacidad para funcionar y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad". (5)

Otro elemento importante para el concepto de salud según Terris es que la salud no implica estar libre de enfermedades o incapacidades. Esto significa que va más allá de lo físico. Dicha definición es opuesta al modelo médico del concepto de salud, el cual describe a la salud como la ausencia de enfermedad (teoría de un sólo agente).

Finalmente, Alessandro Seppilli (1971) define salud como "una condición de equilibrio funcional, tanto mental como físico,

(4) y (5) www.who.int/topic/es/

conducente a una integración dinámica del individuo en su ambiente natural y social". (6)

En el 1946, la Organización Mundial de la Salud (OMS) conceptualizó a la salud como "un completo estado de bienestar físico mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad". (7)

Esta definición circunscribe a la salud dentro de un triángulo, siendo sus extremos las dimensiones físicas, mentales y sociales. Sin embargo, el concepto de salud debe tomar en cuenta al ser humano como un ser total.

De este principio surgió el término de *salud holística*. Este enfoque del concepto de salud vislumbra las dimensiones físicas, mentales, sociales, emocionales y espirituales de maneras interdependientes e integradas en el ser humano, el cual funciona como una entidad completa en relación al mundo que lo rodea.

Fundamentalmente, la salud holística posee las siguientes características:

- Se vislumbra la salud desde una perspectiva positiva.
- Se enfatiza el bienestar en vez de la enfermedad.
- El ser humano se desempeña como una unidad entera.
- No existe salud si una de las dimensiones no se encuentra saludable.
- Su filosofía / propósito principal es la enseñanza de prácticas básicas de una vida saludable.

Este concepto *holístico* de la salud es muy importante, porque le otorga importancia a los otros aspectos de la salud que han

(6) y (7) www.who.int/topic/es/

sido excluidos de las definiciones anteriores, nos referimos al componente *emocional y espiritual* de la salud. Sin estos dos componentes es imposible alcanzar un óptimo estado de salud. Por consiguiente, la salud es el completo estado de bienestar físico, mental, social, espiritual y emocional y no solamente la ausencia de enfermedad o accidente. El concepto bienestar se refiere a la adecuada adaptación e integración de las dimensiones física, mental, social, espiritual y emocional a cualquier nivel de salud o enfermedad. Esto implica que se puede experimentar bienestar, ya sea que te encuentres enfermo o saludable.

Desde otra perspectiva *la salud a nivel colectivo o social* merece nuestra atención, puesto que en última instancia nosotros como ciudadanos determinamos en gran medida la salud de nuestro pueblo.

La salud pública requiere un esfuerzo mayor por parte del ciudadano y el gobierno. Se trata de la prevención de condiciones enfermizas, de manera que se pueda prolongar las expectativas de vida. Esto requiere esfuerzos sociales / gubernamentales para poder controlar aquellos factores ambientales que afectan la salud de las personas, el desarrollo de medidas de prevención ante las enfermedades infecto-contagiosas, un sistema administrativo médico / hospitalario eficiente que sea capaz de prevenir, diagnosticar y/o tratar a tiempo las enfermedades, y la implementación de un mecanismo colectivo que garantice el disfrute de un estado óptimo de salud de los ciudadanos.

SALUD RENAL

La nefrología contemporánea latinoamericana visualiza la enfermedad renal desde un paradigma biomédico de la salud. El abordaje de la nefrología latinoamericana que se propone se enmarca dentro del concepto de salud renal. Es una conceptualización positiva de la salud e integra las acciones y actividades del modelo biomédico al *modelo socio ecológico de la salud*. Mientras que uno enfoca la salud a través de la enfermedad, la promoción de la salud lo hace desde un concepto positivo y multidimensional. Este modelo define acciones y actividades a seguir en la prevención de las enfermedades renales a nivel primario, secundario, y terciario, integrándose a la promoción de la salud, la cual abarca un concepto amplio y esta definido por la organización mundial de la salud como: "Estrategia mediadora entre las personas y su medio ambiente. Sintetiza la elección personal y la responsabilidad social en la salud con el propósito de crear un futuro más saludable". (8)

Se entiende por *prevención primaria* aquella que está dirigida a la población sana y primordialmente utiliza la educación para la salud como estrategia fundamental para intervenir en esas poblaciones.

La *prevención secundaria* esta orientada a detectar tempranamente a los individuos que pertenecen a la población en alto riesgo, como lo los diabéticos e hipertensos.

(8)Challús, s. Burgos, R. "La Nefrología en Latinoamérica". Ed. Fotocromos. BsAs. 1999. Pág. 160

En cuanto a la *prevención terciaria* es aquella, que cada país debe desarrollar mediante un programa de mejoramiento continuo de calidad en los tratamientos sustitativos, en donde se defina los indicadores o parámetros a aceptar y utilizar.

INSUFICIENCIA RENAL CRONICA.

Definición de Insuficiencia Renal Crónica

Se define como Insuficiencia Renal (IR) "la pérdida de función de los riñones, independientemente de cual sea la causa. La IR se clasifica en aguda, subaguda y crónica, en función de la forma de aparición (días, semanas, meses o años) y, sobre todo, en la recuperación o no de la lesión".

(9)

Mientras que la IR aguda es reversible en la mayoría de los casos, la forma subaguda lo es en menor frecuencia. La Insuficiencia Renal Crónica (IRC) presenta un curso progresivo hacia la Insuficiencia Renal Crónica Terminal (IRCT). Esta evolución varía en función de la enfermedad causante, y dentro de la misma enfermedad, de unos pacientes a otros.

La IRC es un proceso continuo que comienza cuando algunas nefronas pierden su función y finaliza cuando las nefronas restantes son incapaces de mantener la vida del paciente, siendo necesario el inicio de tratamiento sustitutivo (diálisis o trasplante). Al estadio avanzado de la IRC se le conoce como uremia.

PRINCIPALES FUNCIONES DEL RIÑÓN.

- Regulación y balance del agua e iones inorgánicos.
- Eliminación de los productos metabólicos de degradación y su excreción a la orina.
- Eliminación de sustancias químicas externas por la orina.
- Secreción de hormonas:
 - *Renina
 - *Eritropoyetina
 - *1,25 dihidroxivitamina

CAUSAS DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

(IRC)

La incidencia y prevalencia de las causas de IRC varían de unas regiones a otras, pero de forma global pueden considerarse como valores de referencia los presentados a continuación. En los últimos años se está asistiendo a un notable incremento de la nefropatía diabética y las causas vasculares (hipertensión arterial y arteriosclerosis) que en algunos países superan el 50% de las causas de IRCT. En tercer lugar se encuentran el glomérulo- nefritis, que son procesos inflamatorios del glomérulo. Otras causas como las nefropatías intersticiales son producidas por infecciones renales de repetición, abuso de algunos fármacos, y otros motivos. Las enfermedades quísticas son hereditarias y en ellas los riñones presentan degeneraciones quísticas que acaban impidiendo su función. En todas estas enfermedades se afectan ambos riñones. La pérdida de un riñón por traumatismo u otra causa no produce IRC

Causas de la IRCT

- "Nefropatía diabética 10-40%
- Nefropatía vascular 10-25%
- Glomérulo nefritis 15-20%
- Enfermedades quísticas 03-12%
- Nefropatías intersticiales 08-18%
- Causas indeterminadas 10-25%

- Otras causas

05-10%"

(10)

FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE IRCT

“Los 4 factores de riesgo más importantes para el desarrollo de IRCT son la edad, la raza, el sexo y los antecedentes familiares. La tasa de IRCT en adultos entre 65-74 años es seis veces superior que entre los de 20-44 años. Igualmente, las personas de raza negra presentan una tasa de IRCT tres veces superior que los blancos. Con relación al sexo, la incidencia de IRCT es mayor en los hombres que las mujeres (entre 55 y 60 % de los pacientes con IRCT son varones). A pesar de esta mayor incidencia en los varones, algunas enfermedades causantes de IRCT son más frecuentes en mujeres. En cuanto a la historia familiar en ciertas enfermedades como la poliquistosis renal del adulto, enfermedad quística medular, esclerosis tuberosa, enfermedad de Fabry, cistinosis, oxalosis, y enfermedad poliquística infantil, existen familiares con la misma enfermedad.” (11)

(11) www.cucaiba.gba.gov.ar .

EVALUACIÓN DE LA IR

La mejor forma de evaluar la función renal es mediante la valoración del filtrado glomerular renal (FGR). Para explicar este hecho es necesario un breve recuerdo de la fisiología renal.

La unidad básica del riñón es la nefrona, de las que existen alrededor de 1 millón en cada riñón. Cada nefrona está formada por un componente que actúa como filtro, el glomérulo, y un sistema de transporte, el túbulo. Parte de la sangre que llega a los riñones es filtrada por el glomérulo y pasa a través de los túbulos, donde se producen varios procesos de excreción y reabsorción que dan lugar a la orina finalmente eliminada. El flujo sanguíneo renal (FSR) es, aproximadamente en un adulto de 1.1 litro por minuto. De los 600 ml de plasma que entra en el glomérulo a través de las arteriolas, aproximadamente un 20% (125 ml/min.) es filtrado, siendo conocido como filtrado glomerular renal (FGR). El FGR es, pues, el volumen de plasma filtrado por los riñones por unidad de tiempo. La cantidad de plasma filtrado al día es de 135 a 160 litros. Para prevenir la pérdida de líquidos, entre el 98 y el 99% del FGR es reabsorbido por los túbulos, con lo que la cantidad de orina eliminada es entre 1 y 2 L, /día. En presencia de enfermedad renal, una o varias de las funciones descritas con anterioridad están alteradas. Pero no todas las funciones están alteradas en la misma proporción. Si los 2/3 de las nefronas dejan de funcionar, pueden no producirse cambios significativos en el balance de agua, iones

y otras sustancias, debido a las adaptaciones de las neuronas restantes. Así mismo, los cambios en la producción hormonal pueden pasar desapercibidas, siendo el cálculo del FGR la única forma de detectar la disminución en el número de nefronas funcionantes. Dado que la FGR total es igual a la suma de la tasa de filtración de las nefronas funcionantes, la pérdida de $2/3$ de las nefronas tendrá como consecuencia una reducción de $2/3$ en la FGR total.

SINTOMATOLOGÍA DE LA IRC

La mayoría de las enfermedades que causan IRC pueden, sobre todo en los estadios precoces, pasar totalmente desapercibidas. Los síntomas más frecuentes, si los hay, son:

- 1) Los de la enfermedad causante de la afectación renal (orinas abundantes y sed intensa en el diabético, dolores de cabeza en el hipertenso),
- 2) Orinas con espuma o de color oscuro
- 3) Orinar varias veces por la noche (nicturia).

A medida que evoluciona la insuficiencia renal aparece irritabilidad, falta de apetito, vómitos, cansancio fácil y un gran número de síntomas como consecuencia de la afectación que se produce en todo el organismo.

CONSECUENCIAS GENERALIZADAS DE LA IRC

Durante la evolución de la IRC se van a producir una serie de alteraciones en órganos y sistemas, que van desde cuadros prácticamente imperceptibles, hasta la sintomatología florida y alteraciones analíticas de la uremia.

A continuación se enuncian brevemente estas alteraciones:

- *Alteraciones hidro-electrolíticas* : "En las primeras fases de la IRC las nefronas sanas son capaces, incrementando su trabajo, de mantener un buen equilibrio hidroelectrolítico. medida que se destruyen más nefronas comienza a aparecer en sangre aumento del fósforo y del potasio al no eliminarse, disminución del calcio por la reducción en la producción de vitamina D por el riñón, y del sodio generalmente por dilución al retenerse agua. Además, los riñones son incapaces de eliminar los ácidos producidos normalmente, apareciendo acidosis.
- *Alteraciones hematológicas:* en la IRC es frecuente la existencia de anemia y tendencia al sangrado.

La anemia de la IRC es debida, principalmente, al déficit de eritropoyetina. La eritropoyetina es una hormona que se produce en el riñón y que es la que estimula a la medula ósea para que produzca los glóbulos rojos. El tratamiento de la anemia en la IRC es mediante tratamiento con eritropoyetina humana recombinante (EPO).

La tendencia al sangrado de la IRC avanzada no se manifiesta por hemorragias espontáneas, pero es un factor a tener en cuenta en caso de cirugía. Es debido a una alteración en las

plaquetas por las toxinas urémicas. La diálisis corrige el cuadro, aunque en ocasiones se requiere tratamiento más específico.

- *Alteraciones cardio-vasculares* : el paciente con IRC va a presentar cardiopatía isquémica y cuadros de insuficiencia cardiaca con más frecuencia que la población normal.

En el desarrollo de la cardiopatía isquémica intervienen varios factores, como la hipertensión (que es el problema cardiovascular más frecuente en la IRC), la anemia, los trastornos en el metabolismo de los lípidos (grasas) y el engrosamiento de las paredes del corazón (hipertrofia ventricular izquierda). A su vez, esta cardiopatía isquémica y la hipertensión son causa frecuente de episodios de insuficiencia cardiaca, en los que también interviene el desarrollo de fibrosis en el músculo cardíaco, producida por las alteraciones del calcio y por el ambiente urémico,

La pericarditis (inflamación del pericardio que es una capa que rodea al corazón) es cada vez menos frecuente y sólo se ve en pacientes que llegan muy evolucionados a diálisis,

- *Alteraciones óseas* : las alteraciones en el manejo del calcio y fósforo, así como la disminución en la producción de vitamina D por el riñón, van a traer como consecuencia que las glándulas paratiroides intenten corregir estos defectos, Las glándulas paratiroides que, en número de cuatro, se encuentran en el cuello detrás del tiroides, son las encargadas de producir parathormona (PTH), que es la hormona encargada de mantener unas cifras de calcio y fósforo normales. El aumento de PTH va a aumentar la

eliminación de fósforo por el riñón y a reabsorber calcio del hueso, Esta acción sobre el hueso es la que va a producir la enfermedad ósea de la IRC conocida como osteodistrofia renal y que presenta dos formas principales: osteítis fibrosa y osteomalacia,

- *Alteraciones del sistema nervioso* : la uremia puede producir afectación del cerebro o de los nervios periféricos. La afectación cerebral, conocida como encefalopatía urémica es hoy día poco frecuente y se ve en pacientes muy evolucionados y no controlados.

Por otra parte, la afectación de los nervios periféricos (neuropatía urémica) se manifiesta por adormecimiento, debilidad y dolores en pies. La diálisis adecuada disminuye estos síntomas, que en muchos pacientes sólo se evidencia mediante pruebas específicas.

- *Alteraciones en otros órganos:* existen alteraciones endocrinas como alteraciones en las grasas, tendencia a la hiperglucemia, trastornos sexuales como impotencia sexual y alteraciones en la menstruación (dismenorreas).
- A nivel del aparato digestivo es frecuente la gastritis". (12)

TRATAMIENTO SUSTITUTIVO DE LA IRC

Una vez que la función de los riñones ha caído por debajo del 10%, es necesario iniciar tratamiento sustitutivo de la función renal para evitar complicaciones graves que pueden producir la muerte del paciente. Existen tres modalidades de tratamiento sustitutivo: la hemodiálisis, la diálisis peritoneal y el trasplante renal. Cada una de ellas es complementaria de las otras. Así, un paciente que espera un trasplante requerirá hemodiálisis o diálisis peritoneal hasta que se produzca una donación.

La hemodiálisis :

Es una técnica en la que mediante un circuito extracorpóreo se hace pasar la sangre del paciente por un filtro, con lo que se elimina el agua y las sustancias retenidas y se regula el equilibrio ácido-básico. Para ello, la sangre del paciente, mediante una bomba, circula a través de un circuito extracorpóreo que tiene colocado un filtro llamado dializador, volviendo nuevamente al paciente. El dializador tiene unos compartimentos por los que circula la sangre, que están separados mediante una membrana semipermeable de una solución que se llama líquido de diálisis. La membrana semipermeable no permite pasar, de la sangre al líquido de diálisis, las células sanguíneas (glóbulos rojos, leucocitos y plaquetas) ni las proteínas.

