

margen N° 82 - octubre 2016

Trabajo Social. Abordaje inter e intra institucional ante una circunstancia de vida

Por Ana Machado y Cristian Carlini

Ana Machado. Jefa del Servicio Social del Hospital Germani, Localidad de Laferrere, Partido de La Matanza, provincia de Buenos Aires, Argentina.

Cristian Carlini. Trabajador Social en el Hospital Germani. Docente/tutor de la carrera de Medicina, 1° año, UNLaM (Universidad Nacional de La Matanza), provincia de Buenos Aires, Argentina.

Introducción

Como trabajadores de la Salud presentamos el caso clínico/social de la familia C.N. Su problemática ha generado un desafío en el abordaje de intervención del Equipo de Salud y entre Instituciones. Se trata de una paciente que en primera instancia decidió abortar en dos oportunidades, no lográndolo por diferentes motivos, siguiendo el curso su embarazo. Es un caso que refiere al camino de construcción de resiliencia que ha tenido que ir desarrollando la paciente con respecto a su vínculo de pareja, su familia y los patrones culturales existentes respecto a la maternidad, visibilizándose y siendo atravesada por el eje intrar institucional (del ámbito de Salud), e interinstitucional (ámbito de Salud, ámbito de Desarrollo Social, etc.), generándose en dicho abordaje una Red entre todos los actores para el tratamiento del problema.

El objetivo de esta presentación es concientizar acerca de la importancia de elevar la calidad de atención del Equipo de Salud a los fines de acompañar al paciente en sus diferentes procesos, proponiendo para ello distintas intervenciones tendientes al trabajo en Red e interinstitucional.

Desarrollo

Para la realización y presentación de este ateneo nos planteamos los siguientes ejes y preguntas disparadoras:

- Cómo lo emocional en un conflicto que conlleva, en algún punto, violencia psicológica y puede afectar directamente a un niño por nacer y luego de nacido.
- Cómo la desesperación, la ira o la tristeza, pueden desencadenar reacciones inesperadas y que en ocasiones escapan incluso a la mirada de los profesionales intervinientes.
- De una hija en principio rechazada, al deseo de afrontar la situación y construir una maternidad desde una elección libre.
- La importancia de realizar acciones tendientes a fortalecer el vínculo madre-hijo de un niño recién nacido, vínculo totalmente afectado desde el inicio del embarazo por la situación conflictiva de la paciente respecto a su pareja.

- Ante el predominio de la culpabilización por determinados actos, ¿cómo acompañar en el afianzamiento de lo emocional para que no quede arraigada en el laberinto de la autoculpabilización?
- ¿Proceso de construcción de resiliencia y de empoderamiento?
- Potencialidad de las intervenciones cuando se logra una articulación concreta y continúa entre el 1° Nivel de atención (Unidad Sanitaria Laferrere) y el 2° Nivel de atención (Hospital Teresa Germani) en el Sistema de Salud. Es decir, la importancia del Trabajo en Red en el marco de la Referencia y Contrarreferencia.
- La importancia de ir aprendiendo a conocer nuestros límites como profesionales en nuestras intervenciones.
- Ante el modelo hegemónico de una intervención tutelada, partir desde una concepción de sujetos de derechos y de la importancia del Dispositivo de Intervención “Cuerpo a Cuerpo”.

Variables principales del Núcleo Familiar

Antes de profundizar en la revisión histórica de las intervenciones llevadas a cabo y la vinculación con ejes teóricos, vamos a realizar una sintética descripción y contextualización de las condiciones económicas / laborales, de vivienda, educativas y sociales en las que se encontró a la paciente N cuando comenzamos a profundizar el acompañamiento, hacia fines de noviembre y / o principios de diciembre.

Esta familia se encuentra viviendo, como **ubicación geográfica**, en el Barrio Jorge Newery, a una cuadra de Av. Luro y a 7 cuadras aproximadamente de la ruta 3 kilómetro 25, en la localidad de Laferrere, Partido de La Matanza.

El grupo conviviente está constituido: por N, cuya edad es de 27 años. Se encuentra distanciada del padre de sus dos hijas, con una presencia de éste en lo vincular con estas niñas y en cuanto a aporte en lo económico (aunque no en forma continuada). Las hijas tienen 6 y 4 años respectivamente y N cursaba en ese momento un embarazo de 8 meses aproximadamente.

La familia se caracteriza por ser de tipo monoparental, con la presencia -en parte- del padre de sus hijas.

La situación económica / laboral de este grupo familiar: se caracteriza por una concreta vulnerabilidad, a marginalidad, encontrándose -por los ingresos que perciben- en situación de pobreza. Los mismos provienen de la Asignación Universal, que por las dos niñas suman \$ 1.932.

De parte del padre de sus hijos percibe \$1.500. Con estos ingresos totales, de aproximadamente \$ 3.500, no puede superar lo establecido por la línea de la CBA (canasta básica alimentaria) y tampoco de la CBT (canasta básica total).

