

ARGOS

REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA SECRETARÍA
DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO DE LA FHycS - UNaM


Universidad Nacional de Misiones



**Universidad Nacional de Misiones. Facultad de Humanidades y Ciencias
Sociales. Secretaría de Investigación y Postgrado. Especialización en Abordaje
Familiar Integral**

Especializanda: Lic. Gisela Viviana Garro

**Proyecto de Intervención para apoyo a las
familias de adolescentes de 15 a 19 años
ingresados por accidentes y atendidos en el
Servicio de Rehabilitación del Hospital
Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga.
Posadas. Misiones**

**Trabajo Final de Intervención presentado para obtener el título
de Especialista en Abordaje Familiar Integral**

Asesor: Dr. Daniel Alberto Re

Posadas, 2017



Esta obra está licenciado bajo Licencia CreativeCommons (CC) Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



Carrera de Postgrado
“Especialización en Abordaje Familiar Integral”

Proyecto de Intervención para apoyo a las familias de adolescentes de 15 a 19 años ingresados por accidentes y atendidos en el Servicio de Rehabilitación del Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga. Posadas. Misiones

CURSANTE: Lic. En Psicología Gisela Viviana GARRO

PROFESOR ASESOR: Dr. Daniel Alberto RE

AGOSTO 2017



ÍNDICE

1- INTRODUCCIÓN.....	3
2- DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	4
2.1 El contexto Institucional.....	14
3 - JUSTIFICACIÓN.....	16
3.1 Enfoque epidemiológico.....	17
3.2 La adolescencia como ciclo vital.....	18
3.3 Enfoque de la discapacidad.....	20
3.4 Enfoque Familiar.....	22
3.5 Enfoque Sistémico.....	27
3.6 Algunas consideraciones para el proyecto	30
4- OBJETIVOS.....	36
5- ESTRUCTURA DEL PROYECTO.....	36
6- EVALUACIÓN.....	41
7-CRONOGRAMA.....	42
8- RECURSOS.....	43
9- BIBLIOGRAFÍA.	45
10- ANEXOS.....	49

1- INTRODUCCIÓN

Para el presente Trabajo Final Integrador (TFI) de la Especialización en Abordaje Familiar Integral se plantea realizar un proyecto de intervención con implementación de acciones para el apoyo a familias con casos de adolescentes de 15 a 19 años atendidos por accidentes, en el Servicio de Rehabilitación del Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga de la Provincia de Misiones.

Nos proponemos realizar un análisis de la situación actual para luego aplicar los contenidos de la especialización en una propuesta de intervención en el ámbito de trabajo realizado en el Servicio de Rehabilitación del Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga y de ésta manera generar un antecedente dentro de la institución que destaque la importancia del abordaje integral de los adolescentes y sus familias.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como “la etapa de la vida comprendida de los 10 a los 19 años”. Clásicamente se subdivide a la adolescencia en dos etapas: la temprana que comprende desde los 10 a los 14 años y la tardía de los 15 a los 19.

Es un grupo poblacional expuesto a riesgos específicos propios de esa etapa del ciclo vital, pero no constituyen un grupo de riesgo en sí mismo dado que los y las adolescentes constituyen un grupo de población con indicadores de morbilidad y mortalidad bajos en comparación con otros grupos poblacionales. Sin embargo, presentan problemáticas particulares que pueden condicionar su salud y su vida. La importancia de estos problemas no solo se pueden medir en términos del número de afectados, sino principalmente porque involucran a una población con una larga expectativa de vida productiva. Ello convierte a la salud de los y las adolescentes en una prioridad.

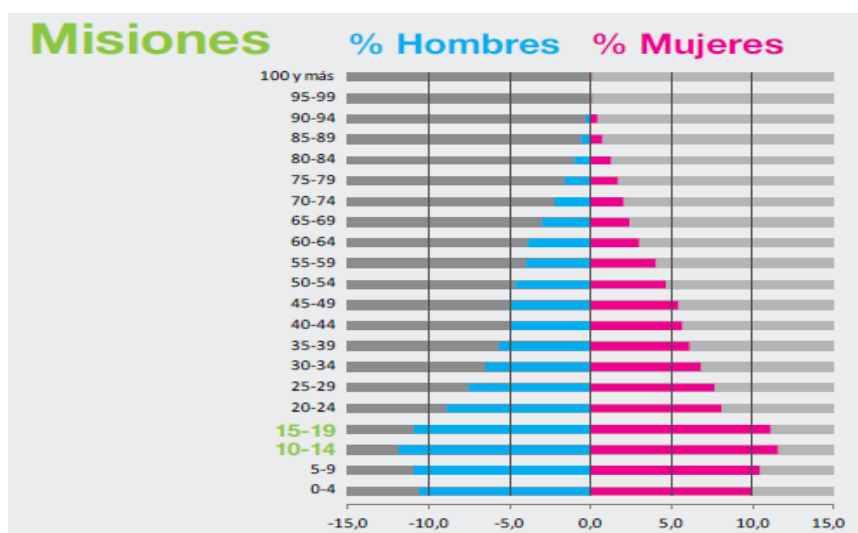
En este sentido, los accidentes en adolescentes ha despertado en los últimos años un interés especial considerando que constituye una *epidemia silente* en relación a la mortalidad, morbilidad y discapacidad en la población general y en particular en la población adolescente y joven. Poder conocer y caracterizar este problema permitirá identificar estrategias de apoyo necesarios para el abordaje individual y familiar de los adolescentes con secuelas de accidentes y a su vez la

implementación de programas de salud que resalten la prevención de conductas de riesgo en la población adolescente.

2- DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La población de la Provincia de Misiones tiene una estructura joven, siendo la población adolescente la que se encuentra entre los 10 y 19 años, y según estimación de población del año 2016, el número de Adolescentes en Misiones es de 265.889, distribuidos en 131.894 mujeres y 133.995 varones.¹ Que representa el 22,5 % de la población general de la provincia.

Gráfico 1: Distribución poblacional de la Provincia de Misiones.



Fuente: Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010

Se considera que la población adolescente constituye un grupo relevante por varias razones: cantidad de población, vulnerabilidad por las características propias del momento evolutivo, pero también porque es el momento de desarrollo y proyección de las potencialidades de las personas para la vida adulta, siendo fundamental el estudio de los factores de riesgo asociados a la mortalidad, morbilidad y discapacidad, que exceden posiblemente el ámbito de la salud,

¹ Análisis epidemiológico descriptivo de la Mortalidad en adolescentes. Sala de Situación. MSP Provincia de Misiones

exigiendo medidas intersectoriales, sociales y comunitarias orientadas a la prevención de conductas de riesgo y promoción de conductas saludables.