Mediante difusión, las sustancias que muestran valores

s y

elevados en sangre y no se encuentran en el líquido de diálisis, como la urea y la creatinina, se van eliminando progresivamente durante la sesión de hemodiálisis. Otras sustancias como el sodio, potasio, calcio, fósforo, bicarbonato, magnesio, etc., se encuentran en valores fisiológicos en el líquido de diálisis, e igualmente por difusión permiten que se alcancen al final de la diálisis unos valores similares a los de un individuo normal.

El líquido de diálisis se va regenerando continuamente mediante la mezcla de un concentrado específico y agua de uso doméstico. Esta mezcla la realiza el monitor de hemodiálisis, y el agua corriente requiere con frecuencia tratamiento que impida el paso de sustancias al enfermo.

Toda la sesión de hemodiálisis está regulada por un monitor. Este permite, al inicio de cada sesión, que el personal sanitario encargado de la hemodiálisis, programe el flujo de sangre por el circuito, la temperatura y las pérdidas de líquidos que se quieran realizar. Los monitores poseen un sofisticado sistema de detección de anomalías durante la sesión de hemodiálisis (disminución del flujo de sangre programado, aumento de presión por coágulos en el sistema extracorpóreo, cambio en la composición de líquido de diálisis, etc.) que permite mediante una alarma corregir rápidamente cualquier anomalía.

Para conseguir un flujo de sangre adecuado (300-400 ml/min.)

es necesario un acceso vascular que puede conseguirse mediante la inserción de un catéter en una vena de gran calibre (vena femoral, yugular etc.), o realizando una fístula

arterio-venosa. Esta se realiza quirúrgicamente en un brazo mediante la unión de una arteria a una vena, la cual se dilata al recibir más sangre de lo normal y permite su punción en cada sesión de hemodiálisis

El tiempo normal de cada sesión es de 4 horas, en las cuales entre 60-80 L de sangre pasan a través del filtro, consiguiéndose una depuración adecuada de sustancias y una pérdida del líquido acumulado durante las sesiones de hemodiálisis. Durante la sesión, el paciente es heparinizado para impedir que la sangre se coagule en el sistema extracorpóreo. Cada sesión se realiza tres veces por semana y en los periodos interdiálisis se le dan recomendaciones al paciente para que controle la ingesta de líquidos y de ciertos alimentos.

La hemodiálisis se realiza normalmente en centros hospitalarios o locales habilitados a tal fin que obligan al paciente a desplazarse los días que les corresponda. En algunas ocasiones puede realizarse en el domicilio del propio paciente.

La Diálisis peritoneal :

Esta técnica intenta igualmente mediante una membrana semipermeable la depuración de sustancias que se acumulan en la IRC. En este caso, la membrana es el peritoneo.

El peritoneo es una membrana que envuelve, por un lado, las vísceras abdominales (peritoneo visceral), y por otro la pared abdominal (peritoneo parietal). Entre el peritoneo visceral y parietal existe un espacio (cavidad peritoneal) en el cual se

infunde el líquido de diálisis (2L). Dado que el peritoneo está muy vascularizado, el paso continuo de sangre por sus paredes permite que por difusión se eliminen aquellas sustancias que están elevadas en sangre como consecuencia de la IRC.

Al igual que en la hemodiálisis es necesario un acceso vascular, en la diálisis peritoneal es necesario implantar un catéter cuyo extremo interno se deja en cavidad peritoneal y el externo sale por fuera de la pared del abdomen.

Existen varias modalidades de diálisis peritoneal, pero las más utilizadas hoy día son la diálisis peritoneal continua ambulatoria (DPCA), la diálisis peritoneal cíclica continua (DPCC) y la diálisis peritoneal nocturna intermitente (DPNI).

En todas las modalidades de diálisis peritoneal el principio básico es el mismo: Infusión de líquido de diálisis en el peritoneo.

Mantenimiento de ese líquido durante un periodo de tiempo variable, durante el cual mediante difusión las sustancias acumuladas en exceso en la sangre pasan a la cavidad peritoneal. Y drenaje del líquido de diálisis al exterior para desecharlo y comenzar nuevamente la técnica.

Las diferencias, en las diferentes modalidades de diálisis peritoneal, varían en los periodos de infusión de líquidos y tiempos de intercambio del líquido en el peritoneo.

En la DPCA, el líquido de diálisis se infunde 4-5 veces al día de forma manual, manteniéndose durante toda la noche.

En la DPCC, durante el día el paciente mantiene en el abdomen el líquido peritoneal que es drenado al acostarse, conectándose a una máquina que realiza automáticamente los

intercambios cada 2 horas.

Por la mañana se desconecta de la máquina volviendo a infundir el líquido que mantiene durante todo el día.

La DPNI, es similar a la DPCC, con dos salvedades. Durante la noche, los intercambios que realiza la máquina a la que es conectada son más frecuentes y durante el día el peritoneo permanece vacío.

A diferencia de la hemodiálisis, en la diálisis peritoneal es el propio paciente el que realiza los cambios en su domicilio, lo que permite una mayor libertad por parte del paciente. Dado la frecuencia con que se debe conectar y desconectar el catéter peritoneal (tras cambiar las bolsas de líquido de diálisis), durante este proceso se debe mantener una asepsia rigurosa que impida el paso de gérmenes al peritoneo con el consiguiente desarrollo de peritonitis, que es una de las complicaciones más frecuentes de esta técnica. El tratamiento de las peritonitis se realiza mediante la infusión de antibióticos en los intercambios de líquido peritoneal.

El trasplante renal:

Es, sin duda, el mejor tratamiento sustitutivo en la
embargo, no todos los pacientes en diálisis son subsidiarios
de ser trasplantados. Existen riesgos inherentes al
trasplante que no pueden ser asumidos por pacientes con
ciertas patologías (infecciones crónicas, problemas cardíacos,
antecedentes de neoplasias, etc.), ya que el riesgo de la
intervención quirúrgica y el tratamiento posterior para evitar
el rechazo es superior a los posibles beneficios del

IRC. Sin

trasplante.

Todo paciente con IRC en programa de diálisis debe, para ser incluido en lista de espera para trasplante, ser sometido a una serie de estudios que, por un lado, van a descartar la existencia de enfermedades que contraindiquen el trasplante, y por otro van a definir el perfil de histocompatibilidad del paciente.

Todos los animales tienen unos antígenos de histocompatibilidad que los diferencia de otras especies, y dentro de la misma especie de otros individuos. En el ser humano es conocido como sistema HLA.

Los antígenos que juegan un papel importante en el trasplante de órganos entre humanos son denominados con las letras A, B y DR seguidos de un número, y heredamos 3 de la madre y 3 del padre (A2, A22, B7, B12, DR3, DR7 podría ser el HLA de un individuo).

Las posibilidades múltiples que existen entre los diferentes antígenos de HLA hacen que una semejanza completa de los 6 antígenos sólo se produzca entre gemelos univitelinos o por el azar una vez por cada varios miles de trasplantes. La compatibilidad HLA entre el donante y receptor mejora los resultados de trasplante a largo plazo (los trasplantes con compatibilidades tienen una mejor supervivencia del trasplante que los que tienen una sola compatibilidad).

El trasplante renal entre seres humanos puede ser realizado con un órgano procedente de donante vivo (generalmente entre padres e hijos o hermanos, aunque también entre esposos), o procedente de cadáver. Una vez que el donante ha

fallecido y tras ser autorizado por la familia, se procede a la extracción de los riñones. Tras la extracción, el riñón debe trasplantarse lo antes posible y nunca después de 48 horas.

Una vez conocido el HLA del donante (en la donación de vivo se conoce previamente), se deben buscar los receptores con mejor compatibilidad. Tras seleccionar a los receptores más adecuados, se realiza la prueba cruzada, que consiste en enfrenar suero del receptor con linfocitos del donante. Si el receptor tiene anticuerpos contra alguno de los antígenos HLA del donante, la prueba es positiva y el trasplante no debe realizarse. Si es negativa, el receptor va a quirófano,

El trasplante renal se coloca en la zona inferior derecha del abdomen, fuera del peritoneo y realizando la anastomosis vascular de los vasos renales del injerto a los vasos iliacos del receptor. Normalmente, los riñones del receptor no son extraídos.

Tras el trasplante, el órgano trasplantado se va a encontrar en equilibrio entre las fuerzas que intentan destruirlo (sistema inmunológico) y las que intentan mantenerlo (fármacos inmunosupresores). La rotura de este equilibrio hacia las primeras produce el rechazo, que aparece entre un 15-50% de los casos, y que en la mayoría de las veces basta un aumento de los fármacos inmunosupresores para que se controle. Si se rompe el equilibrio en sentido contrario existe el riesgo de disminuir excesivamente las defensas del receptor, lo que aumenta la posibilidad de desarrollar infecciones graves y neoplasias. Así pues, el rechazo y las infecciones han sido clásicamente las 2 complicaciones más frecuentes tras el

trasplante renal. En la actualidad, las complicaciones cardio -
vasculares están siendo una importante causa de morbi-
mortalidad en el paciente trasplantado.

La supervivencia del trasplante renal es superior al 95% para el
paciente y al 85% para el injerto en el primer año. La vida media
de injerto trasplantado con una aceptable compatibilidad es
superior a los 10 años.

LEY NACIONAL 22853

Esta ley establece los requisitos básicos de atenciones médicas destinadas a aplicar diálisis en el tratamiento de la insuficiencia renal. Posteriores reglamentaciones: decreto Nac. Reglamentario 5007/86-468/89-612/2002. La Ley Provincial que contempla el tratamiento de diálisis es la N° 11284 De estas disposiciones legales surgen los requisitos de infraestructura física, la maquinaria, el personal, entre otros.

Derechos del paciente con IRC:

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

- Todos los individuos con IRC e indicación médica deben ser referidos a tiempo para tratamiento de diálisis o trasplante.
- Todos los individuos con IRC deben tener acceso a un tratamiento ético completo e ininterrumpido y servicios de apoyo dirigidos a optimizar los resultados y la calidad de vida de los pacientes.
- Todos los individuos con IRC deben tener acceso a un equipo interdisciplinario de atención médica calificado como parte de un tratamiento completo e ininterrumpido.
- Todos los individuos con IRC y sus familias deben recibir información sobre todas las opciones de tratamiento de forma que estén en condiciones de participar completamente en las decisiones de su cuidado y realizar elecciones con conocimiento.

- Todos los individuos con IRC tienen el derecho a negarse o suspender el tratamiento y a ser apoyados en su decisión.
- Ningún individuo con IRC debe verse privado del acceso a los medicamentos y suplementos nutricionales necesarios por no poder pagarlos.
- El tratamiento y los servicios de apoyo para la IRC deben ser brindados en forma consistente y eficiente en toda la Argentina.

IMPLICANCIAS DE LA ENFERMEDAD

La insuficiencia renal crónica es definida como aquella que se presenta en forma prolongada o recurrente, que generalmente deriva en cierto grado de incapacidad (dependiendo del paciente) e implica la atención hospitalaria constante del mismo.

Frente a esta situación, el diagnóstico de la enfermedad y su tratamiento repercute directamente sobre el paciente y su entorno y, en todos los aspectos que hacen a la vida cotidiana, tanto los funcionales como los emocionales.

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

La aceptación de sus limitaciones funcionales suele ser lenta y penosa. Existen cuatro fases en el proceso de afrontamiento de la IRC en pacientes que realizan tratamiento de hemodiálisis:

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

Toma de conciencia : Contacto con el papel de enfermo. El paciente comienza a familiarizarse con sus síntomas y piensa en las

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

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

Readaptación personal, social y familiar : La presencia de una enfermedad crónica implica que quien la padece tiene que poner en marcha nuevos recursos y habilidades a fin de adaptarse a su nuevo estado. Gracias a este proceso de adaptación puede resolver muchas de las dudas que lo acosaban en el pasado: ¿Qué puedo hacer?, ¿Cuál es mi papel en la familia?, ¿Cuál es mi papel en el grupo social?

Los pacientes en tratamiento deben sobrellevar una enfermedad crónica, debilitante y limitante. Además, deben adaptarse a su total

dependencia de una máquina y a un equipo de profesionales involucrados en su tratamiento. Su mayor problema se relaciona con la enfermedad misma y con mucha frecuencia se agregan problemas de integración, psicológicos y conductual, de la necesidad de autonomía y a la de dependencia.

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

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

Es decir, el factor emocional, la enfermedad y el tratamiento,

repercuten también, en la funcionalidad del paciente, en su familia y en la vida cotidiana de ellos, afectando distintas áreas de la misma:

- *Área laboral* : los pacientes que padecen insuficiencia renal crónica presentan, generalmente, limitaciones para el desarrollo de actividades laborales, sobretodo al momento de su ingreso a diálisis. Esto se debe, no sólo al deterioro físico, sino a las implicancias del tratamiento en cuanto a cuidados, necesidades de descanso y duración diaria del mismo. En este contexto el enfermo no resulta rentable laboralmente, esta representación social instalada repercute directamente en las relaciones laborales del paciente e indirectamente afecta sus ingresos económicos y su autoestima.
- *Área familiar* : el ingreso al tratamiento repercute indudablemente en la dinámica y funcionamiento familiar, se observa una modificación en las funciones. Se configura un proceso de adaptación de la familia que comprende distintas etapas:
 - 1) *Etapa de desorganización*: referida a modificación de la estructura familiar por detección de la enfermedad y el posible ingreso a tratamiento del paciente.
 - 2) *Recuperación de la crisis* : la familia presenta mayor asimilación del aprendizaje y manejo de la enfermedad.
 - 3) *Reorganización* : dependerá del grado de invalidez y afectación que ocasione la enfermedad, así como también de los recursos y relaciones que presente la familia.
- *Área de dependencia al tratamiento* : las modificaciones en la vida cotidiana puede generar insatisfacción en el paciente, como así también el sentimiento de carga hacia su familia provocado por la pérdida de independencia y los cambios de funciones. A su vez, el

paciente suele aferrarse aún más a su familia ya que siente limitada su actividad social.

Generalmente se produce una restricción en sus contactos sociales y a veces se llega a la pérdida de la función social.

Como se puede observar a partir del ingreso del paciente a los tratamientos de reemplazo se desencadena una situación de crisis en la que tanto el paciente como su entorno atraviesan variedad de sentimientos y actitudes producto de lo que ello implica.

"Una vez iniciada la carrera del enfermo renal Terminal la familia junto con el enfermo y el equipo de salud conforman una trama de interacciones cotidianas y duraderas en la cual tanto la enfermedad en sí como las prescripciones médicas van invadiendo las distintas esferas de la cotidianeidad familiar y extrafamiliar obligando a una adaptación activa a estas realidades." (13)

El eje de la familia pasa a ser el enfermo y, generalmente, esta comienza a organizarse en función de él y del tratamiento. Esto puede llevar, entre otras consecuencias, al aislamiento del grupo familiar, del medio social y al agotamiento psicofísico de los familiares, dando lugar a situaciones conflictivas y de tensión.

CALIDAD DE VIDA:

La calidad de vida, es un concepto multidimensional, integrador, que comprende todas las áreas de la vida y hace referencia tanto a condiciones objetivas como a componentes subjetivos.

En esta multidimensionalidad pueden identificarse factores personales y socio ambientales en constante interrelación, a saber:

<u>Dimensiones socio- ambientales:</u>	<u>Dimensiones personales:</u>
*Factores culturales	*Salud
*Apoyo social	*Actividad y ocio
*Condiciones económicas	*Satisfacción
*Servicios de salud y sociales	*Relaciones sociales
*Calidad del ambiente	*Habilidades funcionales

La calidad de vida implica la relación entre los aspectos subjetivos y los objetivos, los cuales (tomando los indicadores antes expuestos) pueden representarse de la siguiente manera:

<u>Elementos Objetivos</u>	<u>Elementos Subjetivos</u>
*Factores culturales	*Necesidades Culturales
*Apoyo social	*Satisfacción Social
*Salud Objetiva	*Salud Percibida
*Disponibilidad de Servicio.	*Servicios de Salud y sociales percibidos.

*Valoración del entorno	*Calidad Ambiental
-------------------------	--------------------

La calidad de vida supone la satisfacción mínima aceptable del complejo de necesidades humanas tanto individualmente como en grupo familiar y social. La OMS, (grupo WHOQOL 1994) define la calidad de vida como "la percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto cultural y el sistema de valores en los que vive, y en relación con sus metas, objetivos, expectativas, y preocupaciones."

Los supuestos en los que se basa son:

- Es una evaluación subjetiva, descansa en el balance entre aspiraciones y realidad de cada individuo.
- Los criterios de valor para calificar la calidad de vida son construidos biográficamente e históricamente y varían entre comunidades.
- El referente común sería la satisfacción de necesidades básicas.

Al enfoque brindado tomamos el aporte dado por Schumaker y Naughton e incorporamos el concepto de calidad de vida relacionada con la salud a la que definen como "la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo"

Las dimensiones seleccionadas que integran el constructo en mención son:

- ***Salud Subjetiva:*** referida a la percepción que la persona posee acerca de su estado de salud.

- **Integración Social:** "supone la relación entre dos realidades: por un lado, el individuo o grupo pequeño, y por el otro, un grupo mayor o la sociedad global en la que se insertan esos grupos. (...)"

Aún cuando el término tenga diferentes alcances sociológicos, dentro de esta disciplina, en general, hace referencia a la interdependencia y adecuación recíproca entre diferentes elementos de un sistema social, especialmente entre los miembros de la sociedad global." (14)

- **Habilidades funcionales:** son aquellas que permiten determinar el grado de independencia que mantienen el sujeto para la realización de las actividades de la vida diaria.
- **Actividad y ocio:** tipo de actividades placenteras que el paciente dedica en su tiempo libre. Así como también la interacción con otras personas que estas actividades implican y el grado de satisfacción que tiene con ellas.
- **Calidad ambiental:** considerada como el grado de satisfacción del sujeto respecto a una serie de aspectos objetivos de la vivienda.
- **Ingresos:** son aquellos haberes mensuales que ingresan por todo concepto en el hogar, permite tener una visión sobre el status económico y evaluar la relación de este con otros componentes de la calidad de vida.
- **Servicios sociales y sanitarios:** "Se utiliza para designar todo el conjunto de prestaciones, actividades y servicios de carácter social que el Estado, las instituciones privadas y las organizaciones de todo tipo brindan a los ciudadanos. (...) La Carta Social Europea ha definido los servicios sociales que, utilizando métodos de trabajo social, contribuyen al bienestar y desarrollo de los individuos y grupos en la comunidad y a su adaptación al entorno social" (15)

(14) y (15) Jofré, R; López Gómez, M y Rodríguez Benítez, P. "Calidad de vida en hemodiálisis" cap 37.

- **Calidad de vida subjetiva:** valoración del paciente acerca de aquellos aspectos que identifica como los más importantes para el logro de la mejor calidad de vida.

Patrick y Erickson la definen como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud.

Para *Schumaker & Naughton (1996)* es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo.

La esencia de este concepto está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal.

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.

El Grupo WHOQOL establece además una serie de puntos, en relación a las medidas de calidad de vida relacionada con la salud, aceptadas por diversos grupos de investigadores.

Puntos de consenso (Grupo WHOQOL, 1995)

- *Subjetivas:* Recoger la percepción de la persona involucrada.
- *Multidimensionales:* Relevar diversos aspectos de la vida del individuo, en los niveles físico, emocional, social, interpersonal etc.

- *Incluir sentimientos positivos y negativos.*
- Registrar la *variabilidad en el tiempo*: La edad, la etapa vital que se atraviesa (niñez, adolescencia, adultez, adulto mayor), el momento de la enfermedad que se cursa, marcan diferencias importantes en los aspectos que se valoran.
- *Clase social a la que se pertenece*: Las expectativas que cada uno tiene en relación a su propia vida tienen una estrecha relación con la clase social a la que se pertenezca.

POLÍTICAS PÚBLICAS

Las *políticas públicas* son la disciplina de la Ciencia Política que tiene por estudio la acción de las autoridades públicas en el seno de la sociedad. Aunque en su diseño e implementación técnica confluyen otras disciplinas como la economía, la sociología, e incluso la ingeniería y psicología. Las preguntas centrales de las políticas públicas son ¿Qué producen quienes nos gobiernan, para lograr qué resultados, a través de qué medios?

Las principales áreas de análisis de las políticas públicas son:

- El Desarrollo Social
- La economía, la infraestructura carretera y expansión de las vías generales de comunicación, las telecomunicaciones, desarrollo social, la salud y la seguridad pública, entre otras.
- Los planes de desarrollos anuales, quinquenales, etc.
- Los presupuestos anuales de los Estados y las Administraciones autonómicas y municipales.
- La Administración pública o sistema burocrático y sus planificaciones.
- Los Tratados internacionales y las Declaraciones de principios de los Estados individuales o unidos en agrupaciones regionales: Naciones Unidas, América latina, Unión Europea, etc. con énfasis en la Cohesión social y la Gobernabilidad para desarrollos integrales (o totales).

POLITICAS DE SALUD:

Estas políticas son entendidas como procesos sociales, políticos y económicos que determinan los modelos de atención que adopta la sociedad. Se considera a éstas como la búsqueda, ejecución y resultados en forma continua de los mejores niveles de salud a través de medidas, compromisos multisectoriales que incluyen áreas aparentemente diferentes como la política fiscal, de obras públicas, de educación, agroindustrial, de vivienda, ecológicas, etc.

EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO

En la Argentina podemos identificar tres modelos: el *público*, con financiación y provisiones públicas; el de *seguridad social* (sistema de obras sociales), y el *sistema de seguro voluntario prepago*, que se organiza según los cálculos de riesgo actuarial.

El sistema de servicios de salud en su conjunto está orientado a la atención médica reparadora de la enfermedad y centrada en la institución hospitalaria.

FINANCIAMIENTO SECTORIAL

Las fuentes de financiación para la salud son:

- *El Estado Nacional (administración central y organismos descentralizados):* se nutre fundamentalmente de recursos del presupuesto nacional, a excepción de la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSal) y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP);
- *Los Estados Provinciales y la Ciudad de Buenos Aires:* sus recursos provienen de la coparticipación federal de impuestos, la recaudación de tributos propios y transferencias del Estado nacional;
- *Los municipios:* poseen recursos de la coparticipación provincial y de tributos locales;
- *Las obras sociales nacionales:* sus fondos provienen de aportes de los trabajadores y contribuciones patronales;
- *Las obras sociales provinciales:* poseen las mismas fuentes que las nacionales, más, en algunos casos, aportes de los gobiernos provinciales

- *El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP):* sus recursos se basan en aportes de los trabajadores activos y pasivos y contribuciones patronales;
 - *Los ingresos hogareños:* financian el gasto de bolsillo familiar destinado a la adquisición de seguros voluntarios y al pago de coseguros, copagos y compra directa de bienes y servicios.
- Todos los agentes del seguro de salud (financiadores) deben garantizar a sus beneficiarios un conjunto de prestaciones esenciales, el cual está reglamentado por el *Programa Médico Obligatorio (PMO)* y el *Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE)*.

ACTORES DEL SISTEMA DE SALUD.

Los principales actores del sistema de salud son:

- ***Los Ministerios de Salud:*** La máxima autoridad del Poder Ejecutivo Nacional en materia de salud corresponde al Ministerio de Salud de la Nación, que cumple una función de conducción y dirección política del sistema de salud en su conjunto. Corresponde a cada Ministerio de Salud provincial la gerencia y la gestión política y técnica de las unidades o establecimientos del sistema, para el cumplimiento de programas y actividades de salud en la respectiva jurisdicción política.
- ***El sistema de obras sociales:*** La presencia activa del sindicalismo argentino es un factor relevante en el sistema de obras sociales. En cada rama productiva los sindicatos administran su seguro de salud y pactan con el gobierno las condiciones de trabajo. Las obras sociales están organizadas como un sistema de seguro social obligatorio, que se financia con aportes de trabajadores y empleadores. Muchas de ellas no proveen servicios directamente, pero subcontratan con el subsector privado.

Existen alrededor de trescientas entidades entre obras sociales sindicales y del personal de dirección. Con aproximadamente el 10% del total de las contribuciones se ha integrado el Fondo de Redistribución, controlado por la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSal), que subsidia a las entidades que cuentan con menores aportes.

- **Las aseguradoras de riesgos del trabajo (ART):** El sistema se basa en el funcionamiento de operadores privados, encargados de gestionar y atender las necesidades de prevención y reparación de daños laborales. El sistema está supervisado por la Superintendencia de Riesgos del Trabajo (SRT), vinculada al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTySS), y se encamina hacia un marco regulador completo y la extensión de la cobertura, más allá del mercado formal de trabajo.
- **El subsector privado:** Está compuesto por dos grandes grupos: los profesionales que prestan servicios independientes a pacientes particulares asociados a obras sociales o a sistemas privados de medicina prepaga y los establecimientos asistenciales contratados por aquéllas, incluye también a las entidades sin fines de lucro.
- **La Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT):** Tiene competencia en el control y fiscalización de la sanidad y la calidad de todo producto que pueda afectar la salud humana. Esto comprende: drogas, productos químicos, reactivos, formas farmacéuticas, medicamentos, elementos de diagnóstico, materiales y tecnologías médicas, alimentos acondicionados -incluyendo los insumos específicos, aditivos, edulcorantes y otros ingredientes utilizados en la alimentación humana, también los productos de uso doméstico y los materiales en contacto con los medicamentos, así como los productos de higiene, tocador y cosmética humana, y las drogas y otras materias primas que los componen.

- ***El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP - PAMI):*** Es la institución más grande de la seguridad social argentina, atiende aproximadamente a cuatro millones de personas, entre afiliados y beneficiarios. Se dedica a la cobertura de servicios de salud para los jubilados y sus familias.
- ***La Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSal):*** Se creó con la misión de garantizar a los beneficiarios de las obras sociales la equidad en la cobertura integral médico-asistencial en todos los niveles de complejidad. Para ello, asegura el cumplimiento de normativas y regulaciones y administra los subsidios del Fondo de Redistribución de las **Obras Sociales**.
- ***La Superintendencia Nacional de Servicios de Salud (SSSalud):*** Es un organismo descentralizado del Ministerio de Salud y Acción Social. Goza de autarquía administrativa, económica y financiera y cumple las funciones de supervisión, fiscalización y control de los agentes que integran el Sistema Nacional del Seguro de Salud.

Entidades especializadas: La Secretaría de Programas de Salud tiene bajo su órbita los siguientes organismos descentralizados: la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud "Dr. Carlos Malbrán" (ANLIS); el Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUCAI); el Centro Nacional de Reeducación Social (CeNaReSo); el Instituto Nacional de Rehabilitación y Promoción de Personas con Discapacidad; el Hospital Nacional "Baldomero Sommer"; el Hospital Nacional "Profesor A. Posadas"; la Colonia Nacional "Dr. Manuel Montes de Oca"; los servicios auxiliares de diagnóstico y los bancos de sangre.

PROGRAMA MEDICO OBLIGATORIO (P.M.O.)

El Programa Médico Obligatorio de Emergencia (P.M.O.E. - Res.201/02 M.S.) establece las prestaciones básicas esenciales que deben garantizar, a toda la población beneficiaria, las Obras Sociales y Agentes del Seguro. (Decreto 2724/02).

Anexo I

Este anexo determina la cobertura básica en: Atención Primaria de la Salud; Atención Secundaria; Internación; Salud mental; Rehabilitación; Odontología; Medicamentos; Otras coberturas. Coseguros.

Anexo II: Catálogo de Prestaciones.

Listado de prestaciones que las Obras Sociales y Agentes del Seguro de Salud se encuentran obligados a brindar, según condiciones que se establecen.

Anexo III: Formulario Terapéutico/Listado de principios activos

AnexoIV: Medicamentos.Precios de referencia.

Listados de monodrogas que figuran en el Anexo III agrupadas según sus distintas dosis y formas farmacéuticas. Se estableció el precio de referencia y el 40% del mismo - mínima cobertura obligatoria para las Obras Sociales y Agentes del Seguro de Salud.

LA INSTITUCIÓN:

Las instituciones son parte de una estructura social, son mecanismos a través de los cuales se llevan a cabo determinados programas que llegan al usuario como política social planificada, o como intentos de convertir los programas en tales.

El carácter de una institución se establece en función del régimen legal que la sustenta, sus fines, su financiación, su ámbito, etc.

Así se puede distinguir en: instituciones públicas, privadas y mixtas. También se pueden diferenciar por la actividad que efectúan, es decir instituciones dedicadas a la producción de bienes, a la comercialización y a la prestación de servicios.

En dichas instituciones se atienden necesidades tales como: necesidades de empleo, prestación directa de servicios de salud, ayuda económica, asesoría, orientación, etc.

La relación con el proceso productivo se establece en función del objeto principal de la institución el cual determina la política implementada.

Dentro de toda institución se establecen jerarquías que diferencian los niveles de decisión sobre los objetivos, los fines, la perspectiva institucional, la ejecución y la puesta en marcha de las decisiones tomadas.

DEFINICIONES DE INSTITUCIÓN

"Las instituciones sociales son organizaciones específicas de política social. Se organizan como mediaciones de las clases dominantes para desarrollar y consolidar el consenso social. Ellas aparecen como mecanismos reguladores de las crisis del desarrollo capitalista en todos los niveles." (16)

"Configuración de conductas duraderas, completas, integradas, y organizadas mediante la que se ejerce el control social y por medio de cual se satisfacen los deseos y necesidades sociales fundamentales". (17) "Organización de

conducta pública o semi pública que supone un cuerpo directivo y ordinario. Un edificio o establecimiento físico de alguna índole destinado a servir a algún fin socialmente reconocido y autorizado". (18)

"Un conjunto relativamente unificado o integrados de normas, valores, y conocimientos y en particular por un sistema de estatus con sus correspondientes roles. Integrada por su personal, objetos materiales que intervienen en algún modo en actividades que constituyen los propósitos latente o manifiesto y una red de interacciones (planos morfológico y psicosocial respectivamente)". (19)

(16) Faleiros, Vicente. "Metodología e ideología del Trabajo Social". Ed. Celat. S/D

(17, 18) Faleiros, Vicente. "Metodología e ideología del Trabajo Social". Ed. Celat. S/D

(19) Fairchild, Henry. "Diccionario de sociología" S/d. S/D.

Gino Germani, citado por N. Kisnerman sostiene que:

"Una institución es una estructura formal de relaciones y servicios que se nos presenta como un nivel de complejidades dado por las relaciones de roles que la integran los cuales corresponden al número de tareas diversificadas que componen la actividad global de la misma y el grado de desarrollo alcanzado por dichas tareas" (20) .

"Por organización se entiende un sistema socio técnico deliberadamente constituido para la realización de un proyecto concreto tendiente a la satisfacción de sus miembros y de una población o audiencia externa que le otorga sentido. Esta inserta en un contexto socioeconómico y político con el cual guarda relación." (21)

Se puede afirmar que las organizaciones son sistemas socio técnicos y construcciones sociales en relación con el contexto.

(20)y(21)Kisnerman,N"Servicio Social Pueblo".Ed.Lumen-Humanitas.BsAs.Pág.79

NIVELES DE AUTORIDAD

Se trata de un documento, en el cual se describe la estructura jerárquica de una institución y se especifican las atribuciones, en términos de facultades, para la toma de decisiones, a nivel de persona, grupo de personas, división administrativa, o comité.

Para cada área o ámbito operativo se deben especificar las diferentes facultades que se tienen para la toma de decisión, según el orden o rango jerárquico; estas pueden ser:

- Completa libertad para tomar decisiones,
- Libertad para tomar decisiones, pero con obligación de informar sobre la necesidad tomada.
- Autoridad para tomar decisiones solo bajo consulta y aprobación previa.

EL SERVICIO SOCIAL

Natalio Kisnerman define al Servicio Social como una disciplina que se ocupa de conocer las causas- efectos de los problemas sociales y lograr que los hombres asuman una acción organizativa, tanto preventiva como transformadora que los supere.

Es una intervención intencionada, científica, por lo tanto racional y organizada, en la realidad social, para conocerla, transformarla, contribuyendo con otras profesiones a lograr el bienestar social de la población, entendiendo éste como un sistema global de acciones que respondiendo al conjunto de las aspiraciones sociales, eleva la calidad de vida de una sociedad.

ORIGEN DEL SERVICIO SOCIAL .

El servicio social surge en Estados Unidos en 1900 de la mano de Mary Richmond. Su trabajo comenzó por investigar los casos que sucedían en la Cos (Sociedad de Organización de caridad). De ellos extrajo sus regularidades, ideas de las acciones, comenzó a dar conceptos e ideas y estableció un ordenamiento de la práctica. Aplicó el método científico a una práctica común y afirmaba que no solo el criterio económico daba resultado, sino que las visitas domiciliarias brindaban un gran aporte a los distintos casos.

Mary Richmond produce su obra en el momento en que comienza a hacer eclosión el funcionalismo. Afirmaba que sin investigación social no es posible realizar trabajo social y que los problemas sociales están compuestos por hechos que tomados en conjunto indican la naturaleza de las dificultades de un cliente y los instrumentos para su solución. Como procedimiento utiliza la inducción: proceso racional que permite pasar de una serie de casos particulares a una formulación general, y de una verdad general inferir algunos hechos nuevos acerca de un caso particular.

En América Latina desde sus orígenes hasta la década del sesenta, el Servicio Social surge y se desarrolla como una profesión destinada a atender, orientar y socorrer sectores sociales carenciados que recurrían a las instituciones en busca de apoyo y socorro, y en algunos casos, se la asoció a la justicia social diferenciándose de esta manera del simple benefactorísimo.

Determinadas conquistas sociales y la mejora y profundización, por periodos, de las políticas sociales nacionales (disparas según el país dentro de la región), favorecieron en alguna medida esta orientación.

No obstante la importancia de esta etapa inicial, como ingreso de un enfoque profesionalista en el área, el servicio social no alcanzó, salvo pocas excepciones, un grado aceptable de estructuración metodológica. En general, el espíritu con el cual actuaban los profesionales en las instituciones, no iba mucho más allá del de una interpretación de las necesidades de los asistidos, utilizando como matriz conceptual de respuesta los límites bastante estrechos de las instituciones oficiales empleadoras y de las políticas sociales existentes.

Algo de lo que todavía se da de forma bastante amplia tanto en el medio profesional latinoamericano como en el europeo, aunque allí con mayor disponibilidad de recursos.

Paralelamente a la gestión profesional así concebida, comenzó a superarse el concepto de la profesión en las Escuelas de Servicio Social, muchas de las cuales pasaban a ser universitarias dejando a un lado en la formación profesional las materias de una concepción limitada y asistencialista, como también aquellas que provenían de una etapa en la que se la considero subsidiaria de otras como el derecho y la medicina. En los nuevos planes de estudio se integraron las ciencias sociales, psicológicas y de la conducta. Así mismo comenzó a modificarse el criterio en las asignaturas específicas y metodológicas, comenzándose a jerarquizar los entonces llamados métodos de grupo y de comunidad.

El desarrollismo de la década del sesenta le dio un gran empuje al trabajo comunitario, lo que favoreció el crecimiento metodológico, aunque no su vigencia en programas efectivos. Podría afirmarse que en gran parte de los casos, este entusiasmo por el nivel comunitario de la acción, duro lo que duro el desarrollismo como novedad política continental.

Por un motivo u otro (políticas sociales que avanzan o retroceden, maduración cultural, influencias de otros niveles académicos por su inserción universitaria, independización de otras profesiones, desarrollismo, etc.) encontramos a fines de la década del sesenta, un servicio social latinoamericano que ya ha integrado en sus esquemas de enseñanza los tres niveles de intervención básicos (individual- familiar, grupal y comunitario) y comienza a discutir la metodología científica de la profesión.

El desarrollo académico antes indicado no fue en ningún aspecto un proceso uniforme en Latinoamérica ni dentro de cada país.

En nuestro país, tan solo desde octubre de 1986 existe una Ley Nacional de Ejercicio Profesional. Esta ley reconoce, por esta única vez, la igualdad de los títulos de Asistente Social, Trabajador Social, Doctor en Servicio social, Licenciado en Servicio Social o, Trabajo Social, Visitador de Higiene Social, y Visitador Social. La Ley es demostrativa de que se ha avanzado mucho y que permitirá desde entonces comenzar un porvenir de otro nivel genérico profesional.

Pero también la coexistencia actual de títulos y graduaciones tan diversas, es un indicador de los ajustes anteriormente

señalados.

Cabe destacar que desde la década del sesenta se desarrolla en Latinoamérica el movimiento más importante de transformación profesional, la "reconceptualización". Esta criticó la metodología tradicional, por su conformidad y adaptación al sistema socio político; obstáculo para la realización del hombre. De esta manera se encontraba opuesto un Trabajo Social libertador y otro no comprometido con el cambio social.

Este movimiento trajo aparejadas dos consecuencias fundamentales, una negativa y otra positiva:

- Con su violencia transformadora e inspiración política, arrasó no sólo con los métodos tradicionales, sino con el interés metodológico del Servicio Social en general. Toda la literatura profesional de la época hasta el año 1975, consistió más bien en propuestas ideológicas que no realizaron el esfuerzo de mostrar una articulación razonable con el carácter metodológico aplicado de la profesión. La mitad de la década del setenta constituyó, probablemente el momento de la toma de conciencia colectiva de este aspecto en el seno profesional.
- Aunque aún en su momento de mayor apogeo la reconceptualización no contó con el apoyo teórico de los profesionales, se debe admitir que existe un saldo favorable proveniente de este movimiento. La politización del trabajo social no es algo negativo en si mismo, siempre que no tome la forma de una estrecha acción partidista y siempre que no caiga en formulaciones que,

por su sentido y consecuencias, contradigan los legítimamente fundados proyectos transformadores de la realidad social, acordes con el espíritu de la profesión.

Actualmente casi ningún teórico sostiene la hipótesis de la reconceptualización, pero, como consecuencia de la politización proveniente de ese movimiento, la mayor parte de las tendencias actuales latinoamericanas tienden a enfocar a las necesidades sociales desde perspectivas amplias, macro sociales.

Por otra parte el trabajo social es una profesión con muchos prejuicios surgidos por su mal concepto o por el desconocimiento de la misma. También presenta problemas por su burocratización, ya que muchas veces se persigue puestos de trabajo para lograr un asenso social, aislando, en algunos casos, el contacto directo con el usuario, ofreciendo soluciones prefabricadas que dan respuesta a las necesidades sociales sin hacer partícipes a los usuarios en los programas.

METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN

Margarita Rozas Pagaza entiende al *objeto de interv ención* en la perspectiva del campo problemático en trabajo social, como "una construcción teórico-práctica y producto de procesos sociales particulares.

Se establece el objeto en la medida que existen distintas problemáticas que expresan los actores sociales, dichas problemáticas son expresiones de necesidades sociales que tienen connotaciones ontológicas y antropológicas. El conjunto de estas diversas problemáticas, de algún modo constituyen el objeto de intervención profesional.

Los objetos son expresiones de relaciones sociales y tienen ubicación histórica, por lo tanto, son elaboraciones del pensamiento, que no se encuentran solamente en la circunstancia del dato empírico.

El contexto que determina el ámbito de estas situaciones problemáticas que los actores expresan, está dado por la reproducción cotidiana de la vida social que para el trabajo social se entiende como la explicación de la "*cuestión social*", referida a la relación sujeto-necesidad y entendida como la relación contradictoria capital-trabajo. Ésta relación constituye el núcleo central de un proceso que se explicita en la forma de organización económica, social y política que afecta a la clase trabajadora en su proceso de reproducción biológica y social, así como a los sectores sociales no involucrados en dicho proceso productivo.

La transformación de la sociedad salarial en el contexto de los procesos de globalización de la economía y su implicancia directa en la transformación de la categoría trabajo y, al mismo tiempo, las

mudanzas generadas en los sistemas de protección social, constituyen hoy *"la nueva cuestión social"*.

La reproducción cotidiana de la vida social es entendida como el conjunto de las actividades que los hombres realizan. Agnes Heller considera que el hombre que participa en dichas actividades, es un hombre entero por participar en dicha reproducción con sus sentidos, habilidades, capacidades, pasiones, ideas, ideologías, etc. En este sentido la vida cotidiana es la verdadera esencia de la sustancia social.

Cuando se considera la reproducción de las prácticas de los actores como prácticas cotidianas y se le da el valor de la esencia de la sustancia social, se hace referencia a la reproducción de la estructura y acción de los sujetos en la sociedad, pero en ese proceso de reproducción hay transformación.

La comprensión de la relación estructura y acción permite al trabajador social, explicar de manera precisa el contexto de construcción de su objeto de intervención entrecruzando diversas racionalidades de los actores que interactúan en la acción profesional. En este contexto las prácticas sociales reproducidas por los distintos actores sociales están connotadas de experiencia histórica por lo que sus acciones sociales tienen distintos intereses, motivos y razones expresando el lugar diferenciado de los sujetos en esta sociedad, en consecuencia, el objeto de intervención nace en la interrelación de esos intereses, motivos y razones, por lo que la lectura y posicionamiento de esa realidad debe permitir al trabajador social posicionarse política y éticamente.

El objeto de intervención debe tener en cuenta la teoría de los intereses y de qué forma esos intereses son objetivados por los

actores en la reproducción de sus prácticas cotidianas, fundamentalmente cuando tienen que satisfacer sus necesidades." (22)

En esta línea de análisis planteada por la autora Margarita Rozas Pagaza, la metodología es definida como un proceso, que construye y reconstruye el desarrollo de la práctica.

En consecuencia , *la metodología de intervención* en trabajo social constituye un conjunto de procedimientos que ordenan y dan sentido a la intervención pero fundamentalmente es considerada, como una estrategia flexible que articula la acción específica del trabajador social con el contexto. Una estrategia que permite una reflexión dialéctica y crítica sobre las situaciones problemáticas sobre las cuales se establece la intervención profesional.

En este proceso se pueden combinar abordajes de carácter individual-familiar, grupal-comunitario y distintas técnicas de acuerdo con la problemática del objeto de intervención, también se pueden orientar diversas alternativas de acción en la que estén incorporadas las tres miradas de los actores de la intervención: la institución, el sujeto y el trabajador social. En ésta dirección, la perspectiva teórica y la metodología permiten recrear permanentemente el objeto de intervención y, al mismo tiempo, resignificar el contexto de las prácticas de los actores sociales.

La viabilidad de una metodología de intervención ésta garantizada en la medida que hay una comprensión rigurosa no sólo de la problemática del objeto de intervención sino también del movimiento particular de los actores, de la interpretación correcta de sus necesidades, intereses y aspiraciones.

(22)Rozas Pagaza, M. *Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en Trabajo Social*.Ed.ESPACIO.2002.Pág.69

La función del lenguaje y la comunicación en general son herramientas fundamentales para la acción profesional, dado que el lenguaje y los códigos de comunicación posibilitan conocer el significado que le asignan los sujetos a sus necesidades, así como a sus posibles soluciones. El saber comunicarse y establecer, por lo tanto, un diálogo pertinente con los sujetos de la acción profesional, constituye una fuente de indagación y comprensión sobre el contexto particular de la vida cotidiana de los sujetos. En definitiva, son aspectos necesarios e ineludibles a tener en cuenta para darle contenido y significado a la metodología.

METODOLOGÍA CUALITATIVA

La tarea de reconfiguración y consolidación de los saberes que fundamentan la profesión, le muestran al Trabajo Social Contemporáneo la opción de la metodología cualitativa como camino para acercarse con sistematicidad a la reconstrucción de la compleja realidad social.

“La condición humana esta llena de sorpresas y comprender su esencia es estar en capacidad de entender que muchos de los cambios y dinámicas que en la sociedad se presentan están condicionados por ella”. (23)

Como proceso interactivo e intersubjetivo, la metodología cualitativa ésta caracterizada por reconstruir la realidad social develando las lógicas y sentidos que las acciones, vivencias y experiencias representan para quienes las encarnan, contribuyendo a desentrañar la complejidad de la trama social.

La comprensión del “otro” y la cotidianidad ocupan un lugar central en ella y por eso todos los fenómenos, perspectivas y escenarios, por triviales que aparezcan, son dignos de ser estudiados.

“La postura metodológica de esta concepción es la del examen directo del mundo empírico social, entendido que tal estudio permite al especialista satisfacer todos los requisitos básicos de la ciencia empírica. Enfrentarse a un mundo susceptible de observación y análisis, suscitar problemas con respecto al mismo, reunir los datos necesarios a través de un examen detenido y disciplinario, descubrir relaciones entre las respectivas categorías de los datos, formular proposiciones respecto de esas relaciones,

(23)Vélez Restrepo ,o. *Reconfigurando el Trabajo Social. Perspectivas y tendencias contemporáneas.* ED.Espacio.Colombia.2003.Pág.54

incorporarlas a un Sistema teórico y verificar problemas, datos, relaciones, proposiciones y teorías por medio de un nuevo examen del mundo empírico”
(24)

(24)Delgado,J y Gutiérrez."Métodos y Técnicas cualitativa de investigación en Ciencias Sociales"ED.Sintesis.1998

EL MÉTODO :

Olga Vélez Restrepo define al **método** : “como la concreción de la metodología, una forma particular de actuación profesional que no puede reducirse a la sucesión lineal de acciones que operen apriorísticamente como recetas o esquemas. El método es un recurso analítico y operativo con que cuenta el Trabajo Social para enfrentar de manera racional a los problemas propios de su ejercicio profesional. Dicho de otra manera, es un conjunto de razonamientos analíticos que respaldan acciones específicas y a través del cual se le asigna un fundamento racional a los distintos cursos de acción, constituyéndose en el sustento de la práctica profesional”.(25)

(25)Vélez Restrepo ,o. *Reconfigurando el Trabajo Social. Perspectivas y tendencias contemporáneas.*

PROCESO METODOLÓGICO

Según Olga Vélez Restrepo las acciones correspondientes a cada uno de los momentos presentes en el método de actuación profesional de Trabajo Social son: estudio, diagnóstico, planificación, ejecución, evaluación y sistematización. Los mencionados momentos conforman unidades y especificidades particulares de tal manera que ninguna de ellas está mecánicamente precedida por la otra. Los niveles de desarrollo y sus posibilidades prácticas son diferenciables. Están definidas por las características específicas de las situaciones y contextos donde ellas operan. Asumir el método de actuación profesional como proceso, significa incorporar en su implementación, perspectivas dinámicas, sistémicas y dialogantes que permitan superar concepciones esquemáticas y secuenciales.

Los razonamientos y operaciones presentes en el método de actuación profesional son:

- **El estudio preliminar** , se basa en el razonamiento analítico para obtener un encuadre general de la situación y desarrollar operaciones de carácter investigativo.
- **El diagnóstico** da cuenta del conjunto de conceptualizaciones y tareas cognitivas de aprehensión de la realidad que, mediante razonamientos de tipo reflexivo, permiten describir y caracterizar las situaciones específicas. Es una actividad de carácter investigativa empírica tendiente a la elaboración de razonamientos y juicios analíticos que permiten la

construcción de hipótesis o supuestos, sobre la situación a abordar, anticipando la evolución o desarrollo de la misma.

- **La planificación**, como su nombre lo indica, establece el rumbo de las acciones prácticas a desarrollar y utiliza un razonamiento de tipo analítico. La **planificación** de la acción está conformada por problemas específicos que requieren respuestas profesionales, no teóricas, por lo tanto su finalidad es inminentemente práctica y los criterios que la orientan son de carácter funcional. Es un puente entre el presente y el futuro, define y caracteriza la situación tal y como se presenta en un momento determinado, es decir, con una temporalidad específica, y luego se proyecta, anticipando la situación esperada, de acuerdo a las metas y objetivos situacionales y profesionales que se desean obtener.
- **La sistematización**, en este momento se reflexiona y recupera analíticamente el proceso o experiencia, haciendo uso de la teorización. Es una modalidad de investigación cualitativa y como tal aporta a la producción de conocimiento sobre las realidades específicas donde se realiza "la acción profesional", visibilizando a los sujetos inmersos en dichas prácticas y develando sus lógicas y modos de construcción de la realidad.
- La **ejecución** es la fase de la puesta en marcha u operacionalización de la acción de acuerdo a unos fines, metas y objetivos. Las acciones profesionales, propias de este momento, se encaminan hacia el desarrollo de las

alternativas o acciones mejoradoras según el tipo de actuación profesional que se haya privilegiado (de prevención, atención, promoción, educación), y para evitar caer en el activismo, debido al carácter práctico de dicho momento, hay que desplegar la imaginación, la creatividad y la reflexión.

- La **evaluación** es una etapa eminentemente reflexiva que tiene como finalidad la constatación de los progresos y dificultades obtenidos para el logro de los objetivos últimos. Involucra la función de control de la acción planificada, de tal manera que el curso de la acción o la estrategia implementada no se desvíe de su propósito central. Más que una fase o momento final, la evaluación debe asumirse como un proceso progresivo de revisión y análisis que permita identificar posibles errores o limitaciones e introducir, oportunamente, las necesarias modificaciones, asumiéndolas como un proceso de retroalimentación permanente. También es importante considerar la evaluación como un análisis de desempeño profesional donde se analice la eficiencia y pertinencia de la acción.

“Mediante los razonamientos reflexivos, analíticos y teóricos presentes en los métodos de actuación profesional, el Trabajador Social logra rescatar la importancia de la dinámica situacional, contexto, identificando en ella los núcleos que ameritan atención profesional, sus expresiones más significativas y logros o resultados que, mediante la

acción, se requieren obtener.” (26)

(26)Vélez Restrepo ,o. *Reconfigurando el Trabajo Social. Perspectivas y tendencias contemporáneas.*
ED.Espacio.Colombia.2003.Pág.62

CASO SOCIAL INDIVIDUAL- FAMILIAR.

Beatriz Castellanos afirma que "el Caso Social Individual se define como la atención de la demanda que presenta una persona en una situación concreta y a la que se le responde en consideración a su dimensión psicosocial; incluyendo la historia, pautas culturales y valoraciones (propias y de su contexto); implicando a otras relaciones significativas según la naturaleza de esa demanda, la determinación del sujeto y el criterio profesional" (27)

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

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

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

El trabajador social confronta con realidades complejas, personas vulnerables en situaciones multiproblemáticas.

La toma a cargo de una demanda de atención individualizada "caso social" parte de una dificultad de la persona para afrontar un acontecimiento que genera una situación problemática indeterminada. Se originan diferencias en las relaciones interpersonales, no puede lograrse una visión

(27) Castellanos, B. "la perspectiva de Redes Naturales:Un modelo de trabajo para el servicio social". Ed. Humanitas. Argentina.1998. Pág.145

compartida ni lograr los acuerdos mínimos que requiere el.
manejo adecuado de los emergentes de esa situación

La autora mencionada, afirma que "el objetivo se centra, en promover la capacidad de apropiación objetiva de la realidad social para que las personas puedan construir una posición crítica en su contexto, que les permita afrontar las dificultades, exigencias y expectativas propias y del contexto relacional". (28)

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

(28) Castellanos, B. "la perspectiva de Redes Naturales: Un modelo de trabajo para servicio social". Ed. Humanitas. Argentina, 1998. Pág.144. *ED.Espacio.Colombia, 2003. Pág.69*

CATEGORÍAS DEL PROCESO METODOLÓGICO

EN EL CASO INDIVIDUAL

Beatriz Castellanos sostiene que "discriminar analíticamente los elementos, constitutivos de la situación problemática, requiere dimensionar el problema en aspectos. Cabe mencionar que el contenido de estos aspectos va a develar la naturaleza de la persona y su entorno (familia, red social) así como su funcionamiento psicológico y social. (29)

Para seleccionar los aspectos que conforman la situación problema, se consideran:

- **La persona** : están incluidos los datos básicos concernientes a la persona como: nombre completo, edad, entre otros.
- **Motivo de la demanda** : se da la explicación del problema, pedido y de las expectativas mantenidas en relación con lo que se espera del servicio.
- **Problema** : se debe atender tanto a la naturaleza, origen y factores precipitantes, como a los esfuerzos para resolverlos, la naturaleza de la solución que pretende el TS y la naturaleza de los medios con que cuenta el profesional en relación con la persona y su problema.
- **Motivo Derivante** : es el conocimiento del motivo por el cual la persona es derivada al Servicio Social, para identificar si puede ser tratado desde las incumbencias del servicio.

29) Castellanos, B. "la perspectiva metodológica de redes naturales: Un modelo de trabajo para el servicio social". ED. Hvmánitas: Argentina. 1998 Pág. 145

- **Red Social** : se trata de focalizar la intervención no sólo en la persona, sino también en su entorno. Se tiene en cuenta a la circunstancia que motiva la demanda. Es importante que el trabajador social pueda conocer cómo está conformada la red social: estructura funcionamiento, relaciones entre sus miembros.
- **Calidad de vida** : está relacionada sobre la base de las condiciones físicas, emocionales, intelectuales y sociales. Se vincula directamente con el proyecto vital.
- **Proyecto Vital personal-familiar** : implica las ocupaciones que tienen la persona y el significado que le atribuye. Es decir como la situación problema afecta tanto la persona, su entorno y los roles que desempeñan los miembros de la red.
- **Realidad Económica** : se refiere a la situación patrimonial y laboral de la persona y su entorno. Se relaciona con las posibilidades de afrontar económicamente los emergentes de la situación problema.
- **Realidad Habitacional** : se refiere a las características que tiene la vivienda, condiciones mínimas de comodidad y confort.
- **Expectativas acerca de la institución y del Servicio social** : está relacionado con las inquietudes, intereses de las personas que acuden al servicio en busca de ayuda. Se vincula con lo que se espera recibir del servicio y lo que desean.
- **Realidad Cultural** : se incluyen las valoraciones propias de la persona y su entorno, en relación con la circunstancia

inicial: ideas, mitos, creencias.

- Recursos : se tratan de conocer todos los recursos existentes para la resolución de la situación. En primer lugar se destaca la relación terapéutica es decir: Trabajador Social-Persona-Red, luego los que facilita la Matriz institucional y los recursos comunitarios" (30)

(30) Castellanos, B. "la perspectiva metodológica de redes naturales: Un modelo de trabajo para el servicio social". ED. Hvmánitas. Argentina.1998 Pág.145

LA DIMENSIÓN FAMILIAR.

LA FAMILIA

El matrimonio establece los fundamentos legales de la familia pero la familia puede existir sin matrimonio. Esta puede ser definida como "un grupo doméstico en el que viven juntos padres e hijos. En su forma elemental consta de una pareja con su prole. Suele denominarse a esto familia nuclear, elemental o conyugal. Son muy raras las sociedades en las que no existe este tipo de familia como grupo doméstico" (31) .

La familia es el contexto donde en un sistema social se transmiten los aprendizajes fundamentales.

La familia es un grupo con historia, con un sistema abierto que se auto regula y por eso mismo se encuentra sujeto a las propiedades de los sistemas.

-
(31)Lucy.M"Introducción a la Antropología Social"ED.Alianza.Madrid.S/PÁG.59

EVOLUCIÓN HISTÓRICA

El cambio de la sociedad preindustrial a la sociedad industrial se relaciona con el paso de una familia extensa a una familia nuclear. Esta era el resultado de un cambio gradual, desde unidades amplias en su extensión y complejas en sus funciones, a familias más pequeñas y simples. El cambio se podía pensar hacia la emoción, el individualismo y lo privado, paso de una familia socialmente permeable a una familia socialmente aislada.

"Le Play", encontraba en las zonas rurales los principios de organización familiar que parecían haberse perdido en las ciudades industriales, idealizándose así a la familia rural, considerada como lugar de armonía y seguro para la paz social, proyectándose en ella los valores que hacían posible el resurgimiento de las tradiciones locales.

"Durkheim" analiza el desarrollo de la familia en relación al surgimiento de la sociedad industrial como un proceso de concentración de las relaciones de parentesco. Analiza la evolución de los diferentes tipos de familia desde el clan exógamo hasta la familia conyugal. La familia extensa basada en la comunidad patrimonial, la familia patriarcal romana basada en la autoridad paterna, la familia paternal germánica, basada en la función de parentesco y patrimonio, la familia conyugal basada en el matrimonio y en los lazos de consanguinidad a los que da lugar.

"Weber" analiza la pérdida y desintegración gradual de los grupos familiares en el proceso de desarrollo del

individualismo y racionalidad económica. Todas las sociedades se habían originado en un estadio de parentesco que denominaba a la sociedad y los grupos.

La estructura familiar se fue transformando gradualmente hasta llegar a la familia conyugal, paralelo al desarrollo de la sociedad industrial.

Se da una transformación de la sociedad tradicional basada en la solidaridad del grupo, con pequeñas comunidades de familias enraizadas en la tierra y en cuya relaciones dominaba el parentesco, a una sociedad capitalista que destruye la propiedad colectiva y su lógica económica basada en grupos domésticos, como unidades de producción, para dar paso al desarrollo de la economía monetaria, a una ruptura entre lo económico y lo social, a una clase de trabajadores asalariados y una fuerte movilidad geográfica y social.

Surgen ideas relativas a nuevos sentimientos familiares que presuponían que los sentimientos y actitudes eran propios de un nivel de riqueza de una sociedad. En el pasado la población vivía en nivel de subsistencia en donde no había tiempo para el surgimiento de una nueva vida emocional. Este sentimiento habría surgido entre los ricos y poderosos y se iría extendiendo a las capas mas bajas de la sociedad.

Mas tarde, se pone en duda que Inglaterra hubiera cambiado una sociedad en la que el individuo estaba subordinado al grupo, por una compuesta por individuos autónomos, como tampoco se podía decir que el amor era un invento de la familia moderna. La relación entre amor y matrimonio es una

de las características de la familia europea relacionada con la sociedad moderna.

El papel de la familia ha variado de acuerdo a las sociedades y culturas. En la mayoría de las culturas la familia ha sido patriarcal o dominada por el hombre. La revolución industrial produjo grandes cambios en la estructura de la familia. Muchas personas abandonaron el campo y acudieron a las ciudades para trabajar en fábricas, llevando a la disolución de muchas familias extensas. El régimen patriarcal lentamente fue cediendo terreno a una mayor igualdad entre los dos sexos. Muchas mujeres comenzaron a trabajar fuera del hogar y muchos maridos comenzaron a compartir las tareas domésticas.

En la actualidad se mantiene a pesar de las variaciones regionales, rasgos comunes como familias nucleares más reducidas, mayor longevidad de los miembros de la familia, transformación de las relaciones dentro de la familia.

La formalización del matrimonio está perdiendo importancia, se ha dado un aumento del divorcio, familias uniparentales encabezadas por una mujer.

TIPOS DE FAMILIA:

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

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

- **Familia con vínculo jurídico y/o religioso:** por razones formales o por convicciones religiosas la pareja solemniza su unión.
- **Familia consensual o de hecho:** se considera que la pareja mantiene un vínculo estable, pero que no ha establecido una unión solemne.
- **Familia nuclear:** en este tipo, se da que dos generaciones "padres e hijos" viven juntos. Constituyen estructuras adecuadas para las urbanizaciones.
- **Familia ampliada o extensa:** en ella se da la convivencia de tres generaciones y/o la presencia de otros familiares convivientes.
- **Familia ampliada modificada:** si bien no hay convivencia, las relaciones entre los miembros tienden a un comportamiento clínico.
- **Familia monoparental:** está conformada por el o los hijos y por solamente el padre y la madre, como cabeza de familia.
- **Familia reconstituida o ensamblada con o sin convivencia de los hijos distintas uniones:** es el grupo familiar conformado por una pareja que ha tenido experiencias matrimoniales anteriores.
- **Familia separada:** padres separados que siguen siendo familia en la perspectiva del o de los hijos.
- **Grupos familiares de crianza:** se incluye a situaciones particulares

como la adopción, nietos a cargo de abuelos, etc.

- **Familiarización de amigos:** se reconoce una relación estrecha a los que son entrañablemente amigos.

Uniones libres carentes de estabilidad y formalidad: a juicio del autor no deben ser consideradas como relaciones vinculares familiares.⁽³²⁾

(32)Eroles, C. "Familia y Trabajo Social. Un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional". Ed. Espacio: Argentina,1998,Pág.140.

LA ESTRUCTURA DE LA FAMILIA

La estructura familiar es el "conjunto invisible de demandas funcionales que organiza los modos en que interactúan los miembros de una familia". (33) Es decir la familia es un subsistema que opera a través de un conjunto invisible de demandas funcionales. La repetición de estas demandas establece pautas acerca de cómo, cuando y con quien relacionarse regulando la conducta de los miembros.

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

Sobre la base de lo manifestado por Minuchin, "el sistema familiar desempeña sus funciones por subsistemas. Los límites de un subsistema están constituidos por las reglas que definen quienes participan y de que manera. La función de estos límites reside en proteger la diferenciación del sistema, a través de una adecuada claridad en los límites" (34)

(33) Eroles, C. "Familia y Trabajo Social. Un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional". Ed. Espacio: Argentina. 1998. Pág. 140

(34) Minuchin, S y Fishman, C. OP. Cit. Pag. 99

LAS FUNCIONES FAMILIARES

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

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

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

Siguiendo las consideraciones de Eroles, "las funciones se caracterizan por:

- **Función materna** : esta función se origina por los deseos de tener un hijo. Es la encargada de las conductas nutricionales. Está conectada con la interioridad, los afectos, el cuerpo y las funciones. Es incondicional. Valora más la felicidad que el rendimiento.
- **Función Paterna** : es el reconocimiento del hijo por medio de la asignación del nombre, reconociendo así su paternidad. Es la función discriminadora que sostiene económicamente a la familia. Se conecta con las necesidades mediatas de los hijos: futuro, profesión, etc. Valora más la realización personal y el éxito.

- **Función filial**: conecta a la familia con el futuro. Cuestiona lo establecido y busca romper las estructuras antiguas. Es el futuro que irrumpe en la familia trayendo nuevas ideas, visiones, muchas veces queriendo romper lo anterior.
- Sea como fuere los roles desempeñados dentro de una familia, lo importante es que estas funciones sean ejercidas en forma armónica y equilibrada, sin tener que ajustarse una cuestión de género .(35)

35)Eroles, C. Familia y Trabajo Social. "Un enfoque clínico e interdisciplinario de la intervención profesional". ED. Espacio. Argentina. 1998 . Pág.140

CARACTERISTICAS DEL BUEN FUNCIONAMIENTO

FAMILIAR.