La situación de vivienda: es verdaderamente muy compleja. Si bien no están alquilando en el lugar donde viven, ya que comparten el terreno con el núcleo familiar de su hermano Mario, sí es necesario destacar que las condiciones de vivienda son muy precarias: presenta una sola habitación y un baño, generándose hacinamiento. El piso está constituido en gran parte de cemento, también las paredes son de cemento y ladrillo y el techo, de cemento y cinc. La instalación eléctrica es en parte precaria. El baño es compartido entre ambos núcleos familiares.

Como sucede en todo el barrio, esta vivienda no posee conexión a una red de cloacas y sí cuenta con un pozo con una cámara séptica.

Con estas disponibilidades, y tomando en cuenta la cantidad de personas que constituyen este núcleo familiar, vivencian una situación de concreto hacinamiento.

La situación educativa: situación no tan vulnerable con respecto a los niños, porque se encuentran cursando la escolaridad que les corresponde según su respectiva edad. Ambas niñas cursan en el Jardín Comunitario Renacer. Desde el Servicio Social de la Unidad Sanitaria Laferrere se realizó la gestión para poder brindar la posibilidad de que su segunda hija tenga una vacante en el JC Renacer.

La situación sanitaria: sus dos primeras hijas se encuentran estables y bien clínicamente. Realizan los controles anuales con la Dra. Soledad Bonzani de la Unidad Sanitaria Laferrere.

La situación de salud de su hija menor, recientemente nacida, es también estable y respetando los controles que se requieren. Respecto a N, también se halla bien clínicamente y más estable desde lo emocional.

Análisis de contexto

Al intercambiar varias ideas sobre la situación de esta familia, comprendimos que la estructura de desigualdad social que atraviesa, como tantas otras miles de familias expresándose en situaciones de vulnerabilidad, marginalidad y exclusión social, es generada por condiciones estructurales macro (tanto económicas, políticas, culturales y sociales), condiciones que traspasan nuestras responsabilidades y que implican soluciones de características macro y en contextos de procesos históricos. Y es la pobreza una de las formas más importantes en que se expresa esta estructura de desigualdad social.

Y esta situación de pobreza aumenta las posibilidades de generar (sin caer en una lectura lineal y determinista) los siguientes factores estresantes:

- pérdida o falta de empleo,
- ruptura de vínculos familiares,
- discapacidad física o mental,
- accidentes,
- situaciones de adicción a diversas sustancias,
- violencia (verbal, física, familiar, institucional etc.).

Los niños son los más afectados, dado que la pobreza tiende a afectar al núcleo familiar (elemento fundamental para la formación de su psiquis). Entre madre/padre e hijos esta situación de vulnerabilidad social genera un impacto en la forma que se construye el vínculo, en los lazos familiares.

En el caso de los niños, el déficit de estimulación psicológica da origen a lo que llamamos retraso mental socio-cultural, que afecta ya a grupos grandes de ellos. El estado de tanta precariedad psico-social vulnerabiliza a dichas personas, afectando su salud y el normal funcionamiento de su cotidianidad, donde podemos apreciar situaciones de:

- deterioro constante de la calidad de vida,
- alimentación deficiente,
- hacinamiento y superpoblación,
- malas condiciones higiénicas,
- desabastecimiento de agua,
- inadecuado acceso a los servicios médicos, entre otras situaciones.

Consideramos fundamental sostener estas reflexiones como los determinantes sociales, económicos y culturales que atraviesan las vivencias cotidianas de las familias con las que acompañamos en nuestras intervenciones en el ámbito micro social.

Revisión Histórica y Reseñas de las principales intervenciones realizadas vinculándolas con ejes/ conceptos teóricos

El primer contacto que se estableció con la paciente N fue en medio de la vía pública con el Trabajador Social de la US Laferrere, hacia mediados de julio del 2015. Se acercó por referencia de un familiar. Su expresión manifiesta fue querer abortar, en un estado de inestabilidad emocional, porque expresaba no querer ser nuevamente madre al no estar acompañada de su pareja y familia. Ante esta situación, se le dio una orientación básica, proponiéndole hablar en el consultorio de la US Laferrere. El mismo día se acercó N a la Institución.

En la entrevista se intentó comenzar, en primer lugar, la construcción de un espacio de escucha. Posteriormente se le brindó orientación básica y la dirección y derivación al CS Ezcurra, donde un grupo de colegas sostiene el espacio de consejería pre/post aborto. Para ello se estableció contacto telefónico con una de las colegas.

La paciente refirió que nunca se había realizado un control de su embarazo, estimando estar de 10 semanas aproximadamente. Se le informó que se recomienda realizar esta práctica hasta la semana 12 de gestación, planteándole nuevamente la importancia de que concurra al servicio orientado.

En los sucesivos meses, la paciente no concurrió al turno programado con el Servicio Social de la US Laferrere, como tampoco lo hizo al CS Ezcurra. Se realizaron entrevistas domiciliarias sin poder ubicar/ encontrar a la paciente.