Para el presente trabajo se tomarán los informes realizados por Sala de Situación del Ministerio de Salud de la Provincia de Misiones, que a partir de las fuentes provistas por la Dirección de Estadísticas, realiza el análisis epidemiológico descriptivo de la mortalidad en adolescentes de 10 a 19 años de los años 2012, 2013, 2014 y 2016 en los que se observa que la principal causa de mortalidad de los adolescentes son las Causas Externas y dentro de este grupo, los accidentes (incluidos los accidentes de transporte y otras causas accidentales) que constituyen la primer causa de muerte en el grupo de estudio, seguida de las lesiones auto infligidas, las agresiones y los eventos de intención no determinada.

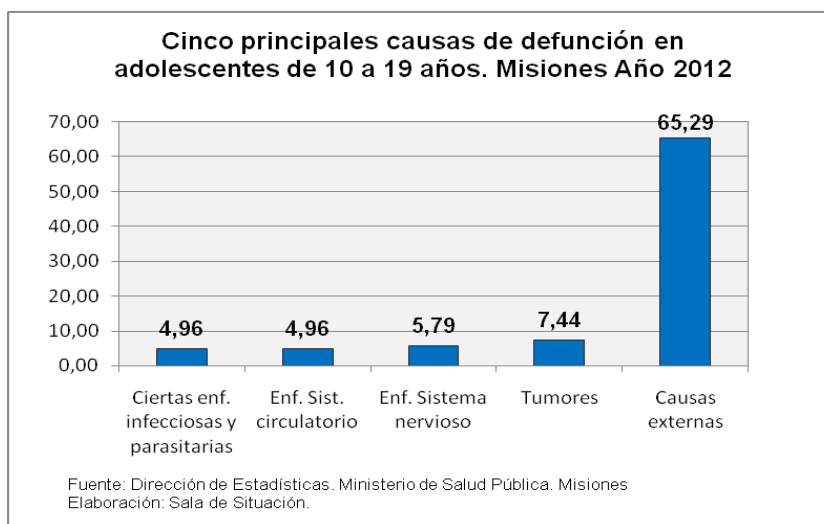
Pero se considera que el análisis de la mortalidad no refleja la totalidad de la magnitud del problema, si bien, la mortalidad ha sido tradicionalmente el principal indicador de la magnitud de un problema de salud pública, pero es importante destacar que por cada muerte, hay miles de sobrevivientes que quedan con secuelas físicas y emocionales.

El trauma no solamente afecta a la víctima sino también a sus familias, comunidades y a la sociedad en general. Como refiere Moya, (2007), los costos generados por el trauma pueden llegar a ser enormes y se miden en la estimación de los años de vida perdidos (AVPP). Además, los efectos del trauma no se limitan a un individuo sino que inciden en todo su grupo familiar que debe ajustar su estilo de vida a las necesidades del incapacitado. Buitrago Jaramillo, 2008:15)

En la Provincia de Misiones en el 2013 se registraron mayor cantidad de defunciones adolescentes que en el año 2012 (2012: 121 – 2013: 137): se continúa con la tendencia de que las causas externas son la principal causa de muerte, siendo el 60% de las defunciones en adolescentes; en todas las defunciones, tanto generales como por causas externas específicamente, son mayoría de varones; en las muertes por sexo se observa como los accidentes de transporte son la principal causa de muerte en los varones; la principal causa de muerte en las mujeres son los suicidios. Además, en el grupo de 15 a 19 años, después de las defunciones por accidentes, se encuentran las defunciones por agresiones.

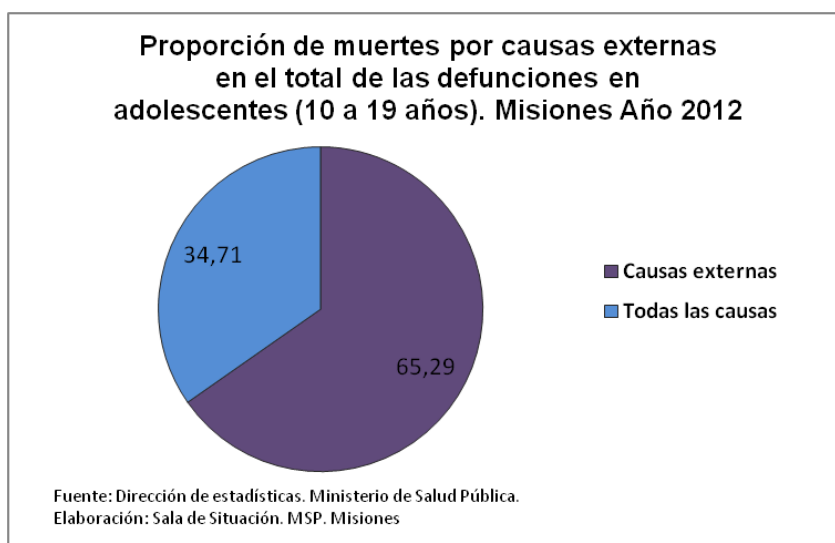
En el 2012, en tanto se registraron 121 defunciones en 16 departamentos. De lo cual se obtuvieron las siguientes conclusiones:

Gráfico 2: Causas de defunción en adolescentes de 10 a 19 años. Misiones. Año 2012



Se observa que la principal causa de mortalidad en los adolescentes son la Causas Externas, representando el 65,3 % del total de defunciones (79 muertes).

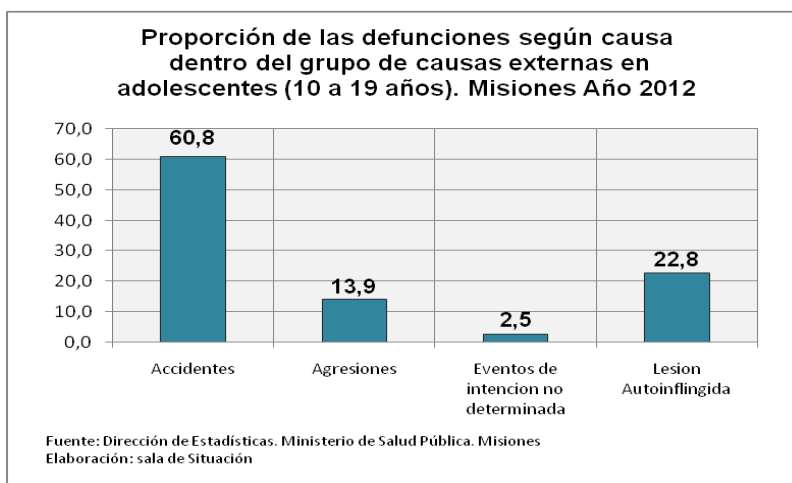
Gráfico 3: Proporción de muertes por causas externas. Adolescentes 10 a 19 años. Misiones. Año 2012



Como muestra el gráfico 3, las Causas externas representan la cuarta parte de las defunciones en adolescentes en el año 2012²

Las muertes por causas externas son la cuarta causa de defunción en la provincia en todos los grupos etarios; en los adolescentes de 10 a 19 años significan la primer causa de muerte, se perdieron un total del Años de Vida por esta causa 4.707 años, representando en cada una de las vidas perdidas alrededor de 60 años.³

Gráfico 4: Proporción de defunciones según causas externas en adolescentes 10 a 19 años. Misiones. Año 2012



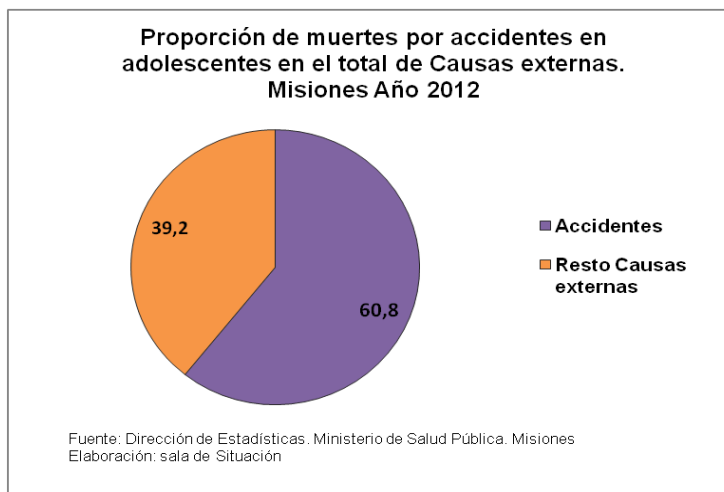
Dentro de este grupo, los accidentes (incluidos los accidentes de transporte 41,7 % y otras causas accidentales 18,3%) representan el 61% de las muertes en el grupo de estudio, seguida de las lesiones auto infligidas, las agresiones y los eventos de intención no determinada.

Se observa además, que del total de las defunciones del grupo un 70% de las muertes adolescentes son del sexo masculino y un 30% del sexo femenino, y si bien las edades oscilan, fue el grupo de 16 a 18 años donde más muertes hubo y como principal causa de defunción las causas externas.

² Análisis epidemiológico descriptivo de la mortalidad en adolescentes. Sala de Situación Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones

³ Análisis epidemiológico descriptivo de la mortalidad en adolescentes. Sala de Situación Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones

Gráfico 5: Proporción de muertes por accidentes en adolescentes en el total de causas externas. Misiones. Año 2012



En las defunciones del 2012, que se presentaron en el grupo de 16 a 18 años, la principal causa de muerte fueron los accidentes, seguido de las lesiones auto infligidas, que además, el mayor número de muertes por esta causa se presentó en adolescentes de 18 años.

En el 2013 se registraron 6.597 defunciones en general (esto es de toda la población provincial); de las cuales 137 corresponden al grupo etario de 10 a 19 años, siendo el 2% de las muertes generales.⁴ Se observa que las causas externas representan la principal causa de muerte en ambos años y en el 2013 aumentó 1 punto en relación al año anterior 2012. En el 2013 el 60% de las muertes en adolescentes las determinan las causas externas y constituye la principal causa de muerte, siendo un total de 83 muertes, 72 del sexo masculino y 11 femeninas. La mayor cantidad de muertes se deben a accidentes de transporte, otras causas externas de traumatismos accidentales y las lesiones auto infligidas. Es posible mencionar además que en los varones los accidentes de transporte y otros traumatismos accidentales representan las principales defunciones, mientras que en las mujeres, las principales muertes son por lesiones auto infligidas seguido de los accidentes de transporte.⁵

⁴ Análisis epidemiológico descriptivo de la mortalidad en adolescentes. Sala de Situación Ministerio de Salud

⁵ Análisis epidemiológico descriptivo de la mortalidad en adolescentes. Sala de Situación Ministerio de Salud

Tabla N°1: Causas de mortalidad de adolescentes de 10 a 19 años. Año 2013. Provincia de Misiones.

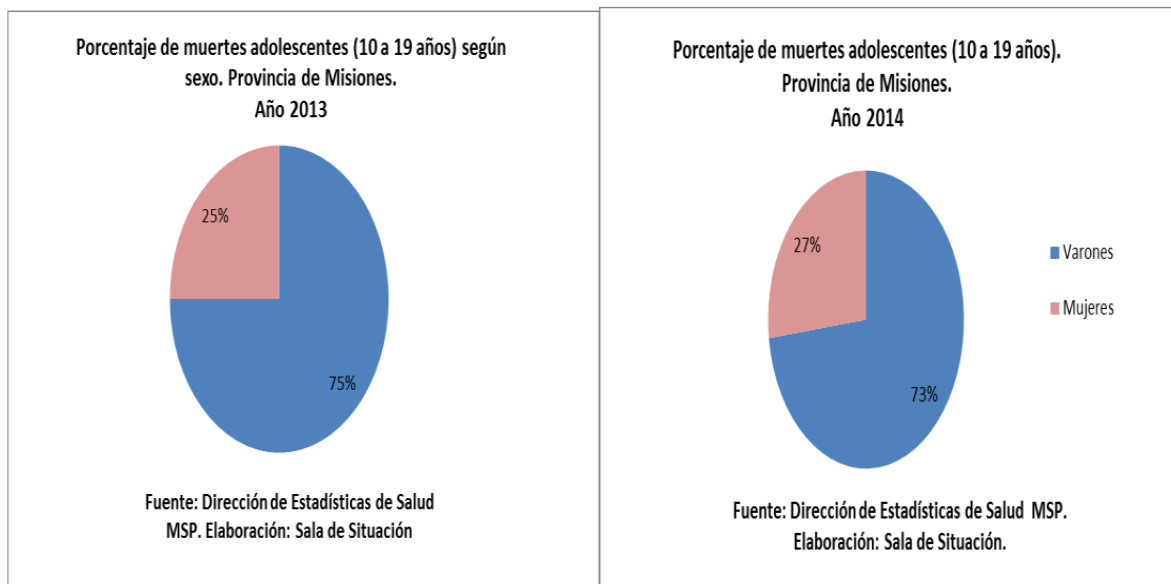
Causas	Número de casos
Enfermedades de la sangre	1
Enfermedades del sistema genitourinario	1
Enfermedades del sistema osteomuscular	1
Malformación congénita	1
Embarazo parto y puerperio	2
Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias	3
Enfermedades de la piel	3
Enfermedades del sistema digestivo	3
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	3
Síntomas signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio	4
Enfermedades del sistema circulatorio	5
Enfermedades del sistema nervioso	8
Tumores	8
Enfermedades del sistema respiratorio	11
Causas externas de morbilidad y mortalidad	83
Total de muertes	137

Fuente: Dirección de Estadísticas. Ministerio Salud Pública. Año 2013

En conclusión, en el 2013 se registraron mayor cantidad de defunciones adolescentes que en año 2012 (2012: 121; 2013: 137), siendo las causas externas en ambos años la principal causa de muerte.

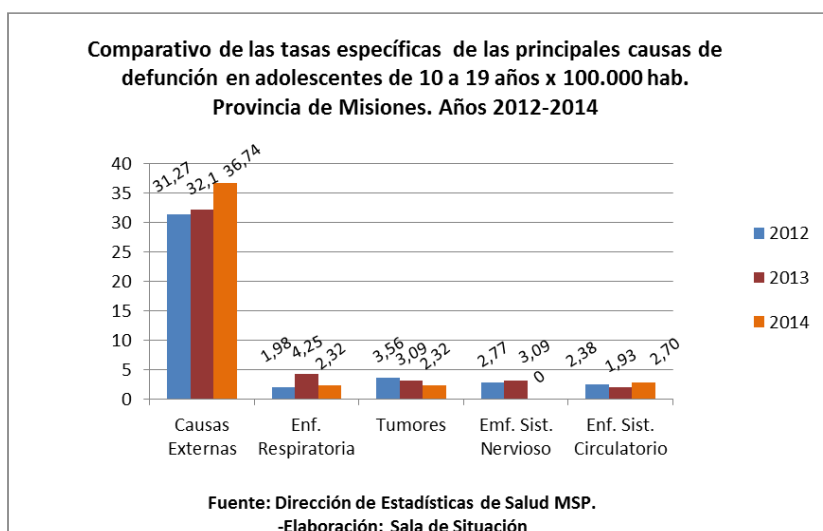
En todas las defunciones, tanto generales como por causas externas específicamente, afecta en mayor medida a varones (75 % defunciones generales – 83 % causas externas) que a mujeres (25 % defunciones generales – 13 % causas externas). En otros términos, surgen diferencias en las causas de muerte según sexo: mientras que los accidentes de transportes son la principal causa de muerte en los varones, la principal muerte en las mujeres son los suicidios.⁶

Gráfico 6: Comparativo porcentaje de muertes adolescentes según sexo. Años 2013-2014



El análisis comparativo de la mortalidad adolescente según sexo en los años 2013 y 2014 ilustra que el porcentaje de muertes se concentra en el sexo masculino mientras que el sexo femenino experimentó un aumento de 2 puntos en el porcentaje de mortalidad debido a causas como lesión auto infligida y neumonía.

Gráfico 7: Comparativo de tasas específicas de las principales causas de defunción en adolescentes 10 a 19 años. Provincia de Misiones. Años 2012-2014



Las principales causas de muerte adolescente en el año 2014 fueron las causas externas con una tasa de 36,74 x 100.000 habitantes.

Gráfico 8: Tasas específicas de mortalidad dentro del grupo de causas externas, según sexo. Adolescentes 10 a 19 años. Provincia de Misiones. Año 2014

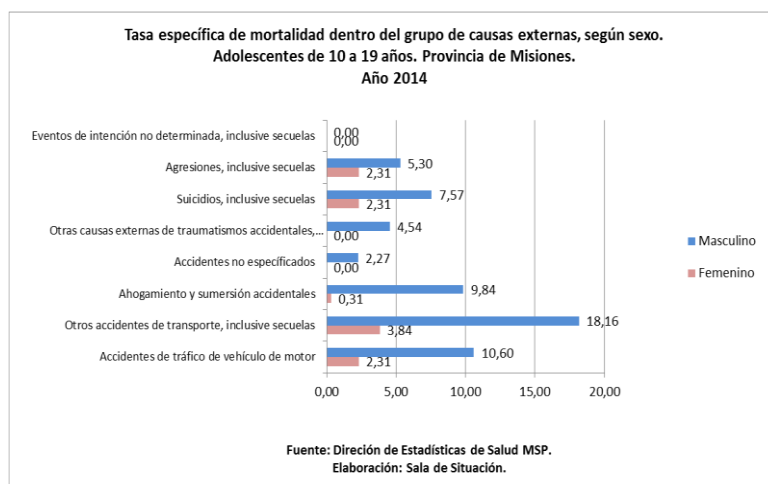
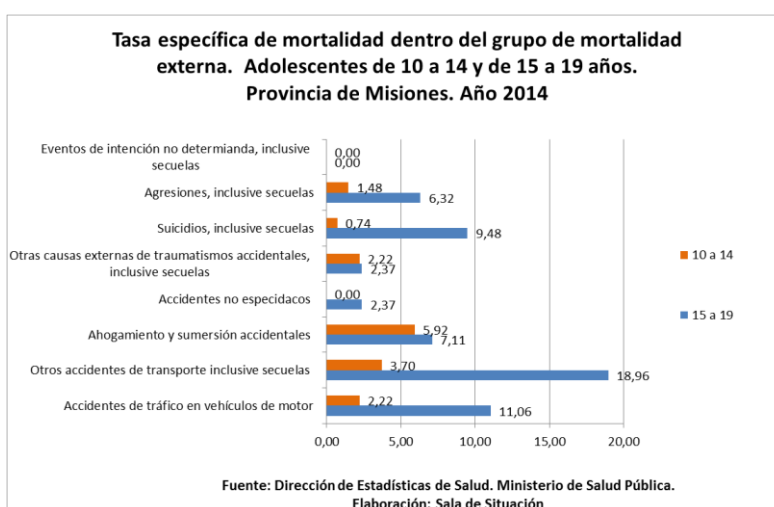


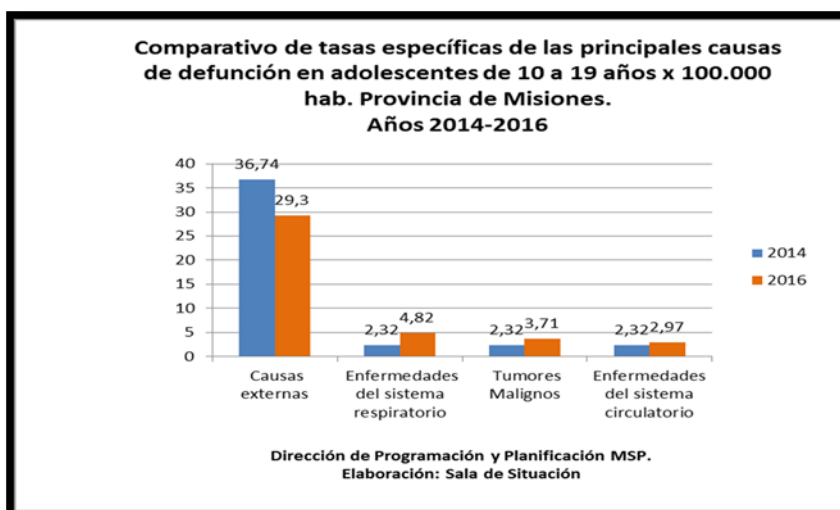
Gráfico 9: Tasa específica de mortalidad dentro del grupo de causas externas, según sexo. Adolescentes 10 a 14 y 15 a 19 años. Provincia de Misiones. Año 2014



El gráfico N° 8 ilustra que dentro del grupo de causas externas tanto varones como

mujeres concentran el mayor porcentaje en defunciones por accidentes. En el gráfico N°9 podemos analizar como las causas de defunciones en el grupo de causas externas varían fuertemente entre los grupos de edad de 10 a 14, y 15 a 19 años respectivamente. En el grupo de 10 a 14 años la principal causa de muerte fue el ahogamiento y sumersión accidentales seguido de otros accidentes de transporte inclusive secuelas. En el grupo de edad de 15 a 19 años la principal causa de muerte fueron los accidentes de tránsito, seguido por los suicidios.

Gráfico 9: Tasa específica de mortalidad dentro del grupo de causas externas, según sexo. Adolescentes 10 a 14 y 15 a 19 años. Provincia de Misiones. Año 2014 y 2016

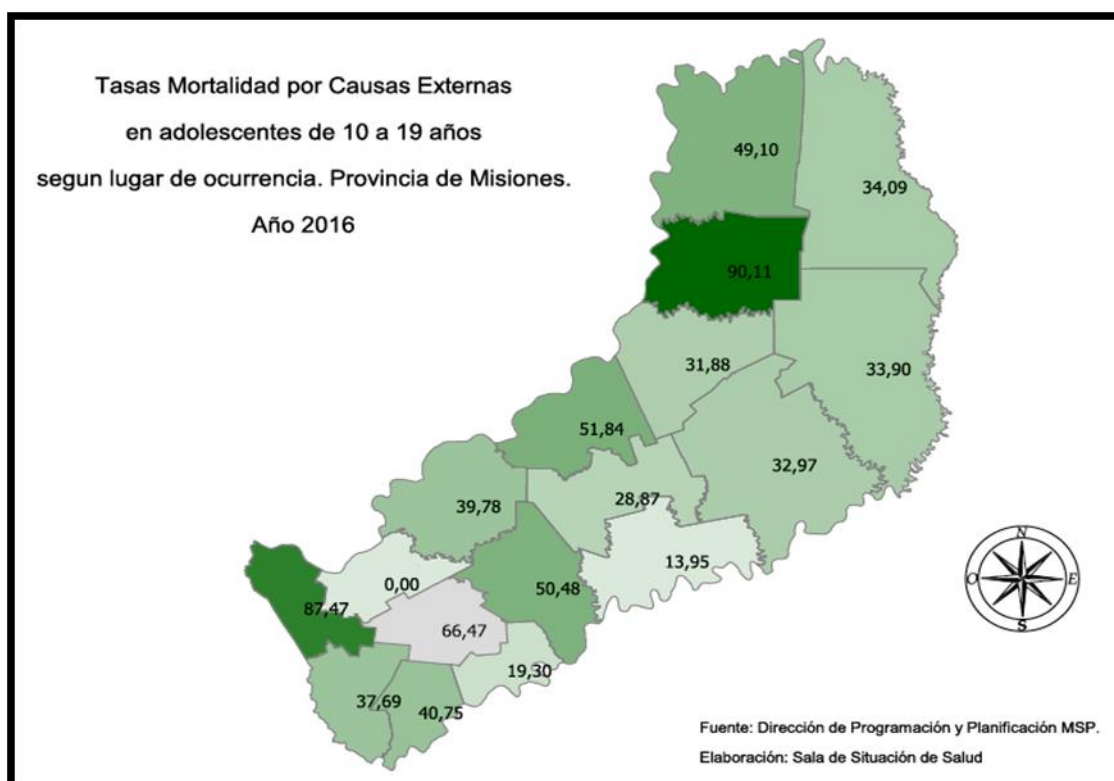


Por otra parte en los últimos informes disponibles se presentan las defunciones por causas externas en adolescentes según departamentos de la provincia de Misiones.

El mapa de la Provincia muestra como, hay al menos un departamento con tasas altas de mortalidad en adolescentes por causas externas, considerando importante realizar un análisis que permita geo-refenciar los lugares o localidades con mayor incidencia de accidentes, para poder observar los circuitos de referencia y contra referencia para cada zona, derivación y traslados de los casos que requieran atención hospitales de mayor complejidad, es decir los Hospitales de Nivel

III de la Provincia: Hospital de Niños Dr. Barreyro (hasta 14 años), Materno Neonatal, Hospital Escuela R. Madariaga (a partir de 15 años) ubicados en el Parque de la Salud de Posadas, Capital de la Provincia y Hospitales de Oberá y Eldorado en el centro y norte de la provincia de Misiones.

Mapa: Tasas de mortalidad por Causas Externas en adolescentes de 10 a 19 años según lugar de ocurrencia. Provincia de Misiones. Año 2016



A partir de los análisis epidemiológicos de Mortalidad adolescente de la Provincia de Misiones de los años 2012, 2013, 2014 y 2016 en que se observa que las causas externas constituyen la primer causa de mortalidad en los adolescentes de 10 a 19 años y los accidentes la primer causa de muerte dentro de las causas externas, es que se pretende describir las características y casuísticas de accidentes que implican a adolescentes entre 15 y 19 años atendidos en emergencia e internación y Rehabilitación en el Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga y realizar un abordaje integral con las familias de los adolescentes al tratamiento.

2.1 - El Contexto Institucional

El Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga, en adelante HEADRM, inicia su actividad en el 2010, actualmente brinda atención a partir de los 15 años tanto a pacientes internados, como ambulatorios de toda la provincia funcionando como centro de Nivel III de la Red Provincial de Salud.

La MISIÓN del HEADRM se plantea ser un hospital de Agudos de alta complejidad generando esfuerzos en materia de atención de la salud, primordialmente en su recuperación, para satisfacer la demanda, priorizando a la población vulnerable y apuntando a la excelencia en la formación de profesionales; siempre con el fuerte compromiso de contribuir al bienestar de la comunidad y de quienes conformamos esta organización.

Su FUNCIÓN es ser el centro de referencia de la región en materia de Salud, donde la comunidad encuentre contención y mejore su calidad de vida, brindando un servicio integral, humanitario y equitativo, en coordinación con los demás centros del Subsistema de Salud. En el HEADRM todo ingreso de paciente se realiza por sistema informatizado (RISMI) para las historias clínicas, contando con un sistema de información en el que quedan registradas todas las consultas, datos y recorrido de los pacientes que ingresan al sistema hospitalario, egreso, días de internación, diagnóstico, tratamientos, estudios complementarios, etc.

El Servicio de Rehabilitación, es uno de los servicios del Hospital (Anexo I) que atiende un polimorfismo de pacientes de diferentes patologías, edades, sexo, de distinto nivel económico, social y educacional, con y sin cobertura tanto de la ciudad de Posadas, del interior de la Provincia e incluso personas de la ciudad vecina de Encarnación y otras localidades de Paraguay.

El Servicio de Rehabilitación del HEADRM atiende un promedio de 30 pacientes cada media hora, con lo se ubica en el segundo lugar entre los servicios más demandados en el hospital. En el año 2014 se realizaron 100.593 prácticas; se atendieron a 40.054 pacientes y a 50.542 internados en el Sector de Fisioterapia y en kinesioterapia se asistieron a 20.467 personas.

Además, el Servicio funciona dentro del hospital y tiene relación directa con las distintas áreas y servicios como ser: neurología y neurocirugía; Salud Mental; traumatología; clínica médica y la unidad de cuidados críticos y coronaria, por lo

cual la asistencia se da en el paciente agudo internado o por interconsultas tanto para el paciente internado como para el ambulatorio, por consulta espontánea o por derivación planteando la implementación de las terapias y/o estrategias de atención que permita posicionar al Servicio a nivel provincial y regional, evitando las derivaciones hacia otros centros de alta complejidad del resto del país, con el consiguiente costo económico y el desarraigo que esto conlleva.

El Servicio de rehabilitación cuenta con: 2 Médicos (especialistas en Medicina Física y Rehabilitación); 30 Kinesiólogos (divididos entre ambulatorios e internados y a su vez por especialidades neurológicas, traumatológicas, etc.), 2 Psicopedagogos; 1 Psicólogo; 2 Enfermeros; 1 Fonoaudiólogo y 3 Administrativos.

Se prestan servicios en consultorio externo e Internación: Salas de internación A, B, C y D; Emergencia; Unidad de Terapia Intensiva y Unidad Coronaria.

En relación a la infraestructura del Servicio, la misma está conformada por 3 Consultorios compartidos (médicos, psicólogos y psicopedagogos); 2 Gimnasios; Salas: 1 Tratamiento de miembro superior y miembro inferior. En cuanto a los recursos tecnológicos se cuenta con camillas, lámparas, electro estimuladores, magnetos, equipos de láser y preso terapia y elementos para terapia física (pelotas, colchonetas, pesas, bicicletas fijas, barras, etc.)

En relación a los objetivos del servicio se adhiere a los propuestos por la (OMS) Organización Mundial para la Salud que define la rehabilitación como el proceso global y continuo de duración limitada y con objetivos definidos encaminados a permitir que una persona con deficiencia alcance tanto un nivel físico como mental y social óptimo, dándole a la persona las herramientas necesarias para poder alcanzar el mayor nivel de independencia posible.

La rehabilitación es un proceso continuo y coordinado, que tiende a obtener la restauración máxima de la persona con discapacidad en los aspectos funcionales, psíquicos, educacionales, sociales, profesionales y ocupacionales con el fin de integrarlos a la comunidad.

El Servicio de Rehabilitación es el único del sector público de la provincia, y como se ha planteado a través de la presentación de las estadísticas vitales, actualmente el alto índice de accidentes de tránsito con la participación de moto vehículos y laborales que involucran a personas jóvenes, en edad productiva. Esta

franja etaria es la que mayor demanda tiene actualmente, afectando no solo al adolescente sino a todo el grupo familiar que debe afrontar la nueva situación de internación, y en algunos casos largos tratamientos para rehabilitar las secuelas de los accidentes.

Es en relación a esta situación que se plantea con los adolescentes, tanto desde los aspectos epidemiológicos reflejados en términos de mortalidad adolescentes en la provincia de Misiones como de los datos estadísticos de ingresos, internación y tratamientos del HEADRM, y más específicamente de los adolescentes que son atendidos en el Servicio de Rehabilitación, es que se plantea un abordaje y tratamiento desde la elaboración de un plan de trabajo individual con el adolescente. Pero también no proponemos intervenir incluyendo a todo el grupo familiar en el abordaje apoyando la rehabilitación, no solo de los aspectos físicos y/o psicológicos que puedan estar involucrados, sino también en los aspectos sociales, afectivos y de protección de derechos que significa la atención del adolescente y también de la familia que se ve afectada por la situación y que debe ser incluida en el plan de cuidado, de forma de abordar el problema que la afecta en tanto sistema de relaciones.

3 – JUSTIFICACIÓN

El diagnóstico situacional de la mortalidad adolescente de los informes disponibles de los años 2012, 2013, 2014 y 2016 evidencia una problemática que se observa en toda la provincia de Misiones, dado que en las 6 zonas sanitarias hay al menos un departamento con tasas altas de mortalidad de adolescentes por causas externas y que los accidentes, las agresiones y las lesiones auto infligidas son las principales causas externas identificadas para la mortalidad adolescente de 15 a 19 años.

El análisis de la mortalidad representa un valioso instrumento de vigilancia epidemiológica y de evaluación oportuna de las acciones y programas de salud. Actualmente, la llamada "epidemia silente" debida a los accidentes como causa de mortalidad, morbilidad y discapacidad en niños y adolescentes, es estudiada por pediatras y profesionales en salud con el fin de mejorar la atención médica y

disminuir los factores de riesgo como medida preventiva. (Zuckerman, 1997).⁷

Es estudio de la mortalidad y de lesiones por accidentes en Adolescentes es un fenómeno que merece ser estudiado en términos científicos, no solo para conocer la realidad sino para actuar sobre ella en términos preventivos, de ahí la importancia que tiene en primer lugar disponer de información y datos objetivos que permitan visualizar el problema en profundidad para poder conocer y actuar sobre las causas humanas, sociales y económicas que el problema conlleva.

En este sentido se plantea a través de los datos epidemiológicos obtenidos y de los casos de secuelas de accidentes de adolescentes de 15 a 19 años atendidos en el servicio de Rehabilitación del Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga, y que además de la atención individual a las víctimas directas, implementar acciones de apoyo a las familias de los adolescentes atendidos, a fin de trabajar no solo desde la rehabilitación del adolescente sino también brindar atención y apoyo a todo el grupo familiar. Es decir extender la intervención con las familias de los adolescentes que concurren al Servicio de Rehabilitación por distintas secuelas de accidentes que los colocan en situación de dependencia, y de esta manera incorporar a la familia en el plan de cuidado.

3.1 - Enfoque Epidemiológico

El análisis epidemiológico de la mortalidad en adolescentes de la Provincia de Misiones es contundente en cuanto a las cifras. En las estadísticas vitales tanto en 2012, 2013, 2014 y 2016 de la Sala de Situación del Ministerio de Salud Pública, indican que la primer causa de mortalidad en adolescentes de 10 a 19 años de la provincia se debe a Causas externas, representando el 60% del total de defunciones. Dentro de estas causas, los accidentes, agresiones y las lesiones auto infligidas son las principales causas de mortalidad en esa franja poblacional.

Es fundamental no considerar los accidentes como eventos casuales o fortuitos o “inevitables” sino comenzar a considerar algunos factores de riesgo que puedan identificarse para después poder actuar sobre ellos desde la prevención primaria, como así también conocer las consecuencias permitirá actuar en

⁷ Rev. Soc. Boliviana de Pediatría, 2002. Accidentes, quemaduras, envenenamiento, mordeduras.

prevención secundaria mejorando la asistencia y tratamiento de los eventos de accidentes y otras causas externas que involucran a los adolescentes.

Se considera necesario observar e indagar sobre factores endógenos y exógenos que incidan y determinan mayor exposición al riesgo, factores como edad, sexo, grupos sociales de pertenencia, conductas nocivas para la salud (consumo de alcohol y otras sustancias), aspectos psicopatológicos, etc. en el grupo estudiado para poder reducir la incidencia de los accidentes no solo en relación a la mortalidad sino en lo que se refiere a la pérdida de la calidad de vida como consecuencia de accidentes y otras causas externas (agresiones y suicidios) tanto para los adolescentes involucrados en los eventos como para sus familias y cuidadores.

Además, hay que considerar el alto impacto en términos económicos por los costos para el sistema de salud derivados de la asistencia y tratamientos del evento y las secuelas de los mismos, y de manera indirecta las consecuencias laborales económicas y emocionales para las familias de los adolescentes involucrados en dichos eventos.

Teniendo en cuenta los datos presentados, se considera que el análisis de la mortalidad de adolescentes deja en evidencia que es necesario, además realizar un estudio de las características y casuística de accidentes y otras causas externas, ya que por cada muerte se estiman 40 admisiones al hospital por accidentes. Sobre los accidentes que involucran a niños y adolescentes Williams&Wilkins (1996) afirman:

(...) no son patologías nuevas, sin embargo, en los últimos años ha surgido un interés especial por estudiarlos, por la gran variedad de enfermedades agudas y crónicas relacionadas al trauma como causa de mortalidad, morbilidad y discapacidad. Es así, que estas patologías cobran interés para los programas de salud nacionales cuando se conocen sus posibilidades de prevención a bajo costo. (p.56)

3.2 - La adolescencia como ciclo vital

La adolescencia es un momento vital con cierta vulnerabilidad e inestabilidad por los intensos cambios biológicos, fisiológicos, psicológicos y sociales que acontecen en un tiempo determinado por el inicio del desarrollo puberal, alrededor de los 10 años y que como proceso no tiene una edad de finalización estricta.

Como lo sugieren Perdomo y Constanzo (1998):

El adolescente se enfrenta a cambios “dramáticos” en su cuerpo, en sus vínculos, y a nivel intrapsíquico. Dramáticos porque los logros evolutivos no son inocuos ni lineales. (...) provocan conflictos, reacciones organizantes y respuestas regresivas. La evolución parece ser el resultado de una situación antitética: la colisión entre la presión del cambio y su resistencia. Estos cambios conflictivos que impone la evolución pueden ser procesados con mayor o menor éxito. Cuando no se toleran, no se pueden manejar de otra manera, una salida posible sería el accidente. (p. 12)

Mientras enfrentan esos cambios también desafían trances de diversa índole, y no es menos frecuente la presencia del accidente como resultado de la no resolución de los conflictos, muchas veces esos accidentes son provocado por ellos mismos, otras por descuido y por no contemplar y acatar debidamente las normas de seguridad y de tránsito.

Por su parte, Granel (como se citó en Perdomo y Contanzo, 1998) piensa que los accidentes también se producen cuando el sujeto enfrenta un cambio que no está en condiciones de asumir, tal es la situación en cuanto a los cambios que debe enfrentar desde la pubertad con relación a su cuerpo, a su rol, a sus vínculos, a su sexualidad, etc.

Junto con esto es imprescindible considerar dos características relevantes del proceso adolescente: la omnipotencia y la actuación. Las conductas de riesgo que asumen los adolescentes cruzando atolondradamente la calle o conduciendo vehículos, implican tanto un desafío a las normas, una forma de probarse, de buscar una autoafirmación, como un deseo de sentirse "mayores" haciendo uso de ese poder que tienen los adultos, representado por los vehículos. Desde ese "poder" se despliega la omnipotencia narcisista propia del adolescente que le impide ver los riesgos con un principio de realidad, sintiendo que nada puede pasarle, que la muerte no existe, y convirtiendo en un desafío excitante la aventura de la velocidad.

A los fines de este análisis se tomarán los parámetros definidos por la OMS, dado que en general se considera que los adolescentes (jóvenes de 10 a 19 años) son un grupo sano. Sin embargo, muchos mueren de forma prematura debido a accidentes, suicidios, violencia, complicaciones relacionadas con el embarazo y

enfermedades prevenibles o tratables. Más numerosos aún son los que tienen problemas de salud o discapacidades. Además, muchas enfermedades graves de la edad adulta comienzan en la adolescencia. Por ejemplo, el consumo de tabaco, las infecciones de transmisión sexual, entre ellas el VIH, y los malos hábitos alimentarios y de ejercicio, son causas de enfermedad o muerte prematura en fases posteriores de la vida.

Si bien en los accidentes no se plantea una intención consciente y deliberada de quitarse la vida, en los mismos se observa una fuerte agresividad auto dirigida que puede conducir a la muerte. Según Dolto, F (1988), el adolescente debe "morir" como niño, enfrentado a adquirir nuevos roles. Diversos autores establecen la importancia de una falla en el vínculo temprano madre-hijo que se reedita en parte en la pubertad y la adolescencia, dificultando a estos jóvenes el logro de la segunda etapa de separación-individuación, lo que dejaría como única forma viable de separación la muerte. En ambos casos nos enfrentamos con actuaciones sobre el cuerpo que denuncian la imposibilidad de elaboración psíquica de situaciones conflictivas. Por su parte Freud S., (1915) sostenía que, "además del suicidio conscientemente intencionado, hay otra clase de suicidio, con intención inconsciente, la cual es capaz de utilizar con destreza un peligro de muerte y disfrazarlo de desgracia casual. Siguiendo estas ideas, en estos casos el accidente podría constituir un suicidio o intento de autoeliminación encubierto.

Frioni de Ortega (como se citó en Perdomo y Constanzo, 1998) menciona que:

Existen actos suicidas de difícil clasificación que se presentan enmascarados, tales como accidentes (...) Los accidentes podrían entonces constituir un intento inconsciente de resolver una situación crítica a través de un accionar drástico y con una agresividad destructiva, recurriendo a defensas motoras que permiten escenificar, poner en acto, una situación interna que no puede ser semantizada. (p. 15)

3.3 - Enfoque de la discapacidad

La discapacidad en su conceptualización amplia es un condicionante de la salud que altera la calidad de vida de las personas, con repercusión en el desarrollo

familiar y social. Consiste en un proceso dinámico a la cual nos encontramos expuestos en cualquier momento de nuestras vidas y que temporal o permanentemente nos produce una sensación de dificultad para –movernos- en el mundo y en entorno que nos toca vivir.

La discapacidad es la condicionante de la salud que altera la calidad de vida de las personas, con repercusión en su desarrollo familiar y social. Se ha señalado a la discapacidad como un “proceso de deterioro progresivo, en una persona expuesta a una condición invalidante, con consecuencias significativas en su desempeño como ser humano en el ámbito individual, familiar y colectivo” (Velázquez, 1995, p. 90).

Entendiendo entonces la Discapacidad como un proceso dinámico, influenciado por múltiples variables, que se puede presentar en un sujeto, como consecuencia de una enfermedad o factor externo de diversa naturaleza. Es un fenómeno de incidencia cada vez mayor en la población, de alta vulnerabilidad y vislumbrado como uno de los problemas principales del futuro si no es atendido con prioridad, es que debe ser entendida la atención en la cual la rehabilitación es una más de las fases requeridas para la atención de la persona con discapacidad.

Así, la Organización Mundial para la Salud (OMS) define rehabilitación como el proceso global y continuo de duración limitada y con objetivos definidos encaminados a permitir que una persona con deficiencia alcance tanto un nivel físico como mental y social óptimo, dándole a la persona las herramientas necesarias para poder alcanzar un nivel de independencia.

La rehabilitación es un proceso continuo y coordinado, que tiende a obtener la restauración máxima de la persona con discapacidad en los aspectos funcionales, psíquicos, educacionales, sociales, profesionales y ocupacionales con el fin de integrarlos a la comunidad y favorecer la democratización de las desigualdades.

Partiendo de entender la democratización como un proceso en el que se resguardan los derechos humanos básicos y se disminuyen las desigualdades sociales, y considerando las nociones de Faur y Lamas (2006) sobre:

La idea de igualdad que remite a la necesidad de equiparar las diferencias entre las personas y sus circunstancias bajo un parámetro de dignidad mínima que sea común para todos, permitiendo ver y cuestionar el ejercicio

de derechos como parte de un proceso producido social e históricamente y, por tanto, nos invita a identificar oportunidades y herramientas para su equiparación, asumiendo que se trata de un proceso que debe construirse. (p. 20)

Y es justamente la familia, por su posibilidad de crear y recrear pautas y valores, la que se puede constituir en el escenario por excelencia donde se desarrolle el protagonismo de ese proceso democratizador de las relaciones, de manera que las mismas favorezcan la igualdad de oportunidades para todos los miembros de la familia y que desde el Estado se desarrollen políticas cada vez más integrales a través de mecanismos participativos que incorporen a actores desplazados en virtud de su género, edad, religión o etnia, redefiniendo los lugares de autoridad, y de poder en una redistribución más equitativa en lo que se refiere al reconocimiento de los derechos. Y si bien la familia reproduce muchas de esas pautas de autoridad, identidad y género, también puede ser el lugar donde se comience a construir un sentido diferente de las relaciones para sus miembros.

3.4 - Enfoque Familiar

Al momento de definir que es la familia para poder estudiarla en tanto configuración y construcción social podemos centrarnos en distintos conceptos. En primer lugar podemos recurrir al concepto etimológico de familia, del latín “famulus” – criado que definía el “conjunto de los esclavos y criados de una persona”.

Por otro lado, y desde una perspectiva más tradicional, la familia es una institución y como tal es la transmisora de normas sociales mediante el proceso de la socialización primaria.

Además constituye un grupo primario, en tanto se denomina así el grupo de personas que tienen entre sí relaciones tales que cada uno conoce personalmente a los demás y tiene, además, todas las características de los grupos, definido como un conjunto estructurado de personas, que ligadas por constantes espacio temporales, el cual articulado en su mutua representación interna se propone en forma implícita y explícita una tarea que conforma su finalidad, interactuando a través de complejos mecanismos de asunción y adjudicación de roles.

La familia como todo grupo, tiene un proceso como grupo, pero además debe permitir el desarrollo individual de sus miembros. Está caracterizada por la residencia en común, la cooperación económica y la función procreativa.

La dimensión social del individuo humano se traduce en su incorporación a un grupo, siendo la familia el primer grupo en que se inserta y en el que permanece por más tiempo que el resto de las especies. Es una construcción cultural, y se considera que más allá de la forma particular que adopte, alguna forma de familia se halla en todas las formas de organización social. ¿Pero ésta necesidad de filiación, se puede considerar un rasgo o una necesidad innata? ¿Una cuestión biológica que también se puede observar en otras especies? ¿Quizás esa necesidad de filiación o asistencia, no solo alimentaria sino también afectiva, por parte de los otros miembros del grupo social inaugura una forma de vida que se prolonga en el ser humano más allá de lo biológico y si bien nace apoyada en esa necesidad de asistencia sobrepasa lo natural-biológico y despliega las características humanas relacionadas con la cultura.

La familia existe en todas las sociedades humanas. La crianza y la socialización de los niños, cuya dependencia física y emocional es mayor que en otras especies, requiere algún tipo de institución social que se encargue de estos cometidos para la comunidad. (Flaker, 1998, p.3)

Pero, ¿Cómo se establecen los límites del grupo familia? ¿Cómo se definen los roles? ¿En la vida cotidiana como definimos la familia? ¿Tenemos una idea una imagen construida de lo que es la familia, generalmente asociada a la familia nuclear y a la familia extensa. Pero es esa la única manera de considerar a la(s) familia(s)? ¿cómo se crean y re-crean los interjuegos de poder y autoridad en la familias? ¿Cómo se determinan los lugares de sumisión, si los hay? ¿Cómo se pueden democratizar esas relaciones?

Los términos de parentesco reflejan las construcción social del mismo en una cultura dada, por lo tanto lo que se considerará como parte de la familia va a variar de una organización social a otra, por lo que es importante destacar que si bien la familia nuclear es una de las organizaciones familiares más extendidas, no es de

carácter universal.

En algunas sociedades la familia nuclear es rara o inexistente. En otras culturas, la familia nuclear no tiene un papel esencial en la vida social. Otras unidades sociales –fundamentalmente los grupos de filiación y las familias extensas– pueden asumir la mayoría o todas las funciones que de otro modo se asocian a la familia nuclear. En otras palabras, hay muchas alternativas a la organización propia de la familia nuclear.

La supuesta universalidad atribuida a la familia nuclear se sustenta para algunos autores en que ese tipo de organización sería la que garantiza el sexo, la reproducción, la economía familiar y la educación, pero a través del estudio y observación de otras modalidades de organización familiar se puede observar que si bien por el matrimonio la familia nuclear, asegura una relación socialmente aprobada entre una persona reconocida socialmente como varón (marido) y otra reconocida socialmente como mujer (esposa) de modo que los hijos nacidos de la esposa son aceptados como la descendencia de ambos. Es decir el matrimonio es el que tiene una función sexual, dando al emparejamiento la aprobación social, pero el matrimonio que si es un universal cultural, no siempre conduce al mismo tipo de organización social. Por ejemplo pensemos en la posibilidad del matrimonio igualitario recientemente aprobado por ley en nuestro país.

Asimismo, la reproducción, debe ser entendida como función del matrimonio que legitima a los hijos y proporciona ciertos derechos sociales. De todas maneras hay ejemplos en la bibliografía de distintas organizaciones sociales en las que se realizaban inseminaciones, saqueos a pueblos vecinos para raptar niