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

2012

La intervención profesional en el área de la discapacidad

Melta, Marcela

http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/495

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA. FACULTAD DE SERVICIO SOCIAL.

TESIS: "LA INTERVENCION PROFESIONAL EN EL AREA DE LA DISCAPACIDAD"

INTEGRANTES:

-MELTA MARCELA
-VILLANUEVA VALERIA

DIRECTORA DE TESIS: LIC. MARIA JOSE ULLUA
CO-DIRECTORA: LIC. MARIA CRISTINA ALVAREZ

Biblioteca C.E.C.S. Y S.S.
Inventario 4272
Signatura Top
Vol.:
Ejemplar:
Universidad Nacional de Mar del Plata
24 NOV 2012

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

Agradecimiento

A todas las personas que participaron e hicieron posible el proyecto, Muchas gracias por su apoyo y enseñanza; a Cristina Álvarez, María José Ullua .

Sin ustedes no hubiera sido posible.

A quienes participaron en la fase de investigación. A las instituciones G.A.M.A y Hogar de María.

A todos ustedes que nos permitieron llevar adelante nuestra investigación.

Y en especial a nuestras familias y amigos, que nos han dado su apoyo y acompañamiento, en este proceso que un día comenzamos y hoy después de mucho esfuerzo estamos culminando.

MUCHAS GRACIA

INTRODUCCION

La elección del tema de investigación surge a partir de nuestra inserción en la práctica PRE-profesional, llevadas a cabo en dos ONG's de la ciudad de Mar del Plata, Grupo Autoayuda Mal de Alzheimer (GAMA) y el HOGAR DE MARIA, ambos atienden las necesidades de grupos etáreos que se encuentran en diferentes etapas del desarrollo de la vida, se enfocan en la atención de sujetos que padecen enfermedades discapacitante permanente irreversible y progresivas.

El Hogar de María se caracteriza por focalizar la atención en niños desde su nacimiento hasta la mayoría de edad, con patologías discapacitante neurodegenerativas congénitas o adquiridas. GAMA atiende las necesidades emergentes de la población adulta que padece enfermedad discapacitante neurológica adquirida que produce trastornos neurocognoscitivos.

Desde nuestra experiencia pre profesional creemos que las actuaciones se constituyen por los encuadres institucionales, ante esta afirmación nos preguntamos cuales son las estrategias de intervención de los profesionales del Servicio Social, que implementan ante una misma problemática y diferentes instituciones, por tal motivo nuestro objetivo general es:

*analizar el rol del trabajador social en la temática de discapacidad desde las estrategias de intervención institucionales y el grupo etáreo de intervención de dichas organizaciones.

A través de los objetivos específicos nos proponemos identificar, describir y analizar aspectos comparativos que constituyen la intervención del trabajador social en la temática de discapacidad de cada una de las organizaciones.

INDICE

PRIMERA PARTE:

CAPITULO 1 DISCAPACIDAD:

*DEFINICION DE DISCAPACIDAD

*TIPOS DE DISCAPACIDAD

*DEMENCIA, SÍNTOMAS, NIVEL DE DETERIORO

CAPITULO 2 FAMILIA:

*DEFINICION DE FAMILIA

*FUNCIONES DE LA FAMILIA EN EL CUIDADO DE A DISCAPACIDAD

CAPITULO 3 ONG's:

*DEFINICION DE ONG's

*TIPOS DE ONG's

*LAS ONG's EN EL MARCO DEL NUEVO ORDEN MUNDIAL

*CULTURA ORGANIZACIONAL

CAPITULO 4 TRABAJO SOCIAL Y DISCAPACIDAD:

*EL TRABAJO SOCIAL Y SU RELACION CON EL CAMPO DE SALUD Y LA NUEVA CUSTION SOCIAL

*TRABAJO SOCIAL Y FAMILIA

*NECESIDADES FAMILIARES

*DEMANDDES FAMILIARES

*PROCESO DE INTERVENCION PROFENSIONAL

SEGUNDA PARTE

CAPITULO 5 METODOLOGIA DE INVESTIGACION:

*DEFINICION DE INVESTIGACION SOCIAL

*CARACTERISTICAS DEL PARADIGMA CONTRUCTIVISTA DE INVESTIGACION SOCIAL

*METODOS Y TECNICAS DE EN EL DISEÑO METODOLOGICO CUALITATIVO.

CAPITULO 6 DESCRIPCION DE LAS ORGANIZACIONES:

GAMA: (Grupo autoayuda mal de Alzheimer)

*ORIGEN

*MISION

*VISION

*ESTRUCTURA

*RECURSOS

*PROYECTOS

HOGAR DE MARIA.

*ORIGEN

*MISION

*VISION

*ESTRUCTURA

*RECURSOS

*PROYECTOS

CONCLUSIONES:

BIBLIOGRAFIA:

PRIMERA PARTE

MARCO TEORICO

CAPITULO 1

DISCAPACIDAD

DISCAPACIDAD

Definiciones de acuerdo a Organismos Internacionales

Los organismos internacionales se han abocado a definir este concepto, encontramos así que, La convención nacional sobre los derechos de las personas con discapacidad es un instrumento internacional de derechos humanos de las naciones unidas o derechos internacionales de derechos humanos destinados a proteger los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad.

Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencia física, mental, intelectual o sensorial a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, En igualdad de condiciones con los demás.

La convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad, se incorpora al derecho interno de nuestro país a través de la ley Nº 26378, a punta exclusivamente a evitar la discriminación, promover, proteger y garantizar el pleno disfrute de los derechos humanos de las personas con discapacidad y garantizar que gozan de plena igualdad ante la ley.

La Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), fue puesta en marcha por primera vez en los años setenta y publicada en 1980 por la Organización Mundial de la Salud

En la CIDDM se introdujeron los conceptos de:

Deficiencia: en el ámbito de la CIDDM el término "deficiencia" hacía referencia a las anormalidades de la estructura corporal, de la apariencia, así como de la función de un órgano o sistema, cualquiera que fuese su causa; en principio, las deficiencias representaban trastornos en el ámbito del órgano. La CIDDM, dentro de la experiencia de la salud definía por tanto a la deficiencia como:

"Toda pérdida o anormalidad de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica".

Discapacidad: La discapacidad reflejaba la consecuencia de la deficiencia desde el punto de vista del rendimiento funcional y de la actividad del individuo;

La discapacidad representaba por tanto, trastornos en el ámbito de la persona. La CIDDM dentro de la experiencia de la salud la definía como: "Toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad
en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano"
Minusvalía: Este término hacía referencia a las desventajas experimentadas por el individuo como consecuencia de las deficiencias y discapacidades, así pues, la minusvalía reflejaba una interacción y adaptación del individuo a su entorno. La CIDDM dentro de la experiencia de la salud, la definió como: "Una situación de desventaja para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo y factores sociales y culturales)
-Funcionamiento y Discapacidad se entienden como una relación compleja o interacción entre el estado de salud y los factores contextuales (Ej. factores ambientales y personales) Existe una interacción dinámica entre estos factores: las intervenciones en un elemento tienen el potencial de modificar otros elementos relacionados. Las interacciones son específicas y no siempre se dan en una relación Unívoca predecible. Las dimensiones hacen referencia a un estado de funcionamiento o discapacidad de la persona.
-La interacción funciona en dos direcciones; incluso la presencia de la discapacidad puede modificar el estado de salud en sí misma. Uno puede:
-Tener deficiencias sin tener limitaciones en la actividad (Ej. una desfiguración como consecuencia de la lepra puede no producir limitaciones en la actividad);
-Tener limitaciones en la actividad sin deficiencias evidentes (Ej. realización pobre de las actividades diarias asociado a muchas enfermedades);
-Tener problemas de participación sin deficiencias o limitaciones en la actividad (Ej. una persona VIH positiva o un ex-paciente recuperado de una enfermedad mental que se enfrentan al estigma);
-Tener limitaciones en la actividad sin problemas de participación (Ej. un individuo con limitaciones en la movilidad, puede tener maneras alternativas de moverse proporcionadas por la sociedad para que participe en situaciones importantes de la vida);

-Experimentar un grado de influencia en dirección contraria (Ej. la inactividad de las extremidades puede causar atrofia, la institucionalización puede resultar en pérdida de las habilidades sociales).

TIPOS DE DISCAPACIDAD

Existen los distintos tipos de discapacidad: física, psíquica, sensoriales, e intelectuales, o mentales.

Cada uno de los distintos tipos se pueden manifestar en diferentes grados de discapacidad, y una persona puede tener varios tipos de disparidades al mismo tiempo, con lo cual encontramos un amplio abanico de personas con disparidad.

DISCAPACIDA FISICA

La discapacidad física se puede definir como una desventaja, resultado de una imposibilidad que limita o impide el desempeño motor de la persona afectada. Esto significa que las partes afectadas son los brazos/ o piernas.

CRITERIOS DE IDENTIFICACION:

Las causas de las discapacidades físicas muchas veces están relacionadas a problemas durante la gestación, a la condición de prematuro del bebe o a dificultades en el momento del nacimiento. También pueden ser causados por lesiones medulares en consecuencia de accidentes, o problemas del organismo.

DISCAPACIDAD SENSORIALES:

La disparidad sensorial corresponde a las personas con deficiencia visual, a los sordos y a quien presentan problemas de comunicación y lenguaje.

CRITERIOS DE IDENTIFICACION:

Son patologías muy importantes de considerar dado que conllevan graves efectos psicosociales. Producen problemas de comunicación del paciente con su entorno lo que lleva a una desconexión del medio y poca participación en eventos sociales. También son importantes factores de riesgo para producir o agravar cuadros de depresión. Un diagnostico y tratamiento precoz son esenciales para evitar estas frecuentes complicaciones.

Las deficiencias auditivas pueden ser adquiridas cuando existe una predisposición genética (por Ej.: la otosclerosis), cuando ocurre meningitis, ingestión de medicinas (que ocasiona daños a los nervios de la audición). Otra causa de deficiencia congénita es la contaminación de la gestante a través de ciertas enfermedades como rubéola, sífilis, sarampión, etc., además de la ingestión de medicamentos que dañan el nervio auditivo durante el embarazo.

DISPACIDAD PSIQUICA:

Se considera que una persona tiene discapacidad psíquica cuando presenta "trastorno en el comportamiento adaptativo, previsiblemente permanente".

CRITERIOS DE IDENTIFICACION:

La disparidad psíquica pueden ser provocadas por diversos trastornos mentales, como la depresión mayor, la esquizofrenia, el trastorno bipolar, los trastorno de pánico, el trastorno esquizomorfico y el síndrome orgánico.

DISCAPACIDAD INTELECTUAL O MENTAL:

La discapacidad mental es una "función intelectual por debajo del promedio, que coexiste con limitaciones relativas a dos o mas de las siguientes áreas de habilidades adaptativos: comunicación, auto-cuidado, habilidades sociales, participación familiar y comunitarias, autonomía, salud y seguridad, funcionalidad académica, de ocio y de trabajo. Se manifiesta antes de los 18 años de edad.

CRITERIOS DE IDENTIFICACION:

La consideración de discapacidad intelectual requiere de la coexistencia de tres criterios relacionados entres si:

La existencia de un funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media.

La presencia de dificultades en dos o más habilidades adaptativos.

Que su manifestación se haya dado antes de los 18 años.

El funcionamiento intelectual hace referencia a un nivel de inteligencia inferior a la media. La concepción de inteligencia que se maneja a este respecto es la propuesta por Gardner, quien habla de la existencia mas que de una capacidad general, de una estructura múltiple con sistemas cerebrales semiautonomos, pero que, a su vez, pueden interactuar entre si. En cuanto al uso de un coeficiente de inteligencia, de uso común, para que se pueda hablar de discapacidad intelectual debe estar por debajo de 70 y debe producir problemas adaptativos.

Las habilidades adaptativos hacen referencia a la eficacia de la persona adaptarse y satisfacer la exigencia del medio. Estas habilidades deben ser relevantes para la edad de que se trate, de tal modo que la ausencia de ella suponga un obstáculo.

Lo normal es que una disparidad intelectual significativa se detecte ya en edades tempranas.

CAUSAS:

* Factores genéticos, como en el caso del síndrome de down, es decir trinomio del cromosoma 21.

* Errores congénitos metabólicos, como la fenil cetonuria.

* Alteraciones del desarrollo embrionario, en las que se incluye las lesiones prenatales.

*Problemas perinatales, relacionados con el momento del parto.

*Enfermedades infantiles, que pueden ir desde una infección grave a un traumatismo.

*Grave déficit ambientales, en los que no existen condiciones adecuadas para el desarrollo cognitivo, personal y social.

-Accidentes de transito.

-Accidentes laborales.

-Enfermedades profesionales.