Fue a fines de noviembre/principios de diciembre cuando N concurre nuevamente a la US Laferrere, expresando -como necesidad manifiesta y de forma urgente- poder ser acompañada para la toma de una decisión de cómo continuar con su embarazo, que en principio rechazaba. Expresaba continuas culpabilizaciones por intentar en dos oportunidades interrumpir el embarazo sin lograr ese objetivo, manifestando también en la entrevista expresiones de no querer abandonar el bebé una vez que naciera, pero no saber si lo quería tener, como también negar y ocultar su situación al resto de su familia, haciendo hincapié en el hermano con quien comparten el terreno.

Nos preguntamos / reflexionamos cómo los patrones culturales patriarcales se corporalizan en la vida cotidiana micro social de una persona, posicionándose en un estado continuo de auto culpabilizarse por el deber ser de madre impuesto y no como una construcción libre. Lo relacionamos con el concepto del patriarcado como estructura invisible muy bien desarrollados por

las autoras M^a Luisa Montero García-Celay y Mariano Nieto Navarro **-1-** que expresan lo siguiente: *“el patriarcado es toda la estructura social en la que muy diversos factores se entrelazan y refuerzan mutuamente para hacer posibles las actitudes y conductas machistas: categorías conceptuales, esquemas de percepción, universo simbólico, leyes, costumbres, instituciones, organización económica, educación, publicidad, etc.”*. El esquema de percepción y auto percepción en la que partía la paciente N es un claro ejemplo de cómo en lo cotidiano se reprodujeron los patrones culturales patriarcales.

Como estrategia en dicho momento, desde el S. Social de la Unidad Sanitaria, se establece la derivación con el Servicio de Obstetricia para garantizar los principales controles y orientación antes del potencial parto, como también se orienta a que concurra al Hospital Germani, estableciendo la comunicación con el S. Social de dicho Hospital para dar a conocer la situación de N.

También nos genera inquietudes poder reflexionar cómo uno es atravesado por la mirada del otro. En este caso, la mirada no sólo del padre de sus dos hijos que expresaba no querer hacerse responsable de este embarazo, sino también de parte de su familia, expresando una discriminación implícita hacia su situación de embarazo, generando en la propia paciente la utilización de ropa amplia para *“intentar inconsciente ocultar / se, ocultar su embarazo”*, reforzando un estado emocional de auto culpabilización continua. Consideramos pertinente poder vincular este eje con la construcción del concepto de otredad y de la respectiva mirada del otro, donde la identidad se construye y se reconstruye constantemente en las interacciones sociales y en las respectivas miradas del otro. Este eje está muy bien desarrollado por el autor Saltalamacchia Homero en su texto sobre la *“Historia de vida: Reflexiones a partir de una experiencia de investigación” -2-*.

La paciente N Ingresó al Hospital Germani, referente de la Región II, y dio a luz un bebé de sexo femenino. Una de las obstétricas que atendió el parto informó al Servicio Social que la madre manifestaba rechazo hacia su bebé. Al principio no quiso ver a la niña, por lo que se decidió que la recién nacida permaneciera momentáneamente en el Servicio de Neonatología. De la entrevista que inicia el TS a N surge que se trata de la paciente que venían tratando ambas Instituciones, Unidad Sanitaria Laferrere y Hosp. Germani, desde hacía poco tiempo, razón por la cual hasta ese momento el Hospital no había tenido contacto directo aún con N. A pesar de ello, el conocimiento previo que sí se tenía de la situación que atravesaba esta paciente dio lugar a un entrevista abierta, de gran empatía y armonía al saber N que ya el Servicio de Trabajo Social del Hospital conocía su historia y podría comprender lo que estaba sucediendo sin profundizar demasiado por el momento, teniendo en cuenta lo reciente del parto, la angustia y confusión.

En la entrevista surgió prontamente la necesidad de que se acercara el TS de la Unidad Sanitaria Laferrere, quien conocía muy de cerca la problemática de esta joven madre, a fin de visitarla y conversar con ella de esta nueva etapa, el nacimiento de su bebé.

Esta intervención conjunta de ambas Instituciones en ese marco de conocimiento previo de la situación, permitió que se abordara el caso de tal manera que proporcionara mayor confianza y tranquilidad a N. Durante el desarrollo de esta entrevista en conjunto con integrantes de ambos servicios sociales, se la notó calma, menos angustiada. Entendió y sintió seguramente que su decisión, lo que fuera que decidiera, se respetaría.

A las horas, N. se acercó al Servicio de Neonatología para darle de mamar a su hija. Más tarde, la niña fue llevada a la Sala de Internación, donde permaneció junto a su madre hasta el Alta conjunta.