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

FASES QUE ATRAVIESA LA FAMILIA EN SU CICLO DE VIDA.

Estas serán analizadas teniendo en cuenta el criterio del hecho crítico. Frente a esto la familia siente la necesidad de revisar sus modalidades de funcionamiento que resultan inadecuadas en relación con la nueva información entrada al sistema. Si no hay un proceso de reorganización la familia puede verse expuesta al sufrimiento, al malestar y a la patología.

1- "Formación de la pareja"

El hecho crítico de esa fase lo constituye el matrimonio o la convivencia estable de una pareja. Se trata de dos sujetos que provienen de dos familias con distintas reglas. Se definen las fronteras del nuevo sistema conyugal, formándose la identidad de la pareja y se redefine la relación con la familia.

2- "La familia con niños"

El hecho crítico lo constituye el nacimiento de los hijos. La pareja debe abrir las fronteras establecidas para acoger al recién nacido.

Cambio en la definición de la relación entre los integrantes de la pareja, siendo aparte de compañeros, padres.

3- "La familia con adolescentes"

El hecho crítico lo constituye la adolescencia de los hijos. Se

debe dar un aumento aún mayor de las fronteras que permita la desvinculación paulatina de los hijos.

4- "La familia trampolín"

El hecho crítico lo constituye la partida de los hijos del hogar, la aceptación de los padres del deber de separarse de ellos, ampliándose a su vez las fronteras para incluir yernos y nueras.

5- "La familia en edad avanzada".

El hecho crítico lo constituye la jubilación de uno o ambos cónyuges lo que provoca un desequilibrio en la relación de los cónyuges, teniendo que redefinirse las reglas, deberes y espacios individuales.

EVENTO CRÍTICO DESESTRUCTURANTE:

Carlos Eroles "lo define como una situación límite, es decir como una circunstancia sobreviviente que modifica abruptamente las condiciones de vida del contexto familiar, dificultando el desarrollo del proyecto vital.

La familia en crisis es una familia cuyas normas y códigos ya no alcanzan para cumplir sus funciones básicas. Los eventos críticos son contingencias vitales críticas o naturales que afectan al desarrollo de proyectos vital personal y familiar, situaciones específicas que producen desestructuración, externa o interna que sucede a una persona o familia alterando la estabilidad biopsicosocial, iniciándose así una cadena de acciones y reacciones".(36)

Minuchin define a "la crisis como una situación que presenta elementos tan poco habituales que el individuo o sistema se ve obligado a transformarse para afrontar esa situación.

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

Algunos elementos específicos que definen la crisis familiar son:

- Incapacidad para cumplir las tareas habituales.
- Incapacidad para tomar decisiones y solucionar problemas.
- Incapacidad para cuidar de otros.

Son indispensables para superar la crisis de los recursos familiares, el

(36)Eroles, C y Equipo. "Familia: Conflictos y Desafíos. Manual de Prevención y Orientación Familiar". Ed. Espacio. 2000.

apoyo y la red social.

ENFERMEDAD COMO EVENTO CRÍTICO ALTAMENTE DESESTRUCTURANTE DEL EQUILIBRIO INDIVIDUAL-FAMILIAR.

Se puede definir a la enfermedad crónica como la presencia irreversible, con agravación o latencia de estados de enfermedad o deterioro que comprometen a todo el entorno humano en el apoyo, mantenimiento de autonomía o funciones vitales en la prevención de nuevas incapacidades. Esta definición permite conceptualizar la enfermedad y sus características como un fenómeno que actúa sobre el sistema familiar.

Una enfermedad puede ser progresiva, permanente o episódica, sujeta a recaídas.

Una agravación progresiva requiere una constante adaptación a la evolución del estado del paciente y a los cuidados que exige. Si la agravación es lenta la familia corre el riesgo de agotarse durante los años de asistencia cotidiana, si la evolución es más rápida, su ritmo puede desbordar la flexibilidad de adaptación de las personas y los recursos disponibles.

INSTRUMENTOS DE APLICACIÓN EN LA INTERVENCIÓN:

"La instrumentalidad del trabajo social está soportada en un conjunto de técnicas e instrumentos que operan como dispositivos metodológicos de la acción social. El uso de estas técnicas está vinculado con las concepciones y visiones que se tienen sobre la práctica profesional y la realidad social, no estando aisladas de los contextos donde se aplican.

El instrumental constituye una instancia de paso que conecta intención-concepción y operacionalización de la acción, contribuyendo al control, evaluación y sistematización; y está presente en todos y cada uno de los momentos que conforman los procesos de actuación profesional específica.

El instrumental se construye permanentemente en el proceso mismo de la actuación profesional, constituyéndose en el eje operacional de la profesión y abarcando técnicas, conocimientos, competencias y habilidades. Como categoría y recurso metodológico, el instrumental muda de sentido, de acuerdo a los fines y propósitos políticos, sociales, institucionales y cognitivos de la acción social.

La metodología está íntimamente ligada con lo instrumental, definiendo las razones, pasos y momentos que motivan y posibilitan su utilización: Vincula la lógica general del proceso con las operaciones concretas, teniendo un puente entre la relación profesional, el mundo social y la interacción reflexiva, como escenario y objeto de la acción social.

Las técnicas cualitativas son instancias dialogantes que permiten penetrar en la complejidad de los universos de aquellos sujetos sociales con los que interactúa, y en la búsqueda colegiada de fines compartidos. Como soporte de los procesos de actuación profesional, aportan a ampliar la concepción del otro como sujeto hablante donde habitan vivencias y experiencias

particulares que dan cuenta de su especificidad y de los grupos sociales en que se inscribe, retratando de esa manera situaciones sociales particulares y generales."

Entre ella se distinguen:

- **La escucha:** Escuchar es algo más que oír, es dejarse tocar por el relato del otro replanteando posturas, confrontando y validando las propias. En el acto de escuchar las partes involucradas se transforman mutuamente, interpelando con juicio y permitiendo que los reflejos de la voz hablante sean capaz de dibujar en el otro sombras de las dudas, certezas y temores interiores que comprometan la subjetividad.

No se escucha para interpelar al otro desde un discurso ajeno previamente construido, sino para avanzar en la construcción compartida de otros discursos.

- **El diálogo:** es un autoexamen que reconoce la dualidad existente en la unidad del yo y comienza con uno mismo. Un pensamiento que trata de comprenderse, tiene necesidad de descentrarse y distanciarse con relación a sí mismo, necesitando de la mirada y el pensamiento del otro. Para discutir con los demás es necesario estar en capacidad de discutir con uno mismo y viceversa. Aceptar la alteridad y trabajar con ella es dialogar.
- **La creatividad:** es ante todo un acto ético que liga el conocimiento con la creación, o sea con el movimiento que infunde vida, no con el descubrimiento; ella es el motor que impulsa la búsqueda hacia la construcción de mundos nuevos y distintos, dando lugar a los sueños y a las utopías.
- **La reflexión crítica:** es un proceso mediante el cual se toma clara consciencia de lo que ocurre en nuestro interior, reconociendo límites y posibilidades y estando abiertos a reconocer y aprender de los errores.

Es una forma consciente y clara de deconstruir para levantar nuevas opciones.

- **La observación:** alude a la capacidad de asombro y de pregunta que moviliza la posibilidad de descubrir lo nuevo en el rastro de lo aparentemente traidado o establecido, situando la realidad en perspectiva polifacética y atrevidas.

La observación sistemática permite visualizar aquellos lugares comunes de la vida cotidiana que se asumen como obvios, descubriendo cosas que no todos conocen y señalando patrones que, aunque ocultos, afectan a la gente "común y corriente". (37)

- **Observación Documental:** Esta técnica hace posible la obtención de una serie de datos que son directamente observables, a través de la lectura de informes, documentos, historias clínicas etc. (38)
- **La entrevista:** diálogo inter subjetivo: la entrevista es un evento dialógico, propiciador de encuentros 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 realidad sociocultural de cada uno de los sujetos implicados.

Su implementación exige como requisitos el desarrollo de la capacidad dialogante y de la escucha para captar detalles sutiles, aparentemente poco relevantes, que estimulan el acto del habla hasta lograr centrar y configurar la temática. En ella no se interpela al entrevistado desde la postura preelaborada del entrevistador, éste tiene que colocarse en el lugar del otro para comprender el sentido de lo que ésta expresando en los planos analógicos (no verbal) y dialógico (verbal).

La entrevista tiene un gran valor pragmático y cognitivo. A través de la información e interacción generada en ella, es posible develar lógicas de

(37)Vélez Restrepo ,o. *Reconfigurando el Trabajo Social. Perspectivas y tendencias contemporáneas.* ED.Espacio.Colombia.2003.Pág.105

(38)Ander-Egg."Diccionario de Trabajo Social".Ed.Lumen.Bs As.1995.Pág.78.

reconstrucción de prácticas sociales, vivencias, experiencias de los sujetos sociales y todo un sistema de representaciones que dan cuenta del mundo de la vida y, por lo tanto, del mundo social. Las preguntas que orientan la misma están referidas a comportamientos pasados, presentes y futuros y se ubican en el orden de lo realizado o realizable, construyendo así futuros posibles y deseables.

REDES SOCIALES :

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

Las redes sociales primarias : son un conjunto de personas que se conocen entre sí, unidas por vínculos de familia, amistad, vecindad, trabajo, estudio, ocio.

Configuran una totalidad en la que sus miembros están unidos por relaciones de naturaleza afectiva-positiva, más que por su carácter funcional.

La naturaleza de las relaciones que se dan en su interior está basada en la reciprocidad, mediada o inmediata y casi nunca simétricas ni equivalentes en intensidad y contenidos.

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

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

Para el modelo de Redes naturales, el trabajador social es un

orientador y guía relacional, facilita procesos que llevan de la demanda de lo individual a lo colectivo, de la dependencia a la autonomía, promueve la vida de la red y facilita intercambios apunta a la agilización de la resolución de problemas comunes, acompañando a la red, en un proceso hacia la autonomía, evitando que las decisiones sean tomadas por el mismo o las redes secundarias.

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

Si se considera que la vida del sujeto se juega a nivel del encuentro real que cada uno tiene en la vida cotidiana con las relaciones significativas de su red vincular, las redes son la expresión e una estrategia relacional que la persona desarrolla para responder a sus necesidades en la construcción de su proyecto vital .

EL TRABAJO EN EQUIPO:

El mismo se asocia a la necesidad de producir algo. Actividad compleja para la que se convocan distintas personas. Douglas Mc Gregor elabora lo que se ha llamado "el equipo eficaz", una tabla de valores que trata de que todos los que trabajan en el equipo compartan una filosofía social. Así, como principales características podemos mencionar:

- Todos los integrantes deben desarrollar la comprensión y el acuerdo mutuo.
- Identificación de todos los integrantes con los objetivos.
- Comunicación libre y abierta, lo que requiere confianza y respeto.
- Confianza y respeto mutuo.
- Desarrollar el concepto de equipo lo que implica la presencia de las partes para que funcione.
- Utilizar las capacidades y habilidades de todos los integrantes.
- Creación de un liderazgo adecuado.
- Manejo eficaz de los conflictos. Estos deben ser enfrentados y no se los debe ocultar.

Dentro de lo que constituye un equipo se mencionan los siguientes tipos

- ***Equipo intra disciplinario*** : constituido por una disciplina y especialidades afines a esa disciplina.
- ***Equipo multidisciplinario*** : conformado por equipos profesionales de muchas disciplinas e intentan llegar a una

metodología que las integra.

- ***Equipo interdisciplinario*** : defiende las fronteras y límites de cada profesión.
- ***Equipo meta disciplinario*** : Rompe las fronteras, consiste en un pensar juntos elaborando un metodología propia, Liderazgo democrático.

TRABAJO DE CAMPO :

El presente trabajo constituye una sistematización de la práctica de pregrado.

Se considera una sistematización, debido a que se describe, articula y recupera la experiencia pre-profesional, para así alcanzar una mayor comprensión de la práctica. Se ordena y relaciona lógicamente la información que la misma suministró, traduciéndola en significados desde la teoría en unidad teoría-práctica.

En primer lugar se describe la matriz y sistema institucional. Luego, se expone las características relevantes de los pacientes en tratamiento. En último término y en relación a la población que se asiste en la institución, se presentan cuatro casos en los que se interviene y se da cuenta de la sistematización.

Para comenzar con el estudio se recolecta y analiza información documental y bibliográfica específica sobre el tema abordado. Como también se consideran los datos recabados acerca de pacientes en tratamiento en la institución (Cendial).

Las técnicas de recolección de datos utilizados son:

- **La técnica de entrevista**, con la intención de abrir la información y explorar posibilidades comunicativas, orientando su utilización hacia las configuraciones de sentido, respecto de las experiencias personales de los pacientes, relacionadas a su enfermedad y tratamiento, y a las implicancias de éstas.
- **La encuesta social**: esta técnica se implementa con el propósito de contemplar la identificación personal del paciente, las características habitacionales, los servicios sanitarios, la composición del grupo

familiar, el aspecto médico del paciente y las observaciones efectuadas por el encuestador.

- **La observación documental**, hace posible la obtención de una serie de datos que son directamente observables, a través de la lectura de informes, documentos, historias clínicas etc.

A lo largo de la experiencia institucional también se emplearon las técnicas de: diálogo, creatividad, y reflexión crítica con el propósito de facilitar la búsqueda interactiva de comprensiones pertinentes a la actuación preprofesional.

DESCRIPCIÓN DE LA MATRIZ Y SISTEMA

INSTITUCIONAL:

CENDIAL, es una institución privada mixta abocada al tratamiento de la IRC. Funciona en la ciudad de Mar del Plata desde hace 25 años en la calle Jujuy 1224, a cargo del Dr. Enrique Inchausti, de lunes a sábados abarcando turnos desde las 6 hs. hasta las 22hs.

En la misma se atienden 77 pacientes de los cuales una minoría posee cobertura social, en tanto que otra parte es atendida como beneficiaria de un convenio establecido entre este Centro y el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, por el que pacientes que no pueden ser atendidos en el HIGA (Hospital Interzonal general de agudos) son derivados a esta institución u otras avocadas a brindar este mismo tratamiento.

La institución esta integrada por equipo médico, técnicos especializados, personal administrativo, una terapeuta ocupacional, una psicóloga y una asistente social, interviniendo en el logro del objetivo general de la Institución, el cual está orientado a procurar una mejor calidad de vida para los pacientes en tratamiento. Cabe destacar la existencia del "Grupo Vida " conformado por pacientes que concurren a la institución, abierto a la incorporación de nuevos miembros.

El área de servicio social guarda relación más directa con las áreas de psicología, terapia ocupacional y el área médica. En

cuanto a los otros sectores se puede decir que el área de servicio social interviene con total autonomía dentro de la organización.

La frecuencia y carga horaria con la concurren los profesionales de las distintas disciplinas son las siguientes:

- **Área médica y técnica:** concurren de lunes a sábados desde las 6hs hasta las 22hs.
- **Área de psicología y terapia ocupacional:** los días y horarios de concurrencia no están fijados por la institución.
- **Área de servicio social:** cinco horas diarias de lunes a viernes en diferentes turnos.

La circulación del poder dentro de la institución se da de acuerdo a las relaciones jerárquicas, las cuales no se encuentran establecidas formalmente, ni reflejadas en documento tipo organigrama.

Los recursos materiales que dispone la institución son: dos vehículos para el traslado de los pacientes en tratamiento que requieren de este servicio. Durante las horas de tratamiento que el paciente permanece en la institución se les brinda un desayuno y merienda reforzado, Televisión en las habitaciones en donde se realiza el tratamiento.

El espacio físico, esta conformado por dos oficinas administrativas, tres habitaciones destinadas al tratamiento de la enfermedad, sala de espera, cocina, deposito, baño, lavadero y cuarto de deposito de residuos.

El servicio social carece de un espacio físico propio dentro de la institución. Esta área no siempre existió dentro de la organización. La misma funciona desde hace 9 años.

Durante este tiempo las problemáticas sociales han variado, han ido incrementando, y se ha modificado su complejidad. Si bien estos factores constituyen limitaciones importantes, el servicio social ha podido conformar un grupo con pacientes de la institución lo cual ha implicado un cambio importante en el tratamiento de quienes asisten al mismo. Las dimensiones contextuales que impactan en mayor medida son: la laboral, la socioeconómica, la familiar y la emocional. Todas ellas se encuentran estrechamente vinculadas entre sí dado que la patología a la que se da tratamiento en la institución, al ser de carácter crónico, requiere de un tratamiento prolongado y continuo (las sesiones se realizan tres veces por semana durante cuatro horas) lo cual repercute en el área laboral dificultándole la posibilidad de trabajar.

Esto trae en muchos casos consecuencias económicas difíciles de sobrellevar, a su vez la dinámica familiar se va alterando, pudiendo producirse un cambio de roles dentro de esta. El estado de ánimo del paciente es muy cambiante, resultándole dificultoso aceptar la enfermedad crónica de la que padecen, prevaleciendo en muchos de ellos la idea de la muerte.

OBJETIVOS PLANTEADOS POR EL SERVICIO SOCIAL

Los mismos están orientados a:

- Contribuir al mejoramiento y/o sostenimiento de la calidad de vida del paciente que ingresa a tratamiento de hemodiálisis.
- Lograr que el paciente y su núcleo familiar este informado sobre el tratamiento de hemodiálisis pudiendo así aceptar su enfermedad y colaborar con el tratamiento médico.
- Desarrollar estrategias que contribuyan al sostenimiento de la función en el rol establecido en la dinámica familiar, falta de adecuación a nuevos roles, incomprensión, problemas familiares, intervención y contención.
- Estimular al paciente para el desarrollo de sus potencialidades, el uso de diversos recursos comunitarios y lograr la participación activa del paciente y de su grupo familiar.

PROPÓSITOS DE LA INTERVENCIÓN:

- Reconocer al paciente como sujeto activo en el proceso de su tratamiento.
- Indagar acerca de las modificaciones que el tratamiento impone en la vida cotidiana del paciente
- Conocer la red personal y las funciones que los miembros de la misma ejercen sobre el apoyo del paciente.
- Explorar sobre el conocimiento que tiene el paciente sobre la patología y los niveles de adaptación para afrontar la misma.
- Conocer su trayectoria de vida con el propósito de identificar sus potencialidades.

INSTRUMENTOS DE INTERVENCIÓN DEL SERVICIO

SOCIAL:

- Entrevistas individuales.
- Entrevistas familiares.
- Entrevistas domiciliarias
- Encuestas sociales
- Técnicas grupales
- Enlaces interinstitucionales
- Organización de micro emprendimientos.
- Observación documental

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN META:

En el ámbito de la Región Sanitaria VIII se encontraban 552 pacientes, realizando tratamiento de hemodiálisis de los cuales 342 son varones y 210 mujeres, ubicándose en las siguientes franjas etáreas:

- Menos de 10 años: 0
- Entre 10 y 17: 3
- Entre 18 y 24: 19
- Entre 25 y 29: 22
- Entre 30 y 39: 60
- Entre 40 y 49: 61
- Entre 50 y 59: 96
- Entre 60 y 69: 122
- Entre 70 y 79: 127
- Más de 80: 42

CARACTERÍSTICAS RELEVANTES COMUNES A

LOS PACIENTES EN TRATAMIENTO:

- Desconocimiento de la enfermedad por parte del paciente y su grupo familiar.
- Pacientes excluidos del mercado productivo o de sus tareas habituales.
- Graves problemas sociolaborales.
- Deterioro de lazos afectivos-vinculares. Cambio de roles.
- Diversos problemas psicológicos relacionados con fantasías de mutilación y muerte.

FORMA DE ACCESO A LOS CASOS SOCIALES :

El servicio social accede a los casos sociales por demanda espontánea, por señalamientos provenientes de otros profesionales, por demanda de familiares del paciente, interconsultas, y demás profesionales miembros de la institución y por criterio del propio servicio a través de la implementación de diferentes técnicas como:

- Observaron documental (historia clínica)
- Entrevistas en sede: con el paciente, con la familia, e informantes claves.
- Entrevistas domiciliarias; contacto con informantes calificados.

PROCESO DE INTERVENCIÓN :

En este proceso las etapas que han sido incluidas en la modalidad de atención del servicio son:

- Estudio: en este momento la trabajadora social se apoya en el razonamiento analítico de los siguientes aspectos de conocimiento: Datos personales del paciente, de vivienda, cobertura social, servicios sanitarios, composición del grupo familiar y cohabitantes, aspectos médicos, económicos, nivel de instrucción, estructura barrial, recursos comunitarios.
- Diagnóstico
- Planificación.
- Sistematización
- Ejecución
- Evaluación
- Cierre de la intervención

REGISTRO DE LA INTERVENCIÓN :

La modalidad utilizada por el servicio es la evolución de historia clínica, y registro personal en cuaderno de campo.

MODALIDAD OPERATIVA EN LA PRÁCTICA

INSTITUCIONAL :

Abordaje en el tratamiento de Hemodiálisis .

Las disciplinas que intervienen en el tratamiento son:

- Medicina: cardiología, nefrología, clínica médica.
- Enfermería.
- Psicología.
- Terapia ocupacional
- Servicio Social.

Todas ellas están orientadas en su intervención a alcanzar el objetivo general de la Institución.

EL PROCESO DE ATENCIÓN :

Por tratarse de una institución receptora básicamente de demanda de atención médica, la admisión es llevada a cabo por personal médico competente.

Estudio de casos:

Caso: 1

Tipo de derivación: Demanda espontánea.

Motivo de consulta: Solicitud de ayuda en alimentos e información para gestionar una pensión graciable por parte de la cónyuge del paciente.

Motivo de intervención: Estudio y evaluación social.

Procedimientos: Entrevista individual al paciente y a su cónyuge.

Datos personales:

Nombre del paciente: José

Edad: 35 años

Estado civil: casado.

Nivel de instrucción: secundario completo.

Cobertura social: no posee.

Localidad: Mar del Plata. Pcia. de Buenos Aires.

Red familiar conviviente:

- **Cónyuge:** Luciana. 34 años de edad. Presenta diagnóstico de ceguera. Tiene como práctica de subsistencia la limosna. Mantiene vínculo afectivo fuerte y positivo con el paciente.

Red familiar no conviviente:

- **Suegra:** Sara. 58 años de edad. Empleada administrativa. Mantiene relación conflictiva con el paciente y su cónyuge. No tiene comunicación con el matrimonio. Cobra una asignación familiar, siendo la titular de la misma su hija (esposa del paciente).

- **Padre:** Carlos. 69 años de edad. Viudo. Reside en la ciudad de Mar del Plata. Realiza trabajos en la construcción. No tiene ingresos estables. Presenta diagnóstico de etnolista. Colabora económicamente con el paciente en la medida de sus posibilidades.

Aspecto Habitacional:

Vivienda:

- Urbana.
- Tenencia: alquilada.
- Tipo: departamento.
- Dormitorios: uno.
- Ambientes: 2

Servicios:

- Agua corriente.
- Red cloacal.
- Iluminación eléctrica.
- Gas natural.

Aspecto Económico:

- Ingresos: \$300 mensuales (Limosna).
\$200 mensuales (padre)

Total de ingresos: \$500

- Egresos: \$250 mensuales (alquiler).
\$250 mensuales (servicios y canasta de alimentos)

Observación: No cubren la satisfacción de las necesidades básicas, teniendo en cuenta que la canasta básica de alimentos supera los \$250.

Reseña de historia de vida:

Paciente no vidente proveniente del HIGA derivado para tratamiento de hemodiálisis a Cendial.

Presenta diagnóstico de: IRCT, Diabetes. Manifiesta permanentes quejas de dolor, requiriendo dosis de morfina como calmante.

José refiere: "En el año 1998 tuve que dejar de trabajar por razones de salud. Por tal motivo no tengo trabajo formal, ni ingresos estables. Esto repercute seriamente en mi situación económica cotidiana".

"Me casé con Luciana hace 3 años, ella también es no vidente. Vivimos en una casa alquilada. Todavía no hemos tenido hijos".

Ambos tienen como práctica de subsistencia "la limosna", que la solicitan en la entrada de un supermercado céntrico.

Luciana manifiesta: "vamos a todos lados juntos, somos muy compañeros y nos contenemos mutuamente".

El padre del paciente los ayuda en la medida de sus posibilidades.

Carecen de información, en relación a los cuidados básicos del tratamiento de hemodiálisis. No cumple con las recomendaciones médicas y dieta establecida por el equipo médico.

Su esposa, afirma: "Mi madre no quería que viva con él. Tengo una relación conflictiva con mi familia de origen, quienes no aceptan mi matrimonio, ni colaboran en la mejora de nuestra situación. Mi madre y mis hermanos mayores, me encerraban para impedir que me encontrase con él, hasta que en una fiesta de fin de año, pude escaparme. Después de este momento, comencé a convivir con José, y al poco tiempo nos casamos".

Agrega: "mi mamá cobra una asignación por mi discapacidad, de la cual, no recibo nada".

Impresión Diagnóstica:

Red personal primaria restringida y homogénea conformada por el matrimonio y familia de origen.

Lazos distantes con un miembro, suegra. Lazos fuertes con cónyuge. Esta brinda apoyo afectivo y contribuye con el apoyo económico.

Patología impacta negativamente en la inserción laboral. Desarrolla trabajo precario informal que no asegura su subsistencia diaria.

Cuidados insuficientes e interrumpidos en el tratamiento. Falta de información respecto del mismo.

Calidad de vida modificada a partir del ingreso al tratamiento de hemodiálisis, el cual no le permite sostener un trabajo formal ni satisfacer las necesidades básicas.

Desintegración familiar y alteraciones afectivas en sus miembros.

Plan de acción:

- Realizar entrevistas con la esposa del paciente y su madre a fin de procurar un acercamiento entre ellas.
- Brindar información sobre los requisitos necesarios para gestionar una pensión graciable, con el propósito de lograr una mejora en su situación económica.
- Gestionar la ayuda en alimentos en CUCAIBA.
- Informar y asesorar al paciente y a su esposa, en relación a la importancia de los cuidados necesarios en el tratamiento de hemodiálisis.

Caso 2

Tipo de derivación: pedido de ínter consulta del Dr. Inchausti.

Motivo de consulta: necesidades básicas insatisfechas.

Motivo de intervención: Estudio y evaluación social.

Procedimientos: Entrevista individual con la paciente.

Datos personales:

Nombre de la paciente: Nicolasa.

Edad: 66 años

Estado civil: casada

Nivel de instrucción: primario completo.

Cobertura social: no posee.

Localidad: Mar del Plata. Pcia de Buenos Aires

Red familiar conviviente:

- **Hija:** Ana. 41 años de edad. Ama de casa. Desempleada. Vive en pareja con sus dos hijos y mantiene un vínculo fuerte con su madre.
- **Yerno:** Oscar. 45 años de edad. Trabaja como sereno, tiene ingresos insuficientes. Mantiene una buena relación con la paciente.
- **Nietos:** Lautaro y Matías de 4 y 17 Años de edad. Ambos Estudiantes. Han establecido una fuerte relación afectiva con la paciente.

Red familiar no conviviente:

- **Esposo:** Carlos. 70 años de edad. Jubilado. Reside en Santiago de Estero, no tienen comunicación desde hace tres años, ni colabora económicamente con la paciente

Aspectos habitacionales:

Vivienda:

- Urbana
- Tenencia: propia
- Tipo: casa
- Habitaciones: 3

Servicios:

- Agua corriente.
- Iluminación eléctrica.
- Gas envasado.

Aspecto económico:

- Ingresos: \$450 mensuales(verno)
- Egresos:\$450 mensuales(alimentos y servicios)

Reseña de historia de vida:

Paciente con diagnóstico de IRCT. En tratamiento por cáncer intestinal. Oriunda de Santiago del Estero, reside en Mar del Plata desde hace 5 años. Casada. Su marido se encuentra en Santiago del Estero. Nicolaza, manifiesta: "no tengo buena relación con él. Aproximadamente, desde hace tres años no nos comunicamos, ni siquiera telefónicamente. Es muy violento y prefiero no tener ningún contacto con él."

No posee cobertura social ni ingresos propios.

Vive con su hija, la pareja de esta y sus dos nietos menores. La familia depende económicamente de los ingresos (\$450) de la pareja de su hija los cuales, según refiere la paciente no son suficientes.

Demanda ayuda en alimentos y ropa para sus nietos. Sostiene: "es muy difícil esta situación para nosotros, sobre todo, cuando no tenemos comida o ropa para mis nietos cuando hace mucho frío". "Con mi problema de salud, tampoco puedo dejar de alimentarme. Los nenes algunas veces van a un comedor infantil que está ubicado a una cuadra de nuestra casa"

Impresión diagnóstica:

Buena dinámica familiar. Contención afectiva fuerte del grupo conviviente. Lazos distantes con un miembro de la familia, cónyuge.

Paciente con patologías múltiples que provocan su incapacidad laboral y las necesidades básicas insatisfechas.

Ingresos económicos insuficientes, que no aseguran la subsistencia cotidiana del grupo familiar.

Tiene conocimiento de los cuidados necesarios que implica el tratamiento de hemodiálisis.

Calidad de vida alterada a partir del ingreso al tratamiento de hemodiálisis, el cual ha provocado su incapacidad laboral.

El grupo familiar colabora con el acompañamiento afectivo, material y contribuye a la satisfacción de las necesidades básicas.

Plan de Acción:

- Brindar información sobre los requisitos necesarios para gestionar una pensión graciable, a fin de alcanzar una mejora en su situación económica.
- Informar sobre la gestión para ayuda en alimentos en CUCAIBA.
- Informar sobre la gestión para ayuda en vestimenta en Caritas.
- Realizar un seguimiento del caso.

Caso: 3

Tipo de derivación: Demanda espontánea.

Motivo de consulta: Solicitud de la esposa del paciente de información y orientación por maltrato físico y psíquico por parte del paciente.

Motivo de intervención: Estudio y evaluación social.

Procedimientos: Entrevista individual con la esposa del paciente en la institución sede.

Datos personales:

Nombre: Helena

Edad: 48 años

Localidad: Mar del Plata, Pcia. De Buenos Aires

Estado Civil: En concubinato.

Nivel de instrucción: primario completo.

Cobertura social: no posee

Red familiar conviviente:

Pareja: Rómulo. 56 años. En tratamiento de hemodiálisis. Mantiene una relación conflictiva y de violencia con Helena y con el resto del grupo familiar. No posee ingresos estables ni cobertura social. Esta tramitando una pensión graciable.

Hija: Celeste. 27 años de edad. Separada de su pareja recientemente, por ser víctima de violencia física y verbal.

Trabaja en la industria pesquera.

Vive con su hija de tres años, en la casa de sus padres. Tiene confrontamientos verbales continuos con su padre (paciente) y mantiene una buena relación de contención y apoyo con su madre.

Hijos: Pablo y Gastón. 9 y 11 años de edad. Ambos concurren a escuela de educación especial, por problemas de aprendizaje. El hijo mayor tiene conductas agresivas con su madre.

Red familiar no conviviente:

Hermana: Susana. 53 años de edad. Empleada doméstica. Reside en Buenos Aires. Le ofrece su casa para vivir junto a sus hijos hasta lograr independizarse, y así poder superar la situación de violencia familiar.

Aspecto Habitacional

Vivienda:

- Urbana
- Tenencia: propia
- Tipo: casa
- Habitaciones:2
- Materiales de construcción: chapa y ladrillo sin revocar.

Servicios:

- Bomba de agua
- Iluminación eléctrica.
- Gas envasado.

Aspecto económico:

- Ingresos:

\$500 mensuales. (Helena)

\$500 mensuales. (Hija)

- Egresos:

\$1000 mensuales. (Alimentos, servicios y educación de los hijos.)

Reseña de historia de vida:

Helena, reside en la ciudad de Mar del Plata. Convive con su pareja (paciente en tratamiento), sus tres hijos y una nieta.

La misma manifiesta: "estoy muy angustiada, tengo temor por el maltrato físico, verbal, psicológico y sexual que recibido de mi esposo, maltrato que en ocasiones se hace extensivo a nuestros hijos". "Como consecuencia de esta situación, mis dos hijos menores concurren a escuelas de educación especial por trastornos en el aprendizaje. No quiero vivir más esta situación, pero al mismo tiempo tengo miedo, porque él me amenaza con quitarme la tenencia de mis hijos".

Continúa el relato afirmando: "Las condiciones materiales de mi casa, son muy precarias. Tenemos piso de tierra, las habitaciones están subdivididas con cortinas de tela y las aberturas están cubiertas con nylon".

Helena realiza trabajos domésticos y su hija mayor actividades en la industria pesquera. Por los cuales perciben, \$500 mensuales cada una.

La pareja del paciente se encuentra temerosa a actuar para revertir la situación de maltrato con la que se enfrenta diariamente.

Impresión diagnóstica:

Red personal primaria conformada por el sector familiar de origen y procreación.

Vínculos fuertes con sus hijos, quienes les brindan contención y apoyo afectivo. Lazos distantes con cónyuge por situación de violencia familiar.

Red social restringida.

Trabajo informal e inestable, el cual no permite asegurar la satisfacción de las necesidades básicas cotidianas, ni contribuir a la mejora de las condiciones habitacionales. Los ingresos son insuficientes e inestables.

Contribuye con los cuidados necesarios para el tratamiento del paciente.

Necesidades básicas insatisfechas.

Falta de información acerca de los recursos existentes e instituciones que abordan la problemática de violencia familiar.

Situación de riesgo social, por violencia familiar.

Plan de acción:

- Brindar información sobre posibles instituciones que abordan la problemática del "maltrato" a fin, que pueda ser asesorada en el tema.
- Orientación y apoyo social.
- Realizar visita domiciliaria.
- Brindar información para la gestión de ayuda en alimentos y ropa con el objetivo de contribuir con la satisfacción de estas necesidades.
- Seguimiento, evolución de situación de riesgo.

Caso 4

Tipo de derivación: demanda espontánea del paciente.

Motivo de la consulta: solicitud de ayuda en alimentos y ropa.

Motivo de intervención: estudio y evaluación social.

Procedimiento: entrevista con el paciente en la institución sede.

Datos personales.

Nombre: Horacio

Edad: 54 años

Estado civil: casado

Cobertura social: no posee

Nivel de instrucción: estudios primarios incompletos.

Red familiar conviviente:

- **Cónyuge:** Maria. 49 años de edad. Brinda apoyo y contención a su marido. La familia depende económicamente de sus ingresos como empleada doméstica (\$50 semanales).
- **Hija mayor:** Paula. 32 años de edad. Mantiene una buena relación con el paciente. Colabora económicamente con su familia cuando las oportunidades laborales lo permiten, percibe por los mismos \$400 mensuales.
- **Hijos menores:** Marcos, Lucas y Martín. 14, 11 y 9 años de edad. Concurren a la escuela. Apuntalan afectivamente al paciente.

Aspectos habitacionales:

Vivienda:

- Urbana
- Tenencia propia
- Tipo: casa
- Habitaciones: 2
- Materiales de construcción: chapa y ladrillo hueco.

Servicios:

- Agua corriente
- Luz eléctrica
- Gas envasado

Aspecto económico:

- Ingresos:
 - \$400 mensuales. (Cónyuge)
 - \$200 mensuales. (Hija)
- Egresos:
 - La familia dispone de \$600 mensuales, para cubrir las necesidades del hogar, percibidos por las tareas realizadas por la mujer e hija mayor del paciente.

Reseña de historia de vida:

Paciente con diagnóstico de IRC, derivado del HIGA a CENDIAL para tratamiento sustitutivo de hemodiálisis.

Nacido en San Juan, vive en la ciudad de Mar del Plata desde hace más de 30 años.

Manifiesta: "actualmente no trabajo a causa de mi enfermedad. Anteriormente navegaba en embarcaciones pesqueras. Estoy tramitando mi jubilación por incapacidad laboral. No poseo ingresos propios".

"La casa donde vivo es de mi propiedad, está ubicada en zona urbana. Construida con ladrillo hueco y techo de chapa. Se encuentra en muy malas condiciones. Tiene goteras, le faltan vidrios y no tiene gas natural, uso garrafa".

Allí convive con su esposa, y sus cuatro hijos. La familia subsiste con los ingresos que aporta su esposa (\$50 semanales), y su hija mayor (\$400 mensuales). Ambas realizan trabajos domésticos.

Sus otros tres hijos son menores por lo que no colaboran económicamente con la familia.

Afirma tener conocimiento de los cuidados que requiere su enfermedad, el tratamiento, y dice contar con el apoyo de su familia para llevarlo a cabo.

Impresión diagnóstica:

Red personal restringida al grupo familiar, conformada por el matrimonio y su procreación. Quienes le brindan apoyo económico y contención afectiva. Vínculos fuertes, establecidos por todos los miembros del grupo familiar.

Paciente crónico, con discapacidad laboral. Semi- dependencia en las actividades de la vida cotidiana.

No posee ingresos propios. Depende de los ingresos de su esposa e hija, los cuales no son suficientes dado que ninguno de los dos empleos son estables.

Cumple con los cuidados necesarios que requiere el tratamiento y su familia, contribuye con los mismos. Buena adaptación al tratamiento.

Bajo nivel de instrucción escolar.

Vivienda en malas condiciones habitacionales. Necesidades básicas insatisfechas.

El grupo familiar colabora con el acompañamiento afectivo, material y contribuye a la satisfacción de las necesidades básicas.

Plan de acción:

- Brindar información sobre la gestión en CUCAIBA para ayuda en alimentos.
- Brindar información para la gestión en Caritas de ayuda en vestimenta.
- Realizar un seguimiento del caso.

CONCLUSION:

Teniendo en cuenta el estudio de casos llevado a cabo y el contenido teórico en el cual se sustentó, se concluye diciendo que los pacientes con los que se ha intervenido presentan casi en su totalidad una calidad de vida alterada.

Los mismos carecen de una satisfacción mínima aceptable del complejo de necesidades humanas tanto en forma individual como en su grupo familiar.

Algunas de las dimensiones que integran el constructo mencionado se ven alteradas por el tratamiento, generando modificaciones en la integración social del paciente; en las habilidades funcionales, limitándolo en la realización de sus actividades de la vida diaria.

Por otra parte se trata de pacientes con un bajo nivel de instrucción y escasos recursos económicos.

La imposibilidad de estos de llevar a cabo una actividad laboral con las exigencias que esta implica, hace que los ingresos económicos disminuyan, dependiendo de lo que puedan aportar otros miembros de la familia.

No poseen cobertura social, motivo por el que son atendidos como beneficiarios del convenio establecido entre el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires y los Centros privados de hemodiálisis, siendo en este caso Cendial el centro receptor.

La dinámica familiar se ve alterada por las implicancias del tratamiento. Sin embargo en casi todos los casos el grupo conviviente se constituyó como centro de apoyo y contención para el paciente.

El conocimiento de la enfermedad y de los requerimientos del tratamiento varía entre los casos estudiados.

En aquellos en los que la información y el conocimiento es escaso puede generarse cierta limitación, desmotivación y desinterés por el seguimiento

de las indicaciones médicas. Por ello surge la necesidad de un refuerzo educativo orientador, permanente y motivador destinado a las personas bajo tratamiento sustitutivo de hemodiálisis.

En este ámbito la intervención del Servicio Social tiene un alto alcance dado que lo social es considerado por los profesionales de la institución un aspecto importante de esta enfermedad.

El tratamiento de hemodiálisis tiene implicancias sociales graves y difíciles de asumir para el paciente y su entorno familiar, como la pérdida de la actividad laboral, deterioro de lazos afectivos vinculares, cambio de roles, problemas socioeconómicos, pacientes excluidos del mercado productivo y tareas habituales.

Un adecuado apoyo familiar en los momentos de crisis, en colaboración con el grupo de profesionales intervinientes, es un factor importante en el proceso de adaptación.

Entre los pacientes que padecen la IRC, se considera que cada uno de ellos tiene una vivencia particular de la enfermedad. Ella dependerá de su historia, de sus características personales y de su entorno socio afectivo. Sin embargo a medida que transcurre el tratamiento, los sentimientos de desesperanza y angustia que surgen en ellos son comunes a todos los pacientes.

En este tipo de pacientes el riesgo de suicidio es importante, dado que en ciertos casos la falta de apoyo familiar, la personalidad dependiente e insatisfecha, y las tendencias pasivas muy marcadas son aspectos que pueden favorecer las tendencias suicidas.

Es por esto que se considera necesario que el Trabajador social acompañe al paciente con IRC, en su proceso de aprendizaje de situaciones alternativas, que se puedan presentar en su quehacer cotidiano. La influencia de la intervención profesional facilitará a dar precisión, planeamiento y

efectividad a la orientación, organización y movilización que el paciente realice.

Se entiende, que es de suma importancia que el Trabajador social contribuya en el tratamiento integral del paciente, orientándolo a resolver situaciones problemas que interfieran en su tratamiento, o que perturben al paciente y a su familia.

Así, la calidad de vida que logre será resultado, de la adecuación médica de su diálisis, de su proceso de adaptación psicológica y de su red interpersonal.

En este sentido la institución integrada por distintos especialistas esta orientada a procurar una mejor calidad de vida para los pacientes en tratamiento.

En lo que respecta al Servicio Social, se manifiesta una correspondencia entre la relación de misión, objetivos y funciones en el plano ideal, con el tipo de estructura y organización en el plano real concreto dentro de la institución.

Surge un compromiso y respeto por la problemática que se aborda aunando los esfuerzos con las distintas disciplinas en el cumplimiento de los objetivos propuestos por la institución, a través de una adecuada utilización de los recursos físicos, materiales y humanos con los que cuenta la misma.

En el modelo institucional se ha ido incorporando al tratamiento médico, una perspectiva psicológica y social (esta última desde hace nueve años), como aspecto relevantes en el tratamiento de la IRC, brindando total autonomía en el trabajo a cada uno de los distintos sectores profesionales que integran la institución.

PROPUESTA:

- Elaborar un organigrama, con el propósito de plasmar a través de este documento formal la descripción de la estructura organizativa donde se establecen las relaciones jerárquicas, los principales puestos, funciones, y unidades de trabajo.
- Conformar un equipo de trabajo interdisciplinario concreto, conformado por los profesionales de Servicio social, psicología, y Terapia ocupacional, los cuales deberán implementar una metodología que integre éstas disciplinas, para que de esa manera alcancen una intervención más eficiente e eficaz.

BIBLIOGRAFÍA

- De Robertis Cristina. "Metodología de la intervención en Trabajo Social". El ateneo. Barcelona.1992
- Hamilton. "Teoría y practica de T.S. de Casos".Fournier, SA. Mexico.1982.
- Luppi, Francesco. "Servicio social y modelo Sistémico".s/d. s/d
- Lucy Mair."Introducción a la antropología social". Alianza Editorial.Madrid.
- Barrera Fernandez, J. "La supervisión en Trabajo Social".Ed. Paidos Iberia.España.1997.
- Williamson, Margaret. "Supervisión en Servicio Social de grupo".Ed. Humanitas, Buenos Aires 1984.
- Aguilar Idañez, M. " Introducción a la Supervisión".Ed.Lumen.Buenos Aires.1994
- Faleiros, Vicente de Paula." Metodología e ideología del Trabajo social." Ed Celats.
- Dewey, J. "Naturaleza humana y conducta" Ed.Fondo de Cultura Económica. México.1964.
- Richmond, Mary. "Caso Social Individual".Ed. escuela Nacional de Educación Publica. Buenos Aires. "
- Mead, G. "Espíritu, persona y sociedad" Ed.paidos. México.1993.
- Schutz,A. " La construcción significativa del mundo social".S/D.S/D.
- Módulos de trabajos correspondientes a las Unidades de Practica integradas I, II, III, IV.
- Kisnerman, Natalio. ¿Qué es la sistematización?. ED. Lumen-Hvmanitas. Buenos Aires. s/d.
- Aguayo, Cuevas. Fundamentos teóricos de la sistematización. Revista de Trabajo Social Nº 61.Santiago de Chile.1992.
- "Grupo de vida". Revista Nº 1, 2 y 3.Mar del Plata. 2004.
- www.cucaiba.gba.gov.ar
- Goldfarb D, Nally Joseph. Etiología, Patogenía y manejo de la insuficiencia renal. S/D.S/D.S/D
- Pérez Loredo. Adelantos de la hemodiálisis en los últimos 20 años .S/D.2001.
- Cortez,F,Videla T. The essential of nursing in hemodialysis.S/D.2001..
- Eroles,Carlos. Familia y Trabajo Social. Un Enfoque Clínico e Interdisciplinario de la Intervención Profesional .BsAs, Editorial Espacio, 1998.

- Cagneten, Mercedes. *Hacia una Metodología de la Sistematización de la Práctica* --Ficha de Cátedra de la Unidad de Práctica Integrada, UNMDP, 1997.
- www.who.int/topic/es/
- Challús, S. Burgos, R. "La Nefrología Latinoamericana". Ed: Fotocromos. Bs. AS.1999. Pág. 160
- Kesner, Pablo. "Aspecto psicosociales del paciente en hemodiálisis". S/D. S/D
- Prece, G y Schufer M. "Entre la espada y la pared" ED. Biblos. Bs. As.1994.
- Fairchild, Henry. "Diccionario de sociología" S/D. S/D.
- Rozas Pagaza M. Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en trabajo social. ED. Espacio.2002
- Vélez Restrepo, O. Reconfigurando el Trabajo Social. Perspectivas y tendencias contemporáneas. ED. Espacio. Colombia.2003.
- Castellanos, B. "La perspectiva de Redes Naturales: Un modelo de trabajo para el servicio social". Ed Hvmantitas. Argentina.1998.
- Velasco, G. Gibeaud, D." Tesis de Licenciatura". La intervención del Ts en la demanda individual - familiar en un Hospital de agudos de alta complejidad de la ciudad de Mar del Plata. 2003.
- Eroles, C. "Familia y Trabajo Social". Ed. Espacio. Argentina.1998.
- Minuchin, S y Fishman, C. Técnicas y Terapia Familiar 3" Ed. Paidós. Argentina.1992.
- Eroles, C y Equipo. "Familia: Conflictos y Desafíos. Manual de Prevención y Orientación Familiar" Ed. Espacio. 2000
- Delgado, J y Gutierrez. "Métodos Y Técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales" ED. Síntesis.1998.
- Ander-Egg. "Diccionario de Trabajo Social" Ed. Lumen. Bs. As.1995.
- Valsachi, B. Apuntes de Cátedra: Sociología de la familia. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. UNMdP
- Perlman, H. "El Trabajo Social Individualizado". España. Ed, Rialp SA,1965.
- Rozas Pagaza M. La Intervención en Trabajo Social. Propuesta Metodológica. Ed. Espacio.1998