En la actualidad la medicina occidental debate sobre la categorización y su inclusión de la demencia en el área de salud mental. Por considerar que los aspectos relevantes que componen el síndrome demencial corresponden a enfermedades neurodegenerativas (enfermedad de ausencia, Alzheimer, demencia vascular, Parkinson, demencia por cuerpo de Lewis).

Es de destacar que se observa que la alteración neurodegenerativa implica en algunas situaciones la alteración del juicio y la conducta por motivo del daño producido en el lóbulo frontal.

Los últimos congresos internacionales sobre la temática intentan englobar a este conjunto de enfermedades con el nombre de "Deterioro cognitivo mayor".

.ENFERMEDAD DE ALZHEIMER

La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad degenerativa, que lenta y progresivamente destruye células del cerebro. Lleva este nombre por Alois Alzheimer, un neurólogo alemán, quien, en 1907, describió por primera vez los síntomas así como las características neuropatológicas de la enfermedad tales como placas y nódulos en el cerebro. La enfermedad afecta la memoria y el funcionamiento mental (Ej.: pensar y hablar, etc.), pero también puede llevar a otros problemas como confusión, cambios de humor y desorientación en el tiempo y el espacio.

Al principio, los síntomas de dificultad en la memoria y la pérdida de habilidades intelectuales pueden ser tan leves que no se detectan, ni por la persona concernida ni por los familiares y amigos. Sin embargo, al progresar la enfermedad, los síntomas se vuelven cada día más apreciable y empiezan a interferir en el trabajo rutinario y las actividades sociales. Las dificultades

prácticas con tareas cotidianas como vestirse, lavarse, ir al baño, se convierten, gradualmente, en alteraciones tan graves que, con el tiempo, la persona se vuelve totalmente dependiente de los demás. La enfermedad de Alzheimer no es infecciosa ni contagiosa. Es una enfermedad terminal, que causa un deterioro general de la salud. No obstante, la causa más común de muerte es la neumonía o la infección urinaria, ya que al progresar la enfermedad, el sistema inmune se deteriora con la consiguiente pérdida de peso, que aumenta el riesgo de infecciones.

Los pacientes con Enfermedad de Alzheimer presentan un fenómeno llamado anosognosia. Esta condición se basa en el desconocimiento parcial o total que tiene el paciente de su situación intelectual, negando tener problemas. El grado de anosognosia es directamente proporcional al estadio de la enfermedad, pero frecuentemente en estadios tempranos de la misma ya se presenta.

La demencia es una afección cerebral adquirida, que produce una alteración de las funciones intelectuales y/o de la conducta del sujeto

(Respecto a un estado anterior conocido o estimado), de suficiente importancia como para interferir ampliamente con las actividades del diario vivir, e independiente de alteraciones del estado de conciencia.

ETAPAS DE LA ENFERMEDAD

Etapa inicial:

En el período inicial de la enfermedad, aparece una clara pérdida de memoria que comienza a interferir en las actividades. Los pacientes fallan en el aprendizaje de nuevas informaciones y no recuperan la información que olvidaron cuando se les ofrecen claves.

Se vuelven reiterativos, tienen intrusiones y falsos reconocimientos. Se olvidan de lo que realizaron recientemente pero conservan muy bien la memoria lejana. La memoria semántica o de los conceptos comienza a estar alterada. La memoria implícita está intacta. En el resto de su parte cognitiva alguna dificultad en su orientación temporal, se observan fallas en el pensamiento abstracto y en la capacidad para planificar actividades o comportamientos

complejos. Van perdiendo sus hobbies y requieren cierta supervisión en su cuidado personal.

La conciencia que tienen de su alteración y su motivación va a determinar las posibilidades para ayudarlos a sobrellevar sus alteraciones mnésicas. En efecto en la medida de que el paciente sea más conciente, es más susceptible de querer participar en toda actividad que lo pueda ayudar a mantener un nivel de funcionamiento adecuado. Se dice, clásicamente, que la anosognosia es proporcional al déficit cognitivo pero muchas veces no lo es y el paciente, claramente, desconoce lo que le está pasando.

1) Memoria: moderada perdida, más marcada para eventos recientes. El problema interfiere con la vida cotidiana.

2) Orientación: dificultad con las relaciones temporales. Está orientado en el espacio, pero puede tener desorientación geográfica.

3) Juicio: moderada dificultad en el manejo de los problemas domésticos, no puede resolver adecuadamente situaciones que resolvía antes. Su juicio social (adaptación) está aún conservado.

4) Vida Social: tiene dificultades para planificar las actividades sociales, falla en el manejo del dinero, pero en una visión rápida de los amigos puede aparecer como normal.

5) Hobbies: empiezan a aparecer ciertas dificultades en las tareas hogareñas, aún realiza adecuadamente las tareas rutinarias, pero si sale de las mismas aparecen claramente las fallas.

6) Cuidado personal: requiere supervisión, pero aún es independiente.

Etapa Intermedia:

Después de varios años (2 a 10 años), la enfermedad de Alzheimer que empezó siendo un compromiso muy selectivo de la memoria, extiende estas alteraciones mnésicas, el paciente se desorienta en tiempo y a veces en espacio y aparecen los síntomas afásicos (fallas en el lenguaje, faltan la palabras), apraxicos (dificultades para resolver tareas que realizaba bien previamente, como vestirse) y agnósicos (trastornos en el reconocimiento) que

juegan claramente a favor del diagnostico ya evidente, en este momento, para todos. No puede mantener actividades independientes.

Los tipos de memoria afectados son la memoria episódica, donde los pacientes tienen alteraciones marcadas de los recuerdos recientes, todo lo nuevo lo olvidan de inmediato. Aumentan las reiteraciones tanto de preguntas como de comentarios. La memoria semántica se afecta más, faltan las palabras, fallan en darle el nombre a objetos y a familiares y empiezan a mezclar unas palabras con otras. Ciertas memorias implícitas y la memoria procedural restan aún normales.

1) Memoria: ya hay una severa pérdida de la memoria, sólo recuerda aquello que fue aprendido muy intensamente. Todo lo nuevo lo olvidan rápidamente. Olvidan domicilios y números de teléfono.

2) Orientación: severa dificultad con las relaciones temporales, usualmente desorientados en el tiempo y a veces en el espacio.

3) Juicio: severa dificultad en el manejo de los problemas domésticos, no resuelven ninguna de las situaciones que resolvían antes. Su juicio social (adaptación) está afectado.

4) Vida Social: no pueden mantener actividades independientes fuera de la casa, no puede viajar solos.

5) Hobbies: se preservan las actividades simples y se restringen los intereses.

6) Cuidado personal: requieren asistencia para vestirse y en la higiene personal.

Etapa Tardía:

Después de una duración variable de 8 a 12 años, la sintomatología se completa y se alcanza la fase de estado de la enfermedad con una demencia masiva, comprometiendo todas las funciones intelectuales, con graves alteraciones globales de la memoria, comienzan a desconocer su domicilio y a sus familiares cercanos. El sujeto es totalmente inconsciente de todos los eventos y experiencias recientes de su vida. Retienen algunos elementos de su pasado, pero de forma muy imprecisa. En este momento están

comprometidos todos los tipos de memorias, debido al deterioro de la memoria episódica son incapaces de retener palabras, por la alteración de la memoria semántica tienen una severa falta de palabras (anomia) y solo pueden nombrar cosas simples. La memoria implícita tiene ciertos sectores aún conservadores. El lenguaje se vuelve telegráfico y muchas veces inadecuado, evolucionando hacia un mutismo con expresiones limitadas a sonidos.

1) Memoria: hay una pérdida severa de la memoria y sólo conservan fragmentos de la misma.

2) Orientación: severa dificultad con las relaciones temporales y espaciales, conservan durante un período la orientación en persona que luego pierden.

3) Juicio: no pueden resolver ningún problema o situación que antes resolvían. Su juicio social (adaptación) esta abolido.

4) Vida Social: no tienen ninguna actividad fuera de la casa.

5) Hobbies: no realizan actividades significativas en el hogar.

6) Cuidado Personal: requieren ser vestidos y mucha ayuda en la higiene personal. Aparece incontinencia urinaria y fecal.

DIEZ SIGNOS DE ALERTA

1) Disminución de la memoria reciente que afecta el desempeño en el trabajo.

2) Dificultades en el desempeño de tareas familiares

3) Problemas del lenguaje

4) Desorientación en tiempo y lugar

5) Pobre o disminuida capacidad de juicio

6) Problemas con el pensamiento abstracto

7) Extravío de cosas

8) Cambios del ánimo o del comportamiento

9) Cambios en la personalidad

10) Disminución de la iniciativa

CAPITULO 2

FAMILIA

Cuando una discapacidad afecta a un miembro de una familia el impacto de la misma tendrá mas o menos repercusión según la presencia, ausencia o déficit de los siguientes factores: situación económica, numero de miembros disponibles en el seno familiar, tipos de vínculos afectivos en la familia, tipo de relación conyugal, nivel cultural, entorno social, características físicas de la vivienda, estado de salud de los cuidadores.

Dado que cada familia es un sistema abierto, compuesto de elementos humanos que forman una unidad funcional, regida por normas propias, con una historia propia e irrepetible y en constante evolución.

El crecimiento de una familia se produce por la relación de sus miembros entre si y con otros sistemas ajenos a ella, en una cadena sin fin de informaciones y retroalimentaciones.

Cualquier cambio en algún miembro influye en todos los demás y el todo volverá a influir en los elementos, haciendo que el sistema se forme de modo diferente. La familia se rige por reglas que solo tienen validez y sentido en su seno, vive de las interrelaciones entre sus miembros, consideradas como circulares. Se autorregula con la compensación de dos fenómenos contrarios: homeostasis y cambio.

El sistema familiar se mantiene por dos tipos de funciones:

a) Genéricas: son las reglas universales que gobiernan la organización familiar, jerarquía de poder, procreación, socialización, etc. En estas funciones tiene un papel importante el discapacitado.

b) Idiosincrásicas: Implican las expectativas mutuas de los miembros familiares .Vienen dadas por la forma peculiar de relacionarse a lo largo de los años. Los mitos, los rituales, atesorados por los ancianos, hacen precisamente, que estas funciones tengan un contenido y que cada familia sea distinta.

El agotamiento de los recursos económicos, emocionales o físicos también es un aspecto importante en la vida diaria de la persona que se encarga de la atención de un discapacitado.

Algunos ejemplos de los problemas que se presentan para proporcionar las atenciones adecuadas son los siguientes:

1. la preocupación constante acerca de lo que va a ocurrir en cualquier momento (incontinencia de esfínteres, caídas, extravíos mentales, cambios del humor, descuidos con el gas, fallas de memoria, etc.)

2. La tensión que se origina cuando el discapacitado no tolera variaciones en su horario o ambiente por mínimas que fueran y se disgusta si se producen cambios en la hora de comida o de aseo, o le cambian de lugar algún objeto.

3. La incertidumbre acerca del tiempo que se prolongara la situación.

4. La necesidad de hacer gastos para atender al paciente hasta el punto de privar a los otros dependientes de los satisfactores indispensables.

El estrés familiar se origina además por los cuidados técnicos que se dan al discapacitado, estos problemas se añaden a las otras preocupaciones de la vida diaria. Este estrés surge, asimismo, de las diferentes formas de percibir lo que necesita, invertir tiempo y recursos en el discapacitado o cambio de privaciones para el cónyuge o las personas mas jóvenes de la familia, posibles sentimientos de culpa (conscientes/inconscientes) como consecuencia de desatenciones, descuidos, humillaciones, etc., hacia los ancianos, y también, conflictos entre las expectativas o valores propios y los de otros miembros de la familia.

Existen, por otro, lado, una serie de factores que es necesario evaluar y que explican asimismo el origen del estrés familiar. La insuficiencia de recursos económicos, la falta de recursos en la comunidad, las barreras ambientales, los fallos de salud, el abuso de sustancias, relaciones familiares previas. El conflicto, en muchas ocasiones, se establece entre satisfacer las necesidades del discapacitado o las de la familia.

Los aspectos de la dinámica familiar, de la vida diaria, son también realmente muy importantes, las relaciones entre padres e hijos, cónyuges, hermanos, etc., se modifican a causa de los cambios en la salud y las capacidades del paciente, la incapacidad real o aparente para satisfacer las necesidades del mismo, por parte de las personas que se encargan de cuidarlo, puede originar frustraciones, culpa, ira y resentimiento. Precisamente, lo que el paciente

necesita es afecto y el sentimiento de pertenecer a la familia. Por otro lado, la fatiga que se produce por cuidar y vigilar al discapacitado, casi siempre cumpliendo horarios estrictos, agotan rápidamente los recursos físicos y emocionales.