En los días en que N permaneció internada se observó un vínculo madre-hija bueno. Llamó la atención su negación para que se citara desde el Servicio Social a su familia. Si bien se notaba una buena conexión de N con su beba, resultaba contradictoria su conducta con la familia. El que no deseara incluirlos en la crianza de la niña podemos relacionarlo con los patrones de autoculpabilización internalizados por N desarrollados anteriormente en este trabajo. Daba a entender que podría hacer todo sola. Su angustia se puso de manifiesto en relación a su pareja. N inscribió el nacimiento de su hija sola. No estaba claro si el padre de la niña no quería darle su apellido o si N no quería que él la reconociera. Antes de concretar una cita con los hermanos de N, ellos se presentaron espontáneamente ante el Servicio Social, muy angustiados al percibir por hechos concretos la negación que la madre tenía o había tenido en relación al nacimiento de su hija. Se les propuso una entrevista conjunta con N, la que se llevó a cabo en la internación previo al Alta de ambas, madre e hija. Resultó ser un encuentro donde cada uno pudo mirar a los ojos al otro y decir lo que sentían. Ambos hermanos abrazaron a N, juntos lloraron, se sintió la emoción tan fuerte, mientras pedían que estuviera tranquila y prometían ayudarla, y mientras el hermano mayor decía *“es una vida...esta beba es vida...”*. A partir de allí, N tomó a su niña y la meció con mucha emoción y dulzura, mientras su mirada con lágrimas recorría a cada uno de quienes estábamos allí. Nos dio las gracias y preguntó cuándo debía volver a controlar a la bebé. Y de esa manera, acompañada, abrazada en todo sentido por su familia, egresó del Hospital.

Este dispositivo de trabajo en Red, llevado a la práctica, nos permitió hacer una entrevista conjunta con la paciente al día siguiente de nacida su hija, como también se focalizó en tener entrevistas con sus familiares (hermanos), en las que nuestra intervención permitió ahondar dos caminos interrelacionados entre sí. Por un lado, la construcción de un camino que nos permitió generar una presencia institucional concreta y activa hacia su respectiva familia en el conocimiento/seguimiento-acompañamiento/contención de la paciente, permitiendo afianzar el compromiso vincular, presencia y la apoyatura de esta familia hacia la paciente N. Es decir, pudieron lograr la recuperación de los lazos de solidaridad desde la paciente N con su respectiva familia, en su respectivo ámbito comunitario local, muy bien desarrollado por el autor Carballeda A. -3-. Y por otro lado, nos permitió ampliar la confianza con la paciente y la generación de un respectivo vínculo transferencial positivo y sin rechazos. La construcción de empatía y de un vínculo transferencial positivo es de vital importancia como desafío a lograr en cada intervención que realizamos como TS. Lo relacionamos con la autora Aspillaga Silvia que con respecto al concepto transferencial expresa lo siguiente: *“...el terapeuta tendrá que hacerse cargo de estos aspectos transferidos negativamente, y analizarlos, para poder devolvérselos al paciente con otros signos, con una finalidad reparadora -4-”*. Nuestra función como Trab. Sociales, como trabajadores de la salud, es intentar -a través de las diversas intervenciones- construir empatías con finalidades reparadoras para la propia subjetividad del paciente, como también la importancia de fortalecer los lazos sociales para superar situaciones de vulnerabilidad y “aportar a su reparación” si están fracturados, partiendo desde una concepción de derechos humanos.

Una vez dada de alta a la paciente N, ambos Servicios Sociales continuamos intercambiando diferentes ideas, propuestas, posibles intervenciones, etc. Y reafirmamos que otro camino es posible a pesar de los obstáculos que se presenten. Reafirmamos que el trabajo en Red y trabajo asociativo, en nuestro contexto de los diferentes niveles de atención, es de fundamental importancia y es el que permite potencializar resultados positivos. Este trabajo en asociación, en red, está muy bien desarrollado por uno de los ejes que sustenta el programa de salud familiar / Programa Médicos Comunitarios, cuando hace hincapié en la importancia de la constitución de las redes comunitarias como el poder garantizar una adecuada dimensión de la red sanitaria -5-.

Este eje también está muy bien desarrollado por los aportes de la Lic. en Trabajo Social Olga

Niremberg, cuando hace referencia a la importancia de la interrelación (como atributos estratégicos de la intervención social) del carácter integral, del carácter participativo y del carácter asociativo, entendiendo a este carácter asociativo como la importancia de la articulación formal e informal para un fin común entre instituciones sectoriales como son por ejemplo los establecimientos de salud, las organizaciones de la sociedad civil y / o asociaciones comunitarias de base, establecimientos educativos, aportes de individualidades, permitiendo el desarrollo del capital social) **-6-**.

Este trabajo en red permitió generar un continuo acompañamiento a esta paciente. La puesta en marcha de estos diversos dispositivos de intervención se llevó a la práctica (y se continúa llevando) para cumplir con uno de los principios fundamentales de todo sistema sanitario, que es garantizar la concreta accesibilidad del paciente/familia a dicho Sistema de Salud, reafirmando también el concepto de la dimensión de la Red sanitaria expresado en los aportes teóricos del Programa de salud familiar: *“La accesibilidad es la principal característica estructural para un buen funcionamiento de cualquier sistema de atención primaria. Si no hay acceso adecuado, los cuidados pueden demorarse al punto que afecte seriamente el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades a la vez que provocan en los usuarios insatisfacción con el sistema de atención...”*; *“...resulta fundamental constituir una Red Sanitaria de Referencia y Contrarreferencia...”*; *“permitirá que estas acciones se desarrollen coordinadamente con complejidad creciente para la resolución de los problemas de salud...”* **-7-**.

Fuimos logrando una articulación entre el Primer Nivel y el Segundo Nivel, poniendo en coordinación continua ambos Servicios Sociales, permitiendo vehiculizar la respectiva referencia / contrarreferencia y también llevando a la práctica uno de los ejes fundamentales del Programa de Salud Familiar que es: *“...lograr una reducción de las desigualdades existentes a través de la generación de diversos dispositivos de salud y sociales que permitan un acceso universal a los servicios básicos integrales...”* **-8-**.

Asegurarle y gestionarle turnos con diferentes especialidades, generar constantemente espacios de escuchas hacia esta paciente N, orientarla y establecer puentes con otras áreas como Desarrollo Social del Municipio, etc., son ejemplos concretos de estos dispositivos de salud y sociales que permitieron mayor accesibilidad.

Reflexionando sobre uno de los dispositivos sociales puesto en práctica como una forma de intervención, revalorizamos el de Acompañamiento “cuerpo a cuerpo”. Este dispositivo nos permite salir de los propios límites de las Instituciones involucradas (US Laferrere y Hospital Germani) y nos permitió ir comprendiendo la vida cotidiana, las redes sociales y los deseos e imaginarios más importantes para la paciente N. El ponernos en el lugar del otro, sin dejar nuestro rol como Trabajadores Sociales, es lo que garantizó la construcción de empatía vincular siendo este dispositivo social una forma de afianzar y permitir dicha construcción empática. Este dispositivo lo desarrolla muy bien teóricamente la autora Ponce G. **-9-** que valoriza la importancia de esta estrategia de intervención cuando hay familias que están atravesando situacionalmente una escasa capacidad de resolución de problemáticas. Esta autora plantea lo siguiente: *“Este acompañamiento implica: alta frecuencia de entrevistas, socialización de tareas..., maximización de la accesibilidad a los diversos dispositivos de atención, derivaciones con alto grado de contención, monitoreo permanente y pormenorizado de cada una de las acciones que conforman el proceso de intervención, etc. En síntesis, se trata de una estrategia basada en la lógica de la presencia, la contención y el acompañamiento.”* A su vez, Ponce G **-10-** plantea que este tipo de intervención se basa en ser pertinente (es decir no aplicándose de forma universal sino tomando en cuenta las situaciones singulares de cada familia), como también se centra en la revalorización de la

autonomía de cada sujeto. Este dispositivo de Acompañamiento “Cuerpo a Cuerpo” se relaciona con los aportes realizados por Lic. Altomano G. y Azpillaga S. cuando expresan lo siguiente: “...el acompañamiento psicoterapéutico cumple con la función de ser soporte / sostén para el paciente, desde la cotidianidad de vida del mismo paciente...”, “... se trabaja apuntando a la socialización del paciente... -11-”. Nuestra intervención revaloriza constantemente el concepto de orientación (como una de las líneas fundamentales en las que puede ubicarse el Trabajo Social, desarrollado por la autora Mendoza Rangel, Ma. Del Carmen -12-) se relaciona con este dispositivo de Acompañamiento que se puso en marcha en esta situación problemática.

Las intervenciones llevadas en la práctica se basaron también en establecer una articulación con otros actores, instituciones (ej. Jardín Comunitario Renacer, Secretaría de Desarrollo Social, etc.), de otros ámbitos, como con otros actores del mismo sistema sanitario (por ejemplo diferentes Servicios en el Hosp. Germani como de la US Laferrere). Nos permite relacionarlo con el concepto y la estrategia de desarrollar: “*espacios de articulación multiactoral*”, desarrollado por Robirosa, Lapalma y Cardarelli -13-, espacios que hay que potencializar constantemente para poder lograr una mejor atención de salud para esta familia.

A lo largo de este trabajo en red, de asociación, de acompañamiento a la paciente y su familia, se pudo observar cómo se fue corriendo N de esa mirada introyectada de autodiscriminación y de continua culpabilización. Fue logrando un afianzamiento (en proceso) de su autoestima. Fue permitiendo revalorizarse en su nueva elección de rol de madre y fortaleciendo también su vinculación con el padre de sus hijas, generando que dicha persona se encuentre en la actualidad cumpliendo su rol de responsabilidad paterna. Este afianzamiento en la propia subjetividad de N lo relacionamos con el concepto de resiliencia muy bien desarrollado por la autora Edith Grotberg que expresa lo siguiente: “...la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformado positivamente por estas adversidades...” -14-. De sentirse en una situación de gran culpabilización y desgano como de un incipiente rechazo hacia su hija recién nacida, a construir la capacidad de superar estas adversidades y afianzar su capacidad autónoma. Este eje lo relacionamos con la autora Trabi Viviana, plantea lo siguiente: “los objetivos rectores del ejercicio profesional se basan en una concepción de la persona como sujeto de derechos y apunta fundamentalmente a su protagonismo y participación activa en la resolución de sus problemas” -15-. Nos permite superar el paradigma de la ciudadanía asistida que tiende a ver un sujeto con necesidades sociales como un simple sujeto de carencia, un sujeto que es en sí un simple objeto a “asistirlo” por la concepción de la ciudadanía emancipada. Es decir, fue logrando resignificar y revalorizar su propia Identidad, demostrando que toda instancia identitaria es una continua construcción. Poder comprender este cambio que fuimos observando en cada consulta, en cada visita domiciliaria, implica partir de un análisis interaccional y dinámico sobre la identidad como perspectiva dinámica. Coincidimos con lo que expresa Bauman: “una estructura multidimensional y en continua dialéctica entre la permanencia y el proceso evolutivo”. (Bauman Z., 2005: 24).

Esta nueva concepción parte de interpretar al sujeto con necesidades sociales no satisfechas, como un sujeto no sólo que vivencia dichas necesidades sino que también tiene la capacidad de demandar, de participar, de asociarse, de ser un actor activo en la construcción de la dignificación de su propia vida, es decir que no es un sujeto necesitado sino que es un sujeto activo con necesidad pero también con potencia a contribuir a la satisfacción de dicha necesidad social. Estos modelos están muy bien desarrollados por los autores E. Bustelo, R. Castell -16-. La paciente N comenzó a construirse como sujeto activo. Lo relacionamos también con el aporte de la autora M. R. Pagaza -17-, que plantea que si bien el sujeto es generador de sus prácticas cotidianas de reproducción de su existencia (reproduciendo lo que hegemónicamente está establecido) no es un

simple “reproductor como lo dado desde lo macro estructural”, sino que tiene la capacidad de ser un sujeto con su propia voz autónoma, dinámico y con la posibilidad de aportar (en su reproducción de acciones cotidianas) a la transformación de su situación de inequidad. N está logrando no reproducir en su totalidad los patrones patriarcales hegemónicos impuestos y sí ir construyendo y revalorizando su autonomía.

Situación actual

El trabajar en Red nos permitió -y nos sigue permitiendo- hacernos aportes de conocimientos y habilidades desde las distintas disciplinas en función de un mismo objetivo común. Al hablar de red como concepto articulador, lo relacionamos con los aportes de la autora Dabas **-18-**, que parte de la visión de entender a la red desde una concepción integral y progresista que apuesta a la transformación social. También podemos mencionar que hay otros autores, como Findling y López (2009), que expresan que las redes permiten democratizar el saber porque desarticulan las pirámides jerárquicas de la toma de decisiones, donde son sólo las cúpulas las que las toman. Estas autoras desarrollan, desde esta reflexión, el concepto de “multicentrismo” de la red.

También esta reparación lograda en la situación de vulnerabilidad social de la familia, implicó un camino de acompañamiento a este grupo familiar e ir pudiendo apreciar y tomar en cuenta tanto lo manifiesto como también lo latente, trabajando en equipo tanto las propias transferencias múltiples del paciente como las propias transferencias de los que formamos este equipo de trabajo, donde la transferencia y la contra transferencia se dan de manera simultánea en una continua contextualización en la que no hay ni un primero y ni un segundo, por lo cual no es correcto realizar una interpretación lineal.

Hasta el momento, estos son los logros:

- Una proyección libidinal de N (y al mismo tiempo construcción de deseo materno) hacia la aceptación y cuidado de su última hija, luego de los acotamientos comentados en este Trabajo , cuidado que se expresa en los continuos controles de la salud de su hija, logrando estar presente en los diferentes turnos que se le fue gestionando, como otras actividades que se fueron planificando.
- N está logrando también volver a cuidarse en su respectivo control ginecológico, aceptando libremente la utilización del MAC DIU, concurriendo al turno gestionado. A pesar que el control fue realizado por un profesional varón, lo aceptó gracias a su mayor empoderamiento como mujer.
- Relacionado con el punto anterior, la paciente está recomponiendo el vínculo con el padre de sus hijas pero desde nuevas condiciones establecidas por ella. Se observa también desde su satisfacción porque él está cumpliendo más y mejor la responsabilidad de su rol paterno.

Esto logros son producto de la mayor capacidad de N de establecer límites, gracias a un proceso de empoderamiento como mujer, superando en parte los patrones culturales patriarcales, como una estructura invisible desarrollado a lo largo de este Trabajo.

- Al lograr este mayor empoderamiento y mayor expresión de autonomía y autovalimiento como persona, fue superando la mirada introyectada de autodiscriminación y autoculpabilización.
- La paciente pudo organizarse mejor la gestión en la solicitud de recursos materiales, luego de las diferentes orientaciones y derivaciones al área de Desarrollo Social.

Destacamos que se le planteó la importancia de que pudiera concurrir a un espacio de terapia,

donde en una oportunidad se le gestionó un turno con el Servicio de Psicología de la US Laferrere, aunque no concurrió al mismo.

Somos conscientes de que estos actuales logros no son definitivos, reafirmando la visión de dinamismo en los vínculos sociales, siendo necesario el constante acompañamiento y orientación que implica la responsabilidad de nuestra profesión cuando somos requeridos por la familia.

Conclusión

A través de este trabajo logramos visibilizar cómo influyen en los cotidianos de una persona los patrones culturales hegemónicos imperantes. Cómo es la estructura patriarcal. También nos fue posible acompañar un proceso de empoderamiento de la paciente N que logró ampliar sus prácticas de autonomía, pudiendo afrontar sus propias situaciones problemáticas vivenciadas y recomponer sus lazos sociales en parte fragmentados, logrando también una nueva re - vinculación con su hija recién nacida, con el antecedente de partir previamente de una postura de rechazo.

Consideramos importante destacar, además, la importancia de construir las mayores condiciones de empatía con la paciente, porque permitió que de un primer vínculo a mediados del año 2015, fuera la propia paciente, por sí, la que se acercara nuevamente a una efector de salud a solicitar acompañamiento en noviembre / diciembre del mismo año. Este suceso demuestra que una de las cualidades profesionales a desarrollar y potencializar es la de lograr construir con los/as pacientes/familias un vínculo de confianza, uno de los ejes centrales para la construcción de empatía.

Como toda intervención que realizamos desde nuestro rol como Trabajadores Sociales, nunca sabremos cuáles serán los resultados finales, pero sí estamos convencidos de que el enfoque ideológico – teórico y metodológico que intentamos plasmar en esta Presentación es el mejor camino que consideramos transitar en el acompañamiento / orientación / derivación que le brindamos a las familias en general y a la paciente N (y su núcleo familiar) en particular.

Notas

-1- M^a Luisa Montero García-Celay y Mariano Nieto Navarro. EL PATRIARCADO: UNA ESTRUCTURA INVISIBLE. Julio, 2002. <http://www.stopmachismo.net/marmar2.pdf>.

-2- El autor expresa lo siguiente: “Como dijera antes, el Otro (que constituye al sujeto desde su inconsciente) no es una simple unidad, sino, a su vez, una trama compleja, heterogénea y contradictoria: muchos y variados son los discursos que lo conforma y que conforma, desde él, al sujeto. Si el Otro fuese homogéneo, los sujetos serían idénticos y sería superfluo todo movimiento de identificación: los otros se disolverán en el Gran Otro. En cambio, la heterogeneidad constitutiva del Otro es lo que produce el doble efecto de: (1) la diversidad entre los sujetos y (2) la heterogénea constitución de cada sujeto. Esa doble heterogeneidad, a su vez: a) abre el campo de la constitución del yo no solo como imaginario sino también como instancia en la que el sujeto busca su propia unidad, proyectándose en sucesivas imágenes de sí y b) hace posible percibir la falla en el Otro; y, por ende, el movimiento hacia su sutura: el deseo y el proyecto en el que ese deseo se concreta (...) En la construcción imaginaria del Otro y su deseo estarán actuando tanto esas “voces que viene del pasado”, y que constituyen buena parte de su identidad, como las representaciones sociales del universos sociocultural en el que se encuentra inmerso”(Saltalamacchia H,1992:111-112).

-3- Carballeda Alfredo. La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales. Capítulo 5. La intervención en espacios microsociales. Texto trabajado en la cursada de Taller IV, Cátedra A. Arias. 2011

-4- Azpillaga Silvia. Artículo: “La transferencia”. Materiales de estudio del Seminario de Acompañamiento Psicoterapéutico. Año 2005. Asociación A - Compañar.

-5- Material del Programa Municipal de Salud Familiar. Secretaría de Salud. Municipalidad de La Matanza.

-6- Niremberg Olga: “Programación y evaluación de proyectos sociales”. Edit. Paidós.

-7- Material del Programa Municipal de Salud Familiar. Secretaría de Salud. Municipalidad de La Matanza.

-8- Material del Programa Municipal de Salud Familiar. Secretaría de Salud. Municipalidad de La Matanza.

-9- Ponce Geraldine. Construyendo Herramientas. Un recorrido por los procesos de intervención de la residencia de Trabajo Social en el Programa de Desnutrición del CeSAC N° 5.

-10- Ídem.