Todos estos factores añaden dificultad a la vida diaria de la familia del paciente, asimismo, las normas culturales, las actitudes Inter. E intrageneracionales y los valores normales y religiosos intervienen claramente en la dinámica familiar del discapacitado. Como consecuencia del estrés familiar, van a aparecer una serie de signos y síntomas, tales como quejas múltiples, angustia, despersonalización del paciente, fatiga, trastornos del sueño, dependencia, etc. (Copstead y Patterson, 1990).

FAMILIA Y ALZHEIMER

El impacto de la demencia sobre el nivel familiar tendrá mas o menos repercusión según la presencia, ausencia o déficits de los siguientes factores: situación económica, numero de miembros disponibles en el seno familiar, tipos de vínculos afectivos en la familia, tipo de relación conyugal, nivel cultural, entorno social, características físicas de la vivienda, estado de salud de los cuidadores, evolución del proceso demencial, alternativas socio-sanitarias, etc. (Caballero García, 1993).

En la asistencia al enfermo con demencia senil, la familia se constituye en un valioso instrumento terapéutico para vehicular todo tipo de ayudas y de cuidados sanitarios. La edad de los cuidadores se sitúa, en más del 60% de los casos, en más de 50 años; un 10% sobrepasa los 75 años de edad. La realidad cotidiana indica que siguen siendo básicamente las hijas las que se harán cargo de la ayuda a su madre o su padre enfermo. Ello supone detrimento de atención en su familia y, a su vez, cambios significativos en los papeles, en los hábitos y, en especial, en la dedicación a su cónyuge y a sus propios hijos.

Existen igualmente, otra serie de factores psicosociales que pueden interferir en la capacidad de ayuda del cónyuge y de otros miembros de la familia tales como: sentimientos de culpabilidad, actitudes inconscientes hacia la pareja,

factores de la personalidad, evolución de la afectividad y de la sexualidad de la pareja, grado de entendimiento y apoyo mutuo, etc.

De acuerdo con Copstead y Patterson (1991), las dificultades de la vida diaria para la persona que cuida de un anciano enfermo, tienen su origen en las necesidades insatisfechas del anciano, al que debe atender y vigilar. Estas necesidades son percibidas tanto por la persona dependiente como por quien se encarga de cuidarla, y a veces, sus apreciaciones no coinciden.

El agotamiento de los recursos económicos, emocionales o físicos también es un aspecto importante en l vida diaria de la persona que se encarga de la atención de un anciano dependiente.

Cuando las demandas impuestas a la persona que cuida al anciano y a otros miembros de la familia exceden su capacidad, aparecen alteraciones emocionales. Entre ellas, incluimos: sentimientos de desamparo, de desesperanza y frustración, que con el tiempo se transforman en ira acompañad por sentimientos de culpa.

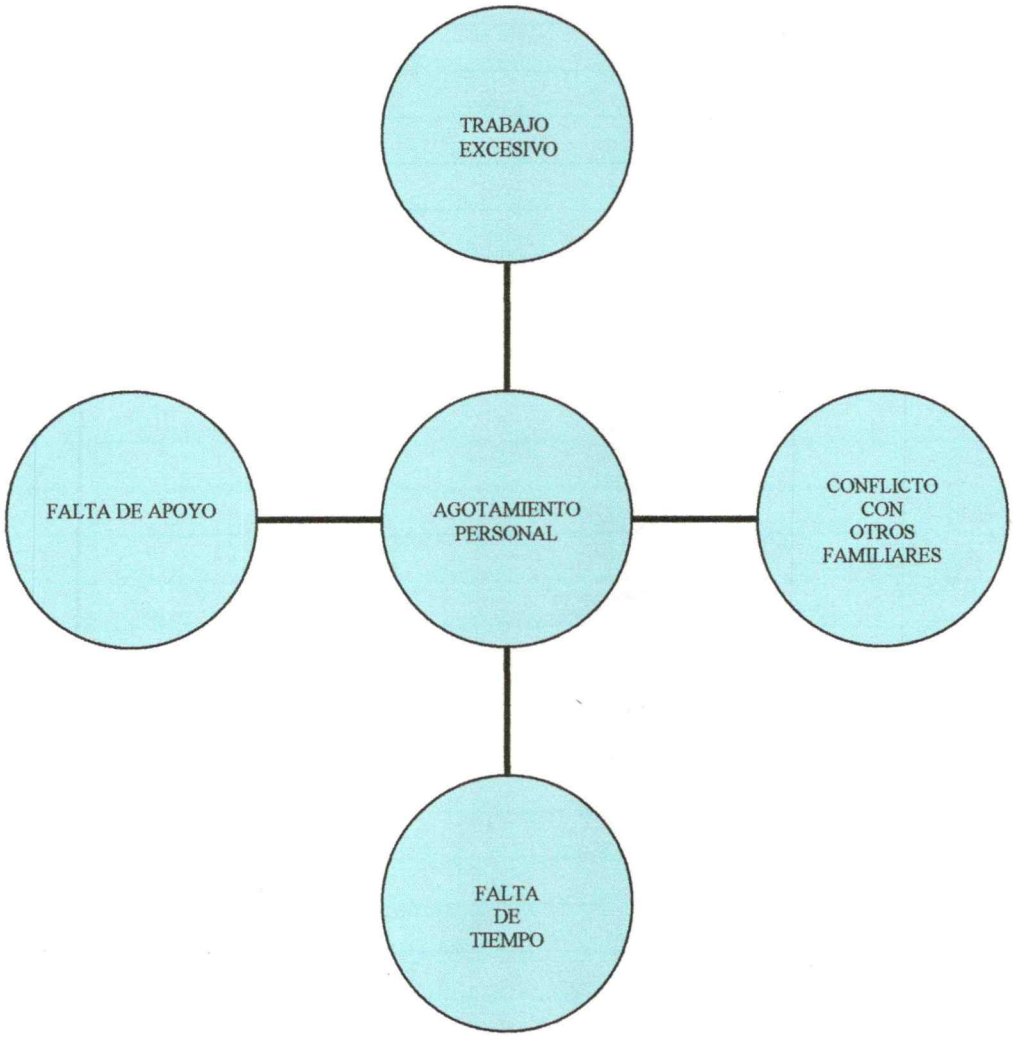
Es necesario ayudar a los miembros de la familia a:

*identificar y aceptar la respuesta emocional

*aceptar dicha respuesta como normal y legitima.

*es necesario prestar atención a todos los cambios que se producen dentro de la familia

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL AGOTAMIENTO PSIQUICO AL ASUMIR LA RESPONSABILIDAD DE CUIDAR A UN ANCIANO CON LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER



CAPITULO 3

ONG's

Una **organización no gubernamental** (también conocida por siglas **ONG**) es una entidad de carácter civil (entendido como "El derecho y la disposición de participar en una comunidad, a través de la acción autorregulada, inclusiva, pacífica y responsable, con el objetivo de optimizar el bienestar público.") o social,[1] [2] con diferentes fines integrantes, creada independientemente de los gobiernos ya sea locales, regionales y nacionales, así como también de organismos internacionales. Jurídicamente adoptan diferentes estatus, tales como asociación, fundación, corporación y cooperativa, entre otras formas.

Al conjunto del sector que integran las ONG se le denomina de diferentes formas, tales como organizaciones de la sociedad civil, sector voluntario, sector no lucrativo, sector solidario, economía social, tercer sector y sector social. Su membresía está compuesta por voluntarios y trabajadores contratados. Internamente pueden tener un bajo o alto grado de organización. El financiamiento de actividades, generalmente proviene de diversas fuentes: personas particulares, Estados y otras Administraciones Públicas, organismos internacionales, empresas, otras ONG, etc.

La ONG tiene como radio de acción desde un nivel local a uno internacional. Cubren una gran variedad de temas y ámbitos que definen su trabajo y desarrollo. Dichos temas están relacionados con ayuda humanitaria,[4] salud pública, investigación, desarrollo económico, desarrollo humano, cultura, derechos humanos, transferencia tecnológica, ecología, etc.

Las ONGs en el marco del nuevo orden mundial

Resulta difícil hacer generalizaciones sobre un fenómeno que sin ser nuevo ha cobrado, a partir de la década de los 80, un auge desmedido: las Organizaciones no Gubernamentales (ONGs) o también llamadas Organizaciones no Gubernamentales para el Desarrollo (ONG's). Sin embargo, su importancia no radica tanto en su espectacular aumento como en la popularidad que han adquirido en la década de los noventa. A pesar de tratarse de un fenómeno complejo y aún en gestación, se van definiendo tendencias que hacen imprescindible contextualizarlo en el marco de la

recomposición del Nuevo Orden Mundial nacido de la derrota de los regímenes socialistas del Este y la creciente globalización del orden capitalista. Dicho contexto permite comprender que las ONGs ocupen un lugar tan destacado en los medios de comunicación de masas, que organismos como la ONU y el BM les dediquen su atención y que su número crezca casi tanto como la pobreza, aunque los fondos que manejen, entre 9 y 10 mil millones de dólares anuales, comparados con los 160 mil millones que extraen los países ricos de los países pobres como pago de deuda, sea escasamente significativo en orden a transformar las relaciones Norte/Sur. Sin embargo, la "aldea global" genera nuevas estrategias dirigidas a la preservación del orden económico que pasan por la implicación de nuevos agentes sociales y la búsqueda de un mayor control y estabilidad social, y las ONGs parecen tener un papel que cumplir en este ámbito mucho más que en el estrictamente económico.

LAS ONGs EN LA DINAMICA DE PRIVATIZACION Y GLOBALIZACION

Las ONGs de nuestros días vienen a situarse en el espacio aparentemente más contradictorio del discurso del Nuevo Orden: defensa de la ecología, la sustentabilidad, la participación y el alivio de la pobreza. Son metas para las que se reclama la participación de las ONGs, aunque obviamente, estos buenos propósitos quedan subordinados a los objetivos tecnocráticos macroeconómicos claramente expuestos por BM: crecimiento, eficiencia, competitividad y productividad.

En ese espacio legitimador que apunta hacia los problemas sociales, las ONGs son agentes privados que, apelando al desigual reparto de la riqueza, a los desequilibrios del sistema, la defensa de los marginados y la defensa ecológica, asumen las políticas sociales, actúan en situaciones de emergencia, y dotan de recursos a los más pobres para que sobrevivan en mejores condiciones. En ocasiones, se muestran críticas hacia las políticas de ajuste (PAE) impuestas a los países del Sur por los garantes del orden económico, apelando a sus efectos catastróficos, pero sumándose finalmente a las propuestas pragmáticas del "alivio", basadas a su vez en la iniciativa privada, la máxima eficacia y los menores costos.

El terreno abonado para la actuación de las ONGs en el Tercer Mundo ha sido preparado por la desconfianza hacia los Estados de los países en "vías de desarrollo" (PVD), que se inserta perfectamente en la creciente liberalización mercantil y el desmantelamiento del Estado, de la misma forma que la necesidad de "aliviar" los efectos de las políticas de ajuste conduce, en términos de control social, a una mayor preocupación por los efectos sociales y ecológicos. Tras la fuerte intervención estatal para privatizar y liberalizar, son las ONGs las encargadas de las políticas sociales en el Tercer Mundo, en coparticipación con las Agencias Internacionales, los gobiernos del Norte, organismos financieros y los donantes privados, que establecen las prioridades: la extrema pobreza, el medio ambiente, la salud y la educación. Los caminos habilitados para el ejercicio de sus tareas sociales son la descentralización (entendida como liberalización), el trabajo con los pueblos no con los Estados u organizaciones (el objetivo son los individuos), y la neutralidad ideológica (el mercado como orden superior neutro). Las ONGs se convierten así en elementos legitimadores al aceptar la corrección de las políticas implementadas, única práctica viable, y con igual criterio se someten a los principios que rigen las políticas de cooperación de sus gobiernos erigiéndose en representantes de la sociedad civil en los foros internacionales aunque la mayor parte de las veces a título simbólico. El testigo de la descentralización, la privatización y la desestatización propugnado por el Norte desarrollado como vía para el desarrollo (crecimiento), es recogido por las ONGs en forma de "autogestión" " desarrollo local", "sostenibilidad ecológica", etc., renunciando de antemano a cualquier acción o planteamiento que transcienda el ámbito de decisión local.

La mayor parte de las ONGs se inscriben en ese marco ideológico de mundialización económica, de democratización formal generalizada y de libertad de mercado, y más allá de sus principios ideológicos, participan del consenso básico sobre la democracia como sistema que garantiza las relaciones de mercado, la gestión privada como garante de la libertad, y el dominio de lo privado sobre lo público. Dicho consenso permite su pervivencia al tiempo que posibilita un discurso crítico aunque en la práctica se terminen reproduciendo los mismos enfoques que se critican.

Sin embargo, la forma en que las ONGs caminan hacia la consolidación del Nuevo Orden Internacional transciende la aceptación del papel que poco a poco les van asignando los organismos internacionales, se inscribe en su propia estructura como organismos privados, su necesaria disputa del mercado de la pobreza, y su desvinculación de los movimientos sociales reivindicativos, o ausencia de base social relevante (excepto en el caso de las ONGs religiosas).

Detrás de la supuesta neutralidad ideológica de estos agentes se encuentran partidos, organizaciones religiosas, sindicatos, grupos de interés, grupos empresariales, etc., que destinan sus fondos en función de sus valoraciones y criterios generalmente ocultos tras la formulación técnica de sus proyectos. En este sentido se puede hablar de gestores de intereses que les llevan a centrarse en distintos campos: mujer, educación, vivienda, empleo etc. y distintas áreas (África, Latinoamérica, países del Este...) y que se disputan entre sí espacios y recursos. A medida que aumentan las ONGs crece la competencia por los fondos de las agencias de financiación, las instituciones públicas y los donantes privados, de forma que su subsistencia depende casi íntegramente de su capacidad para competir por los recursos disponibles. En esa mecánica se hace imprescindible el continuo crecimiento para no ser desplazadas, la obtención creciente de recursos y la gestión de más proyectos que permitan mantener una infraestructura cada vez más abultada.

CULTURA ORGANIZACIONAL

DEFINICIÓN DE CULTURA ORGANIZACIONAL:

La cultura organizacional es el conjunto de normas, hábitos y valores, que practican los individuos de una organización, y que hacen de esta su forma de comportamiento. Este término es aplicado en muchas organizaciones empresariales actualmente, y por tanto en los hospitales o cualquier organización sanitaria, es un término que debe tenerse en consideración.

Una norma, aplicado a los temas de gestión, es todo lo que está escrito y aprobado, que rige a la organización, y que debe ser respetado por todos lo integrantes de ella. Una norma debe estar escrita detalladamente en los documentos de gestión empresarial: Manual de organización y funciones, planes de capacitación, planes estratégicos, entre otros.

Un hábito, para efectos de gestión es lo que no está escrito, pero se acepta como norma en una organización. Ejemplo: si en un establecimiento de salud, no se acostumbra fumar, pero no hay norma escrita que lo prohíba, sabiendo que puede ser molestoso para algunos pacientes o trabajadores, este hábito de no fumar es una característica de la cultura organizacional de este establecimiento.

Un valor, es una cualidad que tiene una persona que integra una organización. Ejemplo: sencillez, alegría, responsabilidad, honradez, puntualidad, etc. Los valores también pueden ser negativos (algunos lo llaman antivalores).

CLIMA ORGANIZACIONAL:

Es la percepción individual que tiene cada uno de los integrantes acerca de las características o cualidades de su organización.

IMPORTANCIA DE CONOCER LA CULTURA ORGANIZACIONAL:

Es muy importante para:

- Detectar problemas dentro de la organización (hospitales o cualquier otro establecimiento de salud) y luego poder ofrecer solución a estos problemas.
- Integrar al personal bajo los objetivos que persigue la organización (bajo la misión que tiene esa organización)
- Poder formar equipos de trabajo dentro de la organización, que puedan interrelacionarse y hacer más fácil el trabajo.

- Buscar las necesidades del personal para satisfacerlas de la manera posible, para que se sientan motivados en su centro laboral.

CLASIFICACIÓN DE LA CULTURA ORGANIZACIONAL:

Mencionaremos dos tipos de clasificaciones:

1.- Una cultura organizacional puede ser: Débil o Fuerte. Una cultura fuerte es lo ideal de una organización. Una cultura débil es la que se debería cambiar.

CARACTERÍSTICAS	DÉBIL	FUERTE
AUTONOMIA INDIVIDUAL	Supervisión estrecha. El personal tiene poca libertad en su trabajo	Supervisión general. El personal tiene libertad de resolver los problemas a su cargo
ESTRUCTURA	Puesto de trabajo estandarizado. Reglas y procedimientos debidamente formalizados	Puestos de trabajo flexibles. Reglas y procedimientos no formalizados
APOYO	La gerencia centra mas su atención en la producción y muestra escaso interés por su personal	La gerencia muestra gran interés, ayuda y amabilidad por su personal.
RECOMPENSA Y DESEMPEÑO	Se aprecian y premian la fidelidad, el esfuerzo, la cooperación. Se desconocen los niveles productivos del personal	Las compensaciones y ascensos que se otorgan al personal están basados en su nivel de productividad.

TOLERANCIA AL CONFLICTO	La gerencia mantiene un nivel mínimo de conflicto constructivo, debido a la presencia de conflictos disfuncionales o destructivos	La gerencia intencionalmente aumenta la intensidad del conflicto funcional o constructivo, lo suficiente para que siga siendo viable, autocrítico y creativo.
TOLERANCIA AL RIESGO	Baja propensión al riesgo. No se estimula al trabajador a ser innovador	Elevada propensión al riesgo. Se alienta y utiliza el talento creativo e innovador del personal

*Clasificación tomada de las publicaciones del Ministerio de Salud del Perú (MINSA)

COMO CAMBIAR LA CULTURA ORGANIZACIONAL:

Se inicia con la satisfacción de las necesidades de los trabajadores, el diálogo con ellos, y la reflexión conjunta sobre la misión del establecimiento, aquello que debe hacer el establecimiento para satisfacer las necesidades de los pacientes y algunos de sus familiares, estos últimos el fin supremo de todo establecimiento de salud (atención de calidad hacia los pacientes y sus familiares)

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

CAPITULO 4

TRABAJO SOCIAL Y DISCAPACIDAD

EL TRABAJO SOCIAL Y SU RELACION CON EL CAMPO DE LA SALUD Y LA NUEVA CUESTION SOCIAL

El trabajo social surge y se desarrolla simultáneamente a la presencia del manicomio en America Latina, por ello en este punto analizaremos las vinculaciones históricas del trabajo social con el campo de la salud mental, identificando como las influencias teóricas y metodologías de la medicina, de la psicología y de la sociobiologia, impulsaron e impregnaron una modalidad de abordaje que ha orientado la practica profesional.

En el contexto de constitución del Estado-Nación surge una significativa preocupación por la cuestión social, entendida como: "la manifestación de las desigualdades y antagonismos políticos, socioeconómicos y culturales inherentes al desarrollo capitalista y producto de la relación capital-trabajo que pone en jaque el poder hegemónico de la burguesía, atentando contra el orden establecido. (Parra, 1999:81-82)

En este marco socio-político, y siguiendo los pasos del movimiento de los médicos higienistas que entre 1880 y 1930 aparecen en el escenario histórico, generando respuestas ante la cuestión social, se produce en las primeras décadas del siglo XX y la institucionalización del Trabajo Social.

La profesión en Latinoamérica se institucionaliza subordinada a la medicina. Mary Richmond sistematiza un método de intervención en la profesión: el caso social individual. Con la intención de diseñar una metodología que aporte en el ordenamiento de la intervención, establecerá para ello diferentes etapas: estudio, diagnostico y tratamiento.

De esta manera, y dado que sus experiencias profesionales se desarrollan junto a psiquiatras, se evidencia la apropiación del modo de atención de los médicos, que se instituye como modalidad de intervención del trabajo Social en

El abordaje de los casos.

El estudio, la evaluación y el tratamiento del método de casos serán

Las etapas a seguir en el abordaje tendientes a "estabilizar o mejorar el funcionamiento del cliente con respecto a su adaptación o ajustamiento social" (Hamilton, 1992:244).

Es decir, el ajuste de la personalidad, el logro del cambio en el cliente a través de un tratamiento orientado a modificar su situación y/o comportamientos.

En el caso de la intervención en instituciones psiquiatricas estas funciones se resignifican y van a estar orientadas a revincular y reinsertar al paciente al medio socio-familiar.

Teniendo en cuenta los aspectos sociales de la intervención dentro de las instituciones psiquiatricas, podría decir que el Trabajo Social desde su fundación intervino en general desde una perspectiva "durkheimiana" de lo social, es decir, alrededor de una preocupación acerca de la integración signada fuertemente por lo formal-contractual, oscilando su intervención entre el disciplinamiento y la normalización del "otro desviado" para integrarlo al sistema, a través de parámetros científico-técnicos pre-fijados formalmente, a partir de una forma contractual con ese sujeto o grupo.

Siguiendo la postura de Martinelli, estas implicancias del Trabajo Social están íntimamente relacionadas a la identidad atribuida, prefabricada y dada por la lógica del capital, dándoles la connotación de una práctica alienada, alienante y alienadora, enclaustrada en las instituciones y distanciada de la lucha de clases. Así, la práctica profesional poseía un carácter empirista, reiterativo, paliativo y administrativo-burocrático, promoviendo la reproducción de las relaciones sociales del capitalismo y no dejando margen de autonomía para la intervención en las instituciones del trabajador social, que sólo se limitaba a ser un ejecutor terminal de las políticas sociales.

Entre sus funciones, se visualiza el quehacer del trabajo Social siguiendo el modelo tradicional, aislado de otras profesionales del hospital, y que tiende prioritariamente a atender las demandas de psiquiatras, además de las demandas puntuales de pacientes y familiares.

Detrás de una conducta enferma habrá un conflicto social, porque detrás de toda conducta anormal o desviada subyace una situación de conflicto de la que la enfermedad será un intento de resolución para la adaptación al medio.

Desde el Trabajo Social, es importante el acompañamiento profesional, el apoyo a la familia, la prevención, la orientación, para intentar tratamientos de rehabilitación o de promoción.

En este sentido, adquiere importancia el trabajo en equipo como una forma de articulación que a partir del diálogo y la puesta en común de diversos saberes y habilidades posibilita la construcción de un nuevo conocimiento.

El Trabajo Social parte de la realidad vivida por un determinado sujeto y a partir de la investigación diagnóstica se aproxima a las situaciones problemáticas. De este modo, lo social puede ser analizado desde las historias de vida de los sujetos concretos en el marco de su vida cotidiana, es decir, en el desarrollo de la subjetividad.

OBJETO DE INTERVENCION EN TRABAJO SOCIAL

La intervención del trabajador social en el grupo familiar tiene como objetivo la mejora de alguna de las condiciones de sus miembros. Esta mejora implica, sin duda, la movilización de elementos personales y relaciónales: Sentimientos, actitudes, comportamientos, y asimismo movilización y utilización de elementos externos: Recursos materiales, técnicos, servicios.

Además de la movilización de los aspectos anteriormente mencionados, el trabajador social tendrá que recibir y contener diferentes estados emocionales del grupo familiar: Ansiedades, angustias, agresividad, pasividad, y al mismo tiempo tendrá que estimular los aspectos más constructivos y maduros de los mismos. En definitiva, tendrá que movilizar recursos personales y sociales para que la familia, en un plazo más o menos corto, pueda recuperar o adquirir capacidades que les permitan vivir y actuar de una forma más satisfactoria y autónoma.

Así pues, la eficacia de la intervención se podría valorar más con el aumento de la capacidad del grupo familiar para hacerse cargo y superar nuevas dificultades, que con la resolución concreta y específica de la demanda que le ha llevado a acudir al trabajador social.

Para ampliar los aspectos más capacitados, más autónomos, más adultos del grupo familiar, es necesario conocer y comprender de la manera más profunda posible las necesidades básicas que determinan las dificultades y actuación

del grupo, los mecanismos que marcan la dinámica social y la interacción que continuamente se establece entre los diferentes elementos.

La intervención del Trabajador social debe ser globalizadora, dirigida a encauzar todos los aspectos que están distorsionados y evitar atender solamente alguno de ellos, parcializándolos. Del mismo modo la intervención irá dirigida no sólo a solucionar el problema del momento, sino en su conjunto. Así se evitará el satisfacer algún aspecto concreto y distorsionar otros.

El seguimiento de una situación familiar problemática requiere tener un conocimiento de la misma que permita:

— Establecer objetivos que previsiblemente se puedan lograr basados en la movilización de recursos de la propia situación, de recursos sociales y de los que el propio servicio puede ofrecer.

— Determinar de qué manera se llevará a cabo el tratamiento y qué medios y recursos técnicos probablemente se tendrán que emplear.

— Decidir cuáles son los aspectos prioritarios y cuáles los que se han de atender en segundo lugar, dada su menor urgencia, o porque se atenderán paralelamente a los prioritarios, o porque éstos últimos son condición para tratar los primeros.

La atención a la familia empieza cuando el trabajador social establece la primera relación con ésta y con la situación con la que deberá trabajar.

El proceso se inicia en el punto donde se halla la familia, involucrándola en la identificación y localización de sus dificultades y de sus recursos.

DEMANDAS FAMILIARES

La demanda podemos definirla como la petición o solicitud que presenta la familia cuando acude a un servicio y se pone en contacto con el Trabajador social.

En situaciones frecuentes, encontramos que la demanda que se explícita no se corresponde directamente con la necesidad o preocupación principal de la

persona que la presenta. Esta no identifica claramente su necesidad o problema y plantea o pide algo que está relacionado con ello.

Las demandas que principalmente se presentan son:

— Demandas económicas.

— Demandas de informaciones varias y orientación de recursos.

Asimismo, clarificación de dudas respecto a recursos y alternativas sociales.

— Problemas familiares, centrados en la relación entre los miembros de la familia en momentos de reajuste de los roles y las estructuras del grupo familiar después de una muerte, una separación o cambio en su ciclo vital.

— Demandas referidas a problemas de viviendas, tales como pago de atrasos, problemas de infraestructura, inhabitabilidad.

— Demandas de trabajo (aunque se presentan menos de las que se necesitan realmente, sobre todo en los servicios que no tienen programas ni vinculaciones con servicios de contrataciones laborales).

— Demandas referidas a la salud o a las enfermedades.

Hay que tener presente que las demandas que se reciben en un servicio están muy mediatizadas por la oferta de dicho servicio.

Referente al perfil del usuario que mayoritariamente acude a un servicio a presentar demandas, podríamos apuntar que son:

— Mujeres de una edad media (40-45 años).

— Pertenecen a una composición familiar que es prioritariamente familia nuclear, siguiéndole familia extensa y familia monoparental.

— Un alto porcentaje es analfabeto.

— Los ingresos económicos son muy bajos.

— Los índices de desempleo son muy elevados.

— Baja orientación y preparación para la educación de los hijos.

— Se observa un alto índice de violencia y conflictividad familiar, sobre todo entre las parejas.

PROCESO DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL

Lo esencial a la hora de abordar profesionalmente a la familia no es sólo definir la intervención, sino más bien determinar a partir de qué elementos se efectúa la selección del tipo de intervención, que va unido a la situación real del asistido, las hipótesis de trabajo que se establezcan y los objetivos que pretendemos en la intervención. También influye cómo se ha originado el encuentro entre Trabajador social y la persona asistida, la duración de la intervención y desde dónde se efectúa la misma.

El Trabajador social, en su abordaje a las situaciones familiares, contempla a la familia en su globalidad. En ocasiones dicha intervención se realiza directamente con un solo miembro de la unidad familiar, ante la imposibilidad, por diversos motivos, de hacerlo con todos, pero nunca se pierde la referencia al grupo (unidad convivencial) y la visión de todo él.

TIPOS DE INTERVENCIÓN

Directas: son las que se dirigen al asistido en una relación frente a frente.
Indirectas: son las que realiza el Trabajador social fuera de la relación personal con el asistido, con el fin de organizar su trabajo, planificar acciones que se realizarán posteriormente y también acciones en beneficio del asistido, pero sin la participación activa de éste.

A continuación vamos a desarrollar detenidamente cada una de estas intervenciones.

Intervención directa

— Clarificar-apoyar: analizando los distintos aspectos de la situación, para percibirlos de una forma realista. Por otra parte, ver qué factores han influido y contribuido a desencadenar un estado temporal de desorganización en el funcionamiento familiar. También es necesario clarificar la capacidad de cada uno de sus miembros. Las relaciones que tienen entre sí y con personas significativas. La utilización de los recursos ambientales o la posibilidad de acceso a los mismos. Y por último se clarificarán las consecuencias que pueden tener las diferentes alternativas de acción que se escojan.

En esta línea, se trazarán metas de acción específica y limitada en el tiempo, que puedan aumentar por una parte la capacidad cognoscitiva de cada uno de los miembros, aminorar sentimientos de angustia y aumentar la esperanza de encontrar soluciones favorables y realistas a los problemas planteados.

— Informar-educar: Tienen como objetivo que se subsanen las eventuales carencias de información correspondientes a los diferentes campos: legislación, derechos, diversos organismos existentes y su utilidad, derecho excepcional a ciertas ayudas, informar en todo lo concerniente al aprendizaje en el campo de la salud, alimentación, cuidado de los niños, organización familiar.

La educación se entiende en el sentido de transmitir un saber y un saber hacer. También como una reeducación, una reinserción social y desarrollo personal.

La acción del Trabajador social está fundamentalmente orientada a modificar la situación de la familia mediante el uso de técnicas dirigidas a:

— Persuadir-influir a través del Consejo: Haciendo recomendaciones con miras a ayudar al asistido a sobreponerse a sus problemas.

-Persuasión: Tratando de conseguir que el asistido se una a las propuestas del Trabajador social.

-Confrontación: Compulsar al asistido con las consecuencias de sus actos.

— Controlar-ejercer la autoridad: Estableciendo con el asistido un orden en el proceso de ayuda, manejando el tiempo de que se dispone debidamente y consiguiendo que el asistido colabore en la solución de sus problemas. En este sentido, el Trabajador social establecerá el tipo de seguimiento que requiera la situación, estableciendo un contrato (horarios, regularidad de los encuentros...), exigiendo que el asistido asuma sus responsabilidades y sus obligaciones.

— Crear nuevas oportunidades: Consiste en ampliar el horizonte relacional de los asistidos, ampliar sus marcos de referencia y permitirles el acceso a nuevas experiencias que los enriquezcan y les produzcan satisfacción. Por ejemplo, ponerles en relación con otras personas y otras instituciones; crearles

la oportunidad de abrirse y descubrir otros grupos, experiencias hasta entonces insospechadas; intentar que utilicen estructuras de su medio en las que pudieran participar, utilizando los recursos que estuviesen a su disposición.

— Estructurar una relación de trabajo con el asistido: El objetivo es procurar los medios necesarios para lograr con éxito el cambio que uno se propone, a través de estructurar el tiempo, el espacio y focalizar los objetivos.

Intervención indirecta

Algunas intervenciones directas dan lugar a una serie de intervenciones indirectas, como son contactos, gestiones entre diversos organismos, redacción de informes y encuestas. Otras se sitúan en el plano del entorno del asistido, ya sea respecto a las personas próximas a él, o bien a nivel colectivo en relación a un conjunto de población (creación de equipamientos, animación de grupos, creación de asociaciones).

Entre los tipos de intervención indirecta, hacemos referencia a los siguientes:

— Organización y documentación: consiste en administrar el tiempo de trabajo, el espacio y los conocimientos que se poseen.

— Planificaciones de intervenciones directas: consiste en organizar acciones previas al comienzo de un proyecto de intervención, especialmente en el trabajo de grupo.

— Intervención en el entorno del asistido: el objetivo es modificar la situación ambiental del asistido, ampliar su inserción social y modificar la actitud que tienen respecto a él personas significativas.

— Colaboración con otros trabajadores sociales: el objetivo es conseguir una mayor atención y seguimiento del asistido.

Por último queremos hacer mención de la derivación, cuando las características de la familia, a través del conocimiento del problema, no pueda ser resuelto por el servicio. Para completar la atención se trasladará al grupo familiar como tal (aunque sólo sea un miembro) a otra institución o servicio especializado más idóneo para su atención.

SEGUNDA PARTE

CAPITULO 5

METODOLOGIA DE INVESTIGACION

La investigación social es una forma de conocimiento que se caracteriza por la construcción de evidencia empírica elaborada a partir de la teoría aplicando reglas de procedimiento explícitas. De esta definición podemos inferir que en toda investigación están presentes tres elementos que se articulan entre sí: marco teórico, objetivos y metodología. Estas etapas se influencian mutuamente, y en la práctica de investigación se piensan en conjunto.

El marco teórico constituye un corpus de conceptos de diferentes niveles de abstracción articulados entre sí que orientan la forma de aprehender la realidad. Incluye supuestos de carácter general acerca del funcionamiento de la sociedad y la teoría sustantiva o conceptos específicos sobre el tema que se pretende analizar. En el nivel más general de la teoría encontramos el paradigma. Este constituye un conjunto de conceptos teórico-metodológicos que el investigador

Asume como un sistema de creencias básicas que determinan el modo de orientarse y mirar la realidad. Estos principios no son puestos en cuestión por el investigador en su práctica cotidiana: más bien funcionan como supuestos que orientan la selección misma del problema o fenómeno a investigar, la definición de los objetivos de investigación y la selección de la estrategia metodológica para abordarlos.

La teoría general está constituida por un conjunto de proposiciones lógicamente interrelacionadas que se utilizan para explicar procesos y fenómenos. Este marco conceptual implica una visión de la sociedad, del lugar que las personas ocupan en ella y las características que asumen las relaciones entre el todo y las partes. Al llevar implícitos los supuestos acerca del carácter de la sociedad, la teoría social, al igual que el paradigma, también influyen acerca de lo que puede o no ser investigado, condiciona las preguntas que nos hacemos y el modo en que intentamos responderlas.

Los objetivos, por su parte, constituyen una construcción del investigador para abordar un tema o problema de la realidad a partir del marco teórico seleccionado. En la práctica, los investigadores suelen distinguir entre

objetivos general/es y objetivos específicos. El primero es considerado el foco del estudio, del que se desprenden los objetivos específicos.

Los objetivos son formulados como proposiciones que contienen los conceptos teóricos fundamentales, en las que el investigador postula una intención, generalmente explicitada por medio de un verbo (analizar, explicar, comprender, describir, explorar, etc.), de abordar un sector de la realidad en un espacio y tiempo determinado.

La metodología, esta conformada por procedimientos y métodos para la construcción de la evidencia empírica. Esta se apoya en los paradigmas, y su función en la investigación es discutir los fundamentos epistemológicos del conocimiento. Específicamente reflexiona acerca del papel de los valores, la idea de causalidad, el papel de la teoría y su vinculación con la evidencia empírica, el recorte de la realidad, los factores relacionados con la validez del estudio, el uso y el papel de la deducción y la inducción, cuestiones referidas a la verificación y falsificación, y los contenidos y alcances de la explicación e interpretación.

Los paradigmas en ciencias sociales aparecen asociados con determinadas metodologías: el Positivismo y Post positivismo son vinculados con las metodologías cuantitativas, mientras que el Constructivismo, Naturalista e Interpretativo, se lo relaciona a las metodologías cualitativas.

Características del paradigma constructivista de investigación social

Supuestos	Paradigma Constructivista (metodología cualitativa)
Ontológicos -¿Cuál es la naturaleza De la realidad?	La realidad es subjetiva Y múltiple.
Epistemológicos -¿Cuál es la relación entre	El investigador está inmerso En el contexto de interacción que

El investigador y aquello Que investiga?	Desea investigar. Se asume que La interacción entre ambos y la Mutua influencia son parte de la Investigación.
Axiológicos -¿Qué papel juegan los Valores en la investigación?	El investigador asume que sus Valores forman parte del proceso De conocimiento y reflexiona acerca De ello (reflexividad)
Metodológicos -¿Cuáles son los procedimientos Que se utilizan para construir la Evidencia empírica, y como se Relacionan lógicamente con el Resto de las etapas del diseño?	Conceptos y categorías emergentes En forma inductiva a lo largo de todo El proceso de investigación. Múltiples factores se influencian mutuamente. Diseño flexible e interactivo. Se privilegia el análisis en profundidad y en detalle en relación al contexto. Confianza y autenticidad.

<u>Métodos y técnicas de investigación en diseños metodológicos cualitativos</u>

-entrevistas interpretativas

-entrevistas etnográficas

-observación no participante

-observación participante

-análisis de documentos

-análisis de material visual/auditivo.

Características de la entrevista

	Entrevista
¿Qué tipo de Datos construye Esta técnica?	La entrevista es una conversación sistematizada que tiene por objeto obtener, recuperar y registrar las experiencias de vida guardadas en la memoria de la gente. Es una situación en la que, por medio del lenguaje, el entrevistado cuenta sus historias y el Entrevistador pregunta acerca de sucesos, situaciones. Cada Investigador realiza una entrevista diferente según su cultura, sensibilidad y conocimiento acerca del tema, y sobre todo, según sea el contexto espacio-temporal en el que se desarrolla la misma.
Consejos a tener en cuenta	Procure que las preguntas de la entrevista se dirijan hacia el Objetivo de la investigación. Asegúrese de que el entrevistado comprenda lo que se le solicita; para esto es importante usar lenguaje claro y sencillo. El entrevistador tiene un rol activo en la búsqueda de recuerdos y reflexiones. La información brindada debe ser comprensible, si esto no sucede solicite mas detalles. La atención brindada debe mantenerse a lo largo de la entrevista.

Ventajas	Proporciona al investigador la oportunidad de clarificar y repreguntar en un marco de interacción directo, flexible, personalizado y espontáneo. Es una técnica flexible y económica. Posibilita un contrapunto cualitativo y enriquece los datos cuantitativos. Accesibilidad a información difícil de observar. Preferible por su intimidad y comodidad.
Limitaciones	El factor tiempo comparado con la encuesta Problemas potenciales de reactividad. Necesidad de conocimientos lingüísticos apropiados a la situación y población. Falta de observación directa en los escenarios naturales. Carencia de interacción grupal.

INSTITUCIONES

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

Grupo Autoayuda Mal de Alzheimer (GAMA)

CENTRO DE DÍA

Actividades de estimulación mnésico cognitiva para pacientes con enfermedad de Alzheimer y / o enfermedades semejantes.

NOMBRE INSTITUCION: G.A.M.A. (Grupo Autoayuda Mal de Alzheimer y / o enfermedades semejantes) ONG's

DOMICILIO: Funes 2145

TEL / FAX: 0223 -472.3342

MAIL: grupogama@infovia.com.ar

ANTECEDENTES DEL ORGANISMO:

Breve historia institucional:

En el año 1988 un grupo de familiares que convivían con personas que padecían la enfermedad de Alzheimer, y que participaban de un curso de información organizado por un hospital privado de la ciudad, toman la iniciativa de constituirse en un grupo operativo que empieza a dar cuenta e indagar sobre el impacto de esta patología ya sea para quien la padece, para la familia y en la comunidad donde estos se desarrollan.

Este grupo inicial da forma a la tarea, buscan asesoramiento profesional, y a través de un estudio exploratorio que se realiza comienzan a surgir las actividades. Es así que el 30 de octubre de 1991, como consta en el acta constitutiva, se da formalmente origen a GAMA (Grupo autoayuda mal de Alzheimer y / o enfermedades semejantes), en 1993 adquiere personería jurídica bajo el Nº 1768, y en ese mismo año es reconocida como entidad de bien público con el n º0295 del 25/06/1994.

Los objetivos de GAMA, de acuerdo a su estatuto son:

Contribuir a la mejora de las condiciones de vida de las personas que padecen Mal de Alzheimer y/o enfermedades semejantes.

Brindar asesoramiento al grupo familiar.

Promover mejoras asistenciales para el diagnóstico, tratamiento y cuidado de los enfermos.

Realizar tareas de difusión en la comunidad.

Cooperar con las áreas de investigación docencia y capacitación en estas patologías.

Funciona a través de una Comisión Directiva, integrada por familiares de personas que padecen esta enfermedad; una Comisión Científica Asesora, conformada por profesionales de la salud de destacada trayectoria en esta problemática y por una Comisión Ejecutiva integrada por profesionales, asistentes de ancianos y personal administrativo y de mantenimiento

En un inicio sus actividades se centraban fundamentalmente en brindar apoyo a la familia. Ante el reclamo de estos y al observarse la necesidad de contar con recursos alternativos que brindaran espacios de alivio surge un Centro donde los pacientes comienzan a recibir estimulación mnésico cognitiva – se observó que esta actividad favorecía el enlentecimiento de la enfermedad y aumentaba el umbral de tolerancia de los familiares –

En esta primera etapa GAMA contó con el apoyo de otras instituciones, quienes a través de sus aportes posibilitaron la concreción de los proyectos que surgían.

Estos aportes contribuyeron a su desarrollo, como a la posibilidad de sustentar un proyecto que a lo largo del mismo permitió el crecimiento paulatino de sus diversas actividades como de la población a la que se asiste.

Las instituciones que colaboraron a su crecimiento son:

1988 a 1992 Fundación Médica Mar del Plata a través del Servicio de Medicina Preventiva del Hospital Privado cede un espacio para la constitución

del grupo de apoyo y dona horas profesionales para la coordinación de dicho grupo.

1992 a 1994 el párroco de la parroquia Nueva Pompeya, cede un ámbito para la concurrencia de pacientes, se inicia así un tratamiento basado en la estimulación mnésico cognitiva, los pacientes concurrían en un inicio dos veces por semana, 4hs por encuentro. Comienzan 15 pacientes

1995 a 1997 Ante el incremento de la demanda se amplían los días de atención, por lo que se requiere instalaciones más apropiadas, se alquila un salón más amplio en un Centro de Jubilados. La concurrencia asciende a 45 pacientes.

1998 a 2001. La institución es reconocida en la ciudad, crece en su demanda y recibe la ayuda económica del municipio, es el intendente de la Ciudad de Mar del Plata quien determina a través de un convenio la asignación de $500 mensuales para el pago de un alquiler por el término de un año. Esto permitió un gran crecimiento, ya que se amplían los días de atención, la cantidad de profesionales, como las actividades. En este período comienza a funcionar el Centro de Día con jornada completa. En este lapso el número de personas que asisten asciende a 65 personas quienes concurren en las diferentes modalidades de atención.

2001 a la fecha La vivienda se torna pequeña para la demanda y la institución ya con recursos propios alquila otra de mayores dimensiones, lugar donde actualmente efectúa sus actividades, Asisten 90 pacientes en estadio leve y moderado y 40 pacientes en estadio incipiente (esta modalidad recientemente se incluye)

Cuando las actividades se iniciaron, la problemática del Alzheimer y su tratamiento no era aún aceptado en su totalidad por la comunidad científica, sin embargo hoy hay amplia bibliografía que da cuenta de la importancia de estos centros, no sólo para el bienestar del paciente sino para todo el grupo familiar y para la misma comunidad[1].

G.A.M.A desarrolla sus actividades sobre cuatro ejes: a) familia; b) paciente; c) comunidad; d) docencia. Los mismos se encuentran estrechamente vinculados.

Familia: Se brinda apoyo, orientación y tratamiento. Se evalúa el nivel de conocimiento sobre la patología, se identifica al cuidador principal para conocer el grado de "estrés" que presenta, se indaga sobre la red personal y la disponibilidad de miembros para brindar apoyo. De acuerdo al diagnóstico situacional se planifica la intervención basada siempre en los objetivos propuestos por la institución. El tratamiento familiar puede ser individual o grupal. La evaluación está a cargo de las asistentes sociales, en caso de mayor orientación intervienen otros profesionales. A nivel grupal funciona el grupo de apoyo, siendo los encuentros semanales y están coordinados por una psicóloga y una asistente social en forma alternada.

Pacientes: se les brinda estimulación mnésico – cognitiva en el "Centro de Día" que funciona de lunes a Viernes de 9.30 a 17 horas. Para el ingreso los pacientes concurren con el diagnóstico médico, de no contar con una evaluación donde se contemple el grado de deterioro se realiza en la institución. Los pacientes están agrupados de acuerdo al grado de deterioro. Concurren pacientes que se encuentran en estadio incipiente, leve o moderado[2].

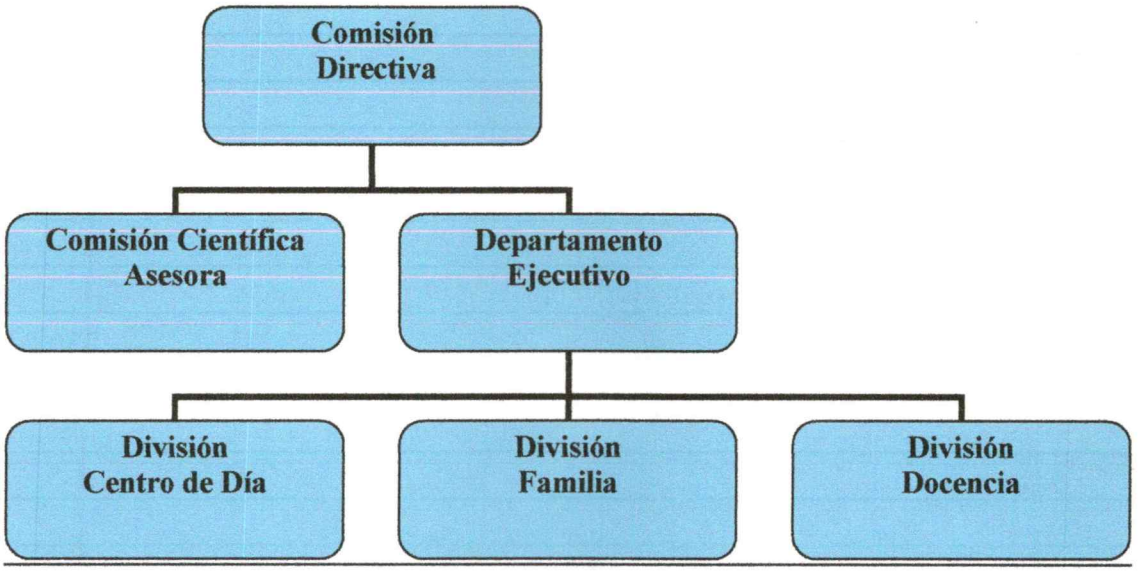
Tareas Comunitarias: se basan especialmente en acciones comunicacionales que apuntan a lograr mayor conocimiento social acerca de esta patología. Estas acciones contemplan, en diversas etapas, la utilización como recursos, de los medios de comunicación masivos y, en algunos casos, charlas de divulgación en espacios puntuales de esta ciudad. El equipo profesional, como así la Comisión directiva ha concurrido a diferentes ciudades con el fin de transmitir su experiencia y ha colaborado con otros familiares para la organización de sus propias asociaciones a saber: ciudad de Tandil, Reconquista, Chascomús, La Plata, Miramar, Laprida.

Docencia: Curso de formación con título oficial de Asistente de Ancianos, a través de un convenio con el Centro de Formación Profesional 402 del Ministerio de Educación de la Provincia de Buenos Aires. Se organizan periódicamente jornadas y / o seminarios destinado a profesionales y cuidadores. En el presente año se ha efectuado un convenio marco con la Facultad de Psicología para brindar capacitación a personas beneficiarias de diversos planes sociales, con el objetivo de organizar la inserción laboral, este proyecto comienza a implementarse a partir del mes de Agosto del presente año.

Visión:

Atender las necesidades de las personas que padecen Mal de Alzheimer o enfermedades semejantes. Desarrollar líneas de investigación tendientes a mejorar la calidad de vida de las personas que padecen enfermedad de Alzheimer o enfermedades semejantes.

Organigrama Institucional



Comisión Directiva: Conformada por familiares de pacientes. Su función esta centrada fundamentalmente en la búsqueda de recursos para el sostenimiento de los objetivos propuestos en el estatuto. Evalúan y aprueban los proyectos presentados por el Departamento Ejecutivo y otorgan los recursos materiales para su ejecución.

Comisión Científica Asesora: La integran profesionales de reconocida trayectoria sobre la temática de la ciudad de Mar del Plata. Son los encargados de observar los diferentes proyectos que se implementan, como así también de colaborar en la formación de los profesionales y en el acercamiento de bibliografía actualizada

Departamento Ejecutivo: Coordinado por un profesional, tiene a su cargo la coordinación de las diferentes divisiones. Participa en las reuniones de la Comisión Directiva. Presenta el diseño de los proyectos para la aprobación de la Comisión Directiva. Coordina su implementación y efectúa la evaluación correspondiente. Las divisiones la integran los profesionales, empleados administrativos, asistente de ancianos y personal de mantenimiento.

HOGAR DE MARIA

Hogar permanente para niños de (0 a 18 años) con diversas discapacidades.

Domicilio: Carballo 2704

TEL/fax: 4797796

Mail:

Antecedentes del organismo:

Breve historia institucional:

El hogar de María es una institución de bien publico, sin fines de lucro, cuya creación tuvo como finalidad constituir un hogar alternativo para albergar a niños y adolescentes discapacitados, sin familia y sin fin medios para vivir dignamente, brindándoles además de vivienda y alimentación y cuidados sanitarios y asistenciales, como así también rehabilitación y acción terapéutica .Para el cumplimiento de estos fines , la institución decide emprender la construcción de su sede, mediante la adquisición de una propiedad que pudiera ser adaptada funcionalmente, con la remodelación y ampliación de la infraestructura edilicia existente al momento de la adquisición .

Es importante destacar que el hogar de María se ofrece como un lugar para vivir en el cada niño ira construyendo y reconstruyendo su propia historia. Esto no significa, ni mucho menos borrar el pasado y disfrazar un presente ficticio. Muy por el contrario, se trata de ayudar a aceptar una realidad en la que cada integrante tenga la posibilidad de comenzar a reparar una historia de carencias, para poder proyectarse en un futuro posible.

Desde esta perspectiva, se trata de que los adultos ocupen roles y ejerzan funciones desde lugares prestados por la historia de cada criatura para ayudar a reconstruir un pasado y aceptar una realidad, pero sin asumirse como sustituto de su propia familia. También las acciones, que definen roles y funciones, esto es, hay para cada niño quien mime, quien contenga, y. ponga los limites, y ordene el quehacer cotidiano. Quizás no sean las mismas personas para todos, tal vez en ocasiones ni siquiera se trate de personas físicas.

Sabemos, porque la experiencia profesional nos lo muestra a diario, que un niño con discapacidad mental, ve incrementadas, sus dificultades y limitaciones si no cuenta con los referentes afectivos que le permitan constituirse como sujeto.

De este modo, surge la necesidad de ofrecerles un lugar de vida que les posibilite constituirse como sujetos deseantes y no como simples objetos de cuidados y protección. Cuando la pobreza y la indignación extrema golpean hasta el punto de impedir reconocer en el otro a un semejante, cuando al desamparo y la falta de sostén y contención producen heridas casi irreparables, es indispensable montar un dispositivo que permita, como un complejo y delicado engranaje combinar varias acciones, a saber.

,

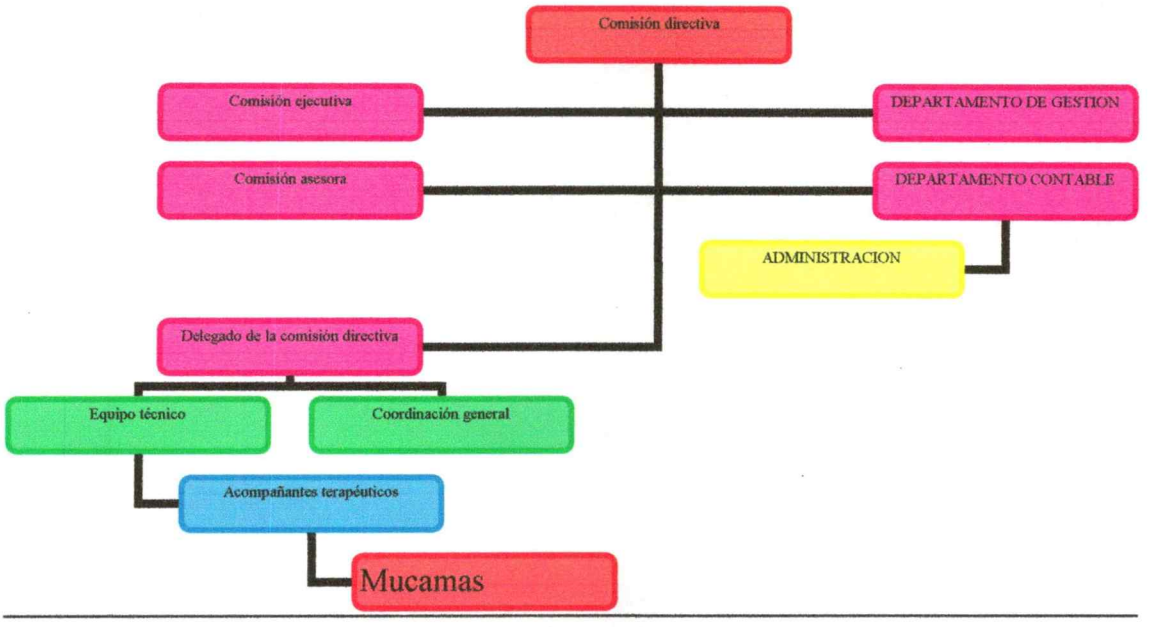
De este modo, surge la necesidad de ofrecerles un lugar de vida que les posibilite constituirse como sujetos deseantes y no como simples objetos de cuidados y protección. Cuando la pobreza y la indignación extrema golpean hasta el punto de impedir reconocer en el otro a un semejante, cuando al desamparo y la falta de sostén y contención producen heridas casi irreparables, es indispensable montar un dispositivo que permita, como un complejo y delicado engranaje combinar varias acciones, a saber.

Debido a la gran demanda existente, en la selección se dará prioridad o postulantes q residan en la ciudad de mar del plata

De este modo, surge la necesidad de ofrecerles un lugar de vida que les posibilite constituirse como sujetos deseantes y no como simples objetos de cuidados y protección. Cuando la pobreza y la indignación extrema golpean hasta el punto de impedir reconocer en el otro a un semejante, cuando al desamparo y la falta de sostén y contención producen heridas casi

irreparables, es indispensable montar un dispositivo que permita, como un complejo y delicado engranaje combinar varias acciones, a saber.

ESTRUCTURA



Visión

Enumeración de principios y valores

Los principios y valores que iluminan al Hogar de María podemos encontrarlos con solo tratar de descubrir la interioridad de las personas discapacitadas y conocer su actuar.

Es ese espacio ingenuo, no contaminado, donde Dios nos revela y nos hace ver las manifestaciones más simples del amor. Tratemos entonces de traducir a valores y principios la interioridad y las manifestaciones concretas de las personas discapacitadas, para que nosotros, "diferentes" a ellos, tratemos día a día desde nuestro corazón y nuestra voluntad la asemejarnos a su sencilla sabiduría. Y desde esa conquista llevar adelante el gran desafió de crecer juntos en el amor, propuesto genuinamente desde ellos mismos y desde la originalidad que el Señor les regalo.

Consideremos entonces el pensamiento de Sto. Tomas,

"El orden del ser determina el orden del actuar"

Teniendo como principio fundamental que;

Persona es un ser irrepetible, original, único y comunitario.

Que lograra realizar su proyecto de vida si todo aquello que de una u otra manera nos vinculamos con ellos, descubrimos que nuestra vida influye sobre su vida, lo asumimos responsablemente y lo vivimos como MISION por vocación. Llevaremos adelante esta MISION poniendo en marcha el corazón y la voluntad en cada encuentro personal con la otra vida, transitando el camino de:

Aceptación: aceptar al otro y acogerlo tal cual es.

Respeto: amar al otro por el solo hecho de ser persona a pesar de sus defectos o sus debilidades.

Comprensión: comprender al otro y adecuarse al momento y a la realidad que vive

EJE ORGANIZADORES DE LA MISION

EJE SOCIAL

Se busca fortalecer en primer lugar las relaciones vinculares de los beneficiarios del proyectos con sus familias de origen, atendiendo a su vez la problemática integral de esas unidades familiares en relación a ese miembro con necesidades especiales que se encuentra fuera de su hogar de origen. En el caso en que no hubiera grupo familiar propio o continente, el proyecto busca cubrir esas carencias a través de la vinculación de esos niños y adolescentes con referentes emocionales.

EJE HABITACIONAL

El hogar de María toma como beneficiarios entre 26 y 30 niños y adolescentes, distribuidos en tres hábitats dentro de la misma estructura edilicia, considerando su edad, sexo, y patología. Cada hábitat, preservan en la mayor medida posible, los aspectos inherentes a la privacidad, contención y calor propio de cualquier hogar de origen. Los niños y adolescentes comparten entre si espacios libres, cubiertos y común al hogar.

EJE ASISTENCIAL-EDUCATIVO-TERAPEUTICO

Mediante este eje se intenta posibilitar el mas adecuado desempeño en los aspectos referentes a la vida cotidiana del niño/a y adolescentes, cubriendo de esta manera las necesidades de alimenticio, vestido e higiene propio de la vida diaria. El proyecto contempla la concurrencia de los niños y adolescentes a establecimientos educativos especiales, centro de día o centros laborales adecuados.

Se cubren las necesidades terapéuticas de cada beneficiario del proyecto contando en primera instancia con el quipo técnico del hogar, es decir psicólogo, medico pediatra, nutricionista, terapista ocupacional y asistente social.

RECURSOS

Recursos humanos:

Por la comisión directiva de la asociación civil sin fines de lucro formada por 13 personas, de acuerdo a los lineamientos de las personas jurídicas de la provincia de buenos aires. Esta asociación es la entidad responsable de velar por el cumplimiento de los principios estatutarios que dieron origen a la misión de fundar el hogar de María. Acompañan a dicha comisión directiva, diferentes comisiones de trabajos, formadas por personas cuyos aportes, en algunos casos, es voluntarios, a saber.

- **Departamento Legal**

- **Departamento Contable**

- **Departamento de Gestión**

- **Coordinación General**

- **Dirección Técnica**
- lic. en psicología

- **Equipo Técnico**
- Medico Pediatra
- Lic. en Psicología
- Lic. en Terapia Ocupacional
- Lic. en Servicio Social
- Lic. en Nutrición
- **Acompañantes Terapéuticos** (14 personas)
- **Servicios** (7 mucamas, 2 cocineras, 1 ayudante de cocina)
- **Mantenimiento** (2 personas)
- **Administración** (2 personas)

- .La institución se sostiene mensualmente mediante subsidios otorgados por el Ministerio de Desarrollo Humano y Trabajo de la Provincia de Buenos

Aires a través de la subsecretaria a través de los Tribunales de Menores de la Ciudad.

- Socios que aportan una cuota mensual
  - Comisión de eventos
  - donaciones

PROYECTO

Características de la institución

Pequeño hogar alternativo, de carácter permanente, para niños y adolescentes cuya edades oscilen entre 0 A18 años de edad, de ambos sexos, con discapacidad mental con o sin compromiso motor, sin contención familiar q no pueda cubrir sus necesidades básicas.

Beneficiarios

Entre 26 y 29 niños o niñas y adolescentes, de ambos sexos, con discapacidad mental o sin compromiso motor, cuyas edades oscilan entre 0 y 21 años de edad.

Se da prioridad al ingreso de niños y adolescentes sin familia o con familias que no pueden cubrir sus necesidades básicas, los destinatarios potenciales son seleccionados de nominas suministradas por los organismos educativos, asistenciales y judiciales de la ciudad de mar del plata.

Debido a la gran demanda existente, en la selección se dará prioridad o postulantes q residan en la ciudad de mar del plata

De este modo, surge la necesidad de ofrecerles un lugar de vida que les posibilite constituirse como sujetos deseantes y no como simples objetos de cuidados y protección. Cuando la pobreza y la indignación extrema golpean hasta el punto de impedir reconocer en el otro a un semejante, cuando al desamparo y la falta de sostén y contención producen heridas casi irreparables, es indispensable montar un dispositivo que permita, como un complejo y delicado engranaje combinar varias acciones, a saber.

Marco conceptual:

El modelo institucional que aquí se propone se basa en las teorización de autores que han dedicado su vida profesional a trabajar con la infancia .tal es el caso de D.Winniccot que, siendo pediatra de profesión, focalizo su conceptualización en la relación primera madre-hijo y en las consecuencias de la derivación de la niñez.

Por su parte Francoise Dolto dedico su vida a lo que ella llamo "la causa de los niños"

Preocupada desde los 8 años por la forma que criaban a los chicos fue defensora activa de los derechos de la infancia con lo que constituyo largamente con su teoría y practica profesional su discípula y colega Maud Mannoni completa esta presentación acerca de una forma de concebir a la niñez.

En 1969 Monnoni fundo en Paris una escuela experimental con los hogares terapéuticos que constituyen un modelo único y diferente de trabajar con niños especiales .los niños y adolescentes que allí concurren viven en la institución y solo pasan con su familia de origen algún tiempo limitado. Esta situación que deviene una necesidad, tiene origen más patológico que sociales. Sin embargo, el encuadre institucional que propone, puede adaptar y enriquecer el presente proyecto.

Este modelo propone una institución abierta. Esta propuesta garantiza también otro de los objetivos fundamentales del Hogar de María esto es la INTEGRACION.

- LA CASA DEL HOGAR
- LA CASA DE SU FAMILIA SI LO TUVIERAN
- LAS ESCUELAS A LAS Q CONCURREN LOS NIÑOS, QUE SERAN COMUNES O ESPECIALES DE ACUERDO A LAS NECESIDADES DE CADA UNO
- LOS CENTROS DE DIAS O LOS CENTROS EDUCATIVOS-TERAPEUTICOS PARA LA INTEGRACION.
- EL BARRIO INCLUYE LA PARROQUIA, LA PLAZA, LA SOCIEDAD DE FOMENTO.

LOS PASEOS

Los diferentes espacios nos garantizan de que el hogar no se convierta en una institución que se cierra en si misma, sin ofrecer a los niños la posibilidad de estar integrados a la sociedad de la que forman parte.

CUADRO COMPARATIVO DE LAS INSTITUCIONES

	HOGAR DE MARIA	GAMA
BREVE RESEÑA INSTITUCIONAL	La idea de crear un hogar Para niños que sufren discapacidades mentales y además carencias económicas y afectivas. Surge debido a la experiencia personal de su fundadora (Mercedes Rom) quien creció junto a una hermana con graves lesiones cerebrales lo que hizo que desde chica experimentara lo que significa la invalidez en una familia. Luego cuando forma su propia familia, tuvo 5 hijas y una de ellas nació con síndrome de down, lo que movilizo como familia acercarse a asociaciones que ayudaban a familiares de niños con diferencias mentales. Comenzó a trabajar como voluntaria en dicha	En el año 1988 un grupo de familiares que convivían con personas que padecían la enfermedad de Alzheimer, y que participaban de un curso de información organizado por un hospital privado de la ciudad, toman la iniciativa de constituirse en un grupo operativo que empieza a dar cuenta e indagar sobre el impacto de esta patología ya sea para quien la padece, para la familia y en la comunidad donde estos se desarrollan. Este grupo inicial da forma a la tarea, buscan asesoramiento profesional, y a través de un estudio exploratorio que se realiza comienzan a surgir las actividades. Es así que el 30 de octubre de 1991, como consta en el acta constitutiva, se da formalmente origen a GAMA (Grupo autoayuda mal de Alzheimer y / o enfermedades semejantes), en 1993 adquiere personería jurídica bajo el Nº 1768, y en ese mismo año es

	asociación, donde descubrió lo que significaba la deficiencia mental unido a la pobreza. Muchas familias que asistían a estas asociaciones eran sumamente pobres y se hacia imposible para ellos poder brindarles a sus hijos los cuidados. Por todo este camino transitado se gesto en Mercedes Rom el proyecto de fundar el hogar de María para poder cobijar aquellos niños con discapacidades mentales que no tenían aquel vínculo de amor y los recursos económicos.	reconocida como entidad de bien público con el N °0295 del 25/06/1994.
TIPO DE POBLACION	Niños y adolescentes de ambos sexos con discapacidades mentales con o sin compromiso motor, de entre 0 a 21 años de edad. Que carecen familia o bien cuentan con ellas pero que por diversas causas, estas	Pacientes: se les brinda estimulación mnésico – cognitiva en el "Centro de Día" que funciona de lunes a Viernes de 9.30 a 17 horas. Para el ingreso los pacientes concurren con el diagnóstico médico, de no contar con una evaluación donde se contemple el grado de deterioro se realiza

	familias de origen no pueden satisfacer sus necesidades esenciales. Los niños llegan al hogar derivado del tribunal de menores de la ciudad de Mar del Plata. Esta derivación por parte de los jueces es dispuesta a raíz de situaciones límites tanto en el orden social, económico y asistencial que determinan que el niño se encuentra en situación de alto riesgo. El hogar trabaja con población cautiva dado que estos niños permanecen todo el tiempo en el hogar.	en la institución. Los pacientes están agrupados de acuerdo al grado de deterioro. Concurren pacientes que se encuentran en estadio incipiente, leve o moderado.
PERFIL IDEOLOGICO	Los principios y valores que iluminan al Hogar de María podemos encontrarlos con solo tratar de descubrir la interioridad de las personas discapacitadas y conocer su actuar. En este espacio ingenuo, no	Sin distinción de credos, GAMA trabaja para todas las personas. Su misión: atender las necesidades de las personas que padecen la enfermedad de Alzheimer y/o enfermedades semejantes y brindar apoyo a familiares, con el fin de sostener y/o mejorar la calidad de vida.

	contaminado, donde dios nos revela y nos hace ver las manifestaciones mas simple del amor. Tratemos entonces de traducir a valores y principios la interioridad y las manifestaciones concretas de las personas discapacitadas. Esta institución pretende llevar adelante el gran desafío de crecer juntos en el amor, desde la dificultad que el señor les regalo. Esta basado en la misión de Sto. Tomas ¨el orden del ser determina el orden del actuar. Todo el accionar de dicha institución esta basada en los principios y valores de la fe cristiana. Siendo este su marco ideológico de base, y haciendo hincapié en que la discapacidad es un regalo de dios y una demostración de su	A la vez beneficia a la familia con la tranquilidad de saber que el paciente está en un lugar seguro, y es importante destacar que está respaldado y atendido por un equipo profesional de primer nivel, especializado en estas patologías.

	amor.	
ORGANIGRAMA	Como en toda institución rige una cultura organizacional que la diferencia de otras, con normas, hábitos y valores que practican los individuos de una organización y que hace de esta su forma de comportamiento. El Hogar de María tiene una cultura organizacional con características propias. Tiene muy poca autonomía individual: hay una supervisión estrecha, el personal tiene poca libertad en su trabajo. Los puestos de trabajo standardizados. Reglas y procedimientos debidamente formalizados. Tolerancia al conflicto: la gerencia mantiene un nivel mínimo de conflicto constructivo debido a la presencia de conflictos	La institución está conformada por una Comisión Directiva integrada por familiares de pacientes, por una Comisión Científica Asesora y por una Comisión ejecutiva encargada de implementar los diferentes proyectos que son llevados a cabo por la institución. **COMISION DIRECTIVA** *Presidente:* Hebe Aenlle *Vicepresidente:* Hebe René Noriega *Tesorera:* Mirta Pacheco *Pro-tesorera:* Esther Harispe *Secretaria:* Angelina Siklosi *Pro-secretaria:* Norma Cardoso *Vocales Titulares:* Yolanda Gauto Marcela Alfonsín *Vocales Suplentes:* Estela Goicoechea Norma Marcos *Comisión Revisora de Cuentas Titulares:* Cándido Rodríguez Nelly Acosta

	diferenciales o destructivos.	*Suplentes:* María Moreno Silvia Reyna
FUNCION DEL TRABAJADOR SOCIAL	Es el responsable de establecer y favorecer los vínculos entre la institución, las familias de los beneficiarios y la comunidad. Es su función cooperar con el equipo técnico en planificar sus estrategias tendientes a mejorar y sostener la calidad de vida de los beneficiarios de la institución. Promover, fortalecer y favorecer la relación de niños y jóvenes entre si y con la familia. Informar y/o suministrar los datos que la inspección de la autoridad competente le requiera. Colaborar activamente con el equipo técnico en la búsqueda de estrategias y soluciones para cada caso particular.	El trabajador social tiene entre sus funciones la realización de la entrevista de admisión que se realiza a un familiar, cuidador u otra persona que pudiere aportar datos de la historia personal del paciente. Mediante entrevistas, informes socio-ambientales, elabora la historia social, diagnostica, decide, monitorea y presenta un tratamiento social adecuado a cada caso. Siempre teniendo en cuenta las necesidades de los familiares-cuidadores y del grado de deterioro del paciente. La participación del trabajador Social dentro del equipo de salud, en especial, en el centro de día, contribuye al éxito del proceso de mejoramiento, del bienestar de los pacientes y del familiar a cargo del mismo, quienes generalmente llevan una pesada carga que termina enfermándolos, transformándose todos en personas en situación de riesgo.

	Coordinar y gestionar el cumplimiento de 2todos" los pasos necesarios para efectivizar el ingreso de beneficiarios al servicio. Orientar y acompañar la derivación a otros servicios de la comunidad. Difundir las características y servicios que brinda el Hogar a toda la comunidad. Extender y difundir la acción al servicio de la comunidad. Realizar evaluaciones ambientales de la familia de los beneficiarios, realizando los correspondientes informes. Deberá trabajar en conjunto con el equipo técnico institucional favoreciendo su dinámica y planificando estrategias de intervención para cada	El servicio social tiene como propósito, dar respuesta a las situaciones sociales problematizadas que afectan a estos pacientes. Otro rol del Trabajador social dentro de la institución es el de gestión y coordinación.

	caso en particular. Favorecer el trabajo interdisciplinario.	
PRESUPUESTO	Desde el comienzo el sustento del Hogar proviene de la cuota social de un grupo de personas, que mes a mes realiza una colaboración con la tarjeta de crédito o colaboración a domicilio.	A través de una cuota mensual en calidad de **Socio Activo**. Con la participación de los diversos **eventos** que la institución organiza. A través de **donaciones**. Convirtiéndose en **Voluntario**

CONCLUSIONES:

Entendemos la intervención social en el campo de la discapacidad, como un enfoque bio-psico-social es decir, que no se entiende la salud como la mera ausencia de enfermedad física, sino que además cualquier alteración psicológica o social puede determinar el estado de enfermedad/discapacidad de un individuo y su estado completo de bienestar. Por ello toda intervención ha de estar enfocada en el abordaje terapéutico de estas tres esferas, pues solo considerando al individuo en toda su dimensión se puede garantizar con éxito una recuperación o un mantenimiento completo de la deficiencia, trastorno y enfermedad.

La acción que el trabajo social realiza así como los objetivos que pretende conseguir en sus intervenciones, vienen considerados entre factores por las características de la institución (pública o privada) desde lo que realiza su labor profesional y las características especificas de los profesionales que es el objeto de intervención (grado de discapacidad, edad, etc.). Todo aquello requiere la dirección del trabajo en tres direcciones:

*nivel político institucional: en la promoción y búsqueda de recursos

*nivel social o comunitario: para que las personas discapacitadas sea aceptadas como iguales a pesar de sus diferencias

*nivel individual y familiar: implicando a ambos en la resolución de problemas.

A partir de nuestra inserción PRE profesional en las instituciones, Hogar de María y GAMA pudimos observar, que las estrategias de intervención institucionales, varían por el grupo etáreo con el que se trabaja y sobre todo porque en ambas instituciones tienen diferentes modalidades de concurrencia. Gama funciona como centro de día y el hogar de María como hogar permanente, lo que determina una población cautiva, los niños conviven 24 horas y esto determina que sea la institución la que tiene que dar respuesta a las necesidades básicas , la mayoría de ellos no cuanta con el apoyo familiar para dar respuesta, entran por orden judicial.

Gama en tanto, cuanta con una población de adultos mayores, que concurren a la institución de acuerdo al grado de deterioro en que se encuentra y de las necesidades familiares del mismo, el centro de día funciona de lunes a viernes

de 9,30 a 17 hs, esto le permite al trabajador social trabajar en forma conjunta con la familia contribuyendo al éxito del proceso de mejoramiento del bienestar de los pacientes y los familiares a cargo, quienes generalmente llevan una pesada carga que termina enfermándolos transformándose todos en personas en situación de riesgo.

Las estrategias de intervención de los trabajadores sociales esta encuadrada dentro del marco ideológico que estructura a cada institución, se puede visualizar una orientación plenamente religiosa la que determina el accionar del trabajador social y de los demás profesionales en su quehacer dentro del hogar de María. En oposición gama trabaja sin distinción de credo lo que les permite a los profesionales no estar condicionados en su intervención, a la hora de diagnosticar, decidir y presentar un tratamiento adecuado a cada caso.

A nuestra consideración como futuros profesionales creemos que la intervención de los trabajadores sociales no esta ajena a la cultura institucional del lugar de trabajo, siendo esta en muchas ocasiones la que determina las estrategias de intervención que deben efectuarse. Pero también consideramos que la capacidad de innovar a la hora de diagnosticar y presentar un tratamiento adecuado va a depender de cada profesional para lograr una intervención exitosa.

BIBLIOGRAFIA

*Trabajo Social en el campo de la salud mental. Rubén Méndez.
*intelectuales, política y poder. Bourdieu. Bs. As. Eudeba 2000.
*El trabajo Social individualizado. México 1965. Perlman, H.
*http/es.wikipedia.ong/Wiki/organización no _ gubernamentales.
*La institucionalización de la locura. "La intervención del Trabajo Social en alternativa de atención. Editorial espacio. Lucia del carmen Amico.
*Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Manual para los familiares y el equipo de salud. Editorial Polemos, año 2003. Pablo Bagnati, Ricardo Allegri, Janus Krener, Fernando Torogano.
*ABC de la enfermedad de Alzheimer. Editorial masson, año 1990. P. Thomas, A. Pesce.
*Aspectos psicosociales de la enfermedad de Alzheimer. Editorial Edikamen. Prof.: Dr. José Antonio Florez Lozano. Universidad de Oviedo.
*CIDDM 2: Clasificación Internacional del funcionamiento y la discapacidad y de la salud. Año 2001. Organización Mundial de la salud. Editado por el Ministerio de trabajo y Asuntos sociales. Madrid, España.
*El Trabajo Social Familiar. Isabel Ramírez De Mingo.
*Cultura Organizacional. Año 1999 .Dr. Amilcar Ríos Reyes.
*Organizaciones No gubernamentales. Las Ong´s en el marco del nuevo orden mundial. Ángeles Diez Rodríguez.
*La discapacidad, una mirada desde la teoría de sistemas y el modelo biopsicosocial. Vol. 12, enero, diciembre 2007. José healer Vanegas garcía.
*Alternativas de la diversidad social: las personas con discapacidad. Editorial Espacio. Amelia Dell ´ Anno, Mario E. Corbacho, Mario Serrat.
* El análisis institucional, la instituion del poder. Silveiro Barriga.
*Ley 22431 de protección integral para los discapacitados.
* El objeto de intervención profesional: un mito del trabajo Social. Rosario, noviembre 2004. Alicia González-Saibene.
*Introducción al Trabajo Social. Natalio Kisnerman.