-11- Altomano, Guillermo y Azpillaga Silvia: Acompañamiento Psicoterapéutico. Reflexiones sobre el devenir de una función. Materiales de estudios del Seminario de Acompañamiento Psicoterapéutico. Año 2005. Asociación A – Compañar.

-12- Mendoza Rangel, Ma. Del Carmen. Una opción metodológica para los Trabajadores Sociales.

-13- Robirosa, Lapalma y Cardarelli: “Turbulencia y planificación social”. Materiales de estudio de la materia Metodología III. Carrera de Trabajo Social. Universidad de Buenos Aires (UBA).

-14- Ponencia sobre la temática de Resiliencia, en la Jornada realizada en el Mercado Central sobre: “El dolor y sus implicaciones sociales”, en el encuadre de formación del Programa de Salud Familiar.

-15- Trabi, Viviana. La investigación diagnóstica en Trabajo Social: La construcción de problemas a partir de la demanda de intervención profesional. En: Escalada, Soto, Fuentes y Otros: El Diagnóstico Social. Proceso de conocimiento e intervención Profesional. Buenos Aires. Editorial.

-16- Bustelo, E y Castell R. entre otros: “Expansión de la ciudadanía y construcción democrática”. Cuadernos de Debate. UNICEF.

-17- Pagaza Margarita Rosas: “Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en el Trabajo Social”. Editorial Espacio. Buenos Aires. 1998.

-18- La autora expresa lo siguiente: “es un sistema abierto, multicéntrico, que a través de un intercambio dinámico entre los integrantes de un colectivo (familiar, equipo de trabajo, barrio u organización, tal como la escuela, el hospital, el centro comunitario, entre otras) y con integrantes de otros colectivos, posibilita la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades. Cada miembro del colectivo se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros

desarrolla, optimizando los aprendizajes al ser éstos socialmente compartidos”. (Dabas E., 1998 : 17)

Bibliografía

- **Altomano, Guillermo y Azpillaga Silvia:** Acompañamiento Psicoterapéutico. Reflexiones sobre el devenir de una función. Materiales de estudios del Seminario de Acompañamiento Psicoterapéutico. Año 2005. Asociación A – Compañar.
- **Asociación A – Compañar:** “Materiales de estudios del Seminario de Acompañamiento Psicoterapéutico”. (2005).
- **Ateneo presentado por equipo de la US Laferrere en Región Sanitaria II.** Secretaría de Salud. Municipalidad de La Matanza. 2010
- **Azpillaga Silvia.** Artículo: “La transferencia”. Materiales de estudio del Seminario de Acompañamiento Psicoterapéutico. Año 2005. Asociación A - Compañar.
- **Bauman, Z.** Identidad. Buenos Aires, Lozada, 2005
- **Bustelo, E y Castel R. entre otros:** “Expansión de la ciudadanía y construcción democrática”. Cuadernos de Debate. UNICEF.
- **Carballeda Alfredo.** La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales. Capítulo 5. La intervención en espacios microsociales. Año 2002. Editorial Paidós.
- **Dabas, E.** Redes sociales, familia y escuela. Buenos Aires, Ed. Paidós, 1998.
- **Material del Programa Municipal de Salud Familiar. Secretaría de Salud. Municipalidad de La Matanza.**
- **Mendoza Rangel, Ma. Del Carmen.** Una opción metodológica para los Trabajadores Sociales.
- **Montero García-Celay M^a Luisa y Nieto Navarro Mariano.** EL PATRIARCADO: UNA ESTRUCTURA INVISIBLE. Julio, 2002. <http://www.stopmachismo.net/marmar2.pdf>.
- **Niremberg Olga:** “Programación y evaluación de proyectos sociales”. Edit. Paidós.
- Pagaza Margarita Rosas (1998): “Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en el Trabajo Social”. Editorial Espacio. Buenos Aires.
- **Ponce Geraldine.** Construyendo Herramientas. Un recorrido por los procesos de intervención de la residencia de Trabajo Social en el Programa de Desnutrición del CeSAC N° 5
- **Ponencia sobre la temática de Resiliencia,** en la Jornada realizada en el Mercado Central sobre: “El dolor y sus implicaciones sociales”, en el encuadre de formación del Programa de Salud Familiar.
- **Robirosa, Lapalma y Cardarelli:** “Turbulencia y planificación social”. Materiales de estudio de la materia Metodología III. Carrera de Trabajo Social. Universidad de Buenos Aires (UBA).

- **Saltamacchia Homero.** La Historia de vida: Reflexiones a partir de una experiencia de investigación. Colección Investigaciones. Ediciones CIJUP, 1992.
- **Trabi, Viviana.** La investigación diagnóstica en Trabajo Social: La construcción de problemas a partir de la demanda de intervención profesional. En: Escalada, Soto, Fuentes y Otros: El Diagnóstico Social. Proceso de conocimiento e intervención Profesional. Buenos Aires. Editorial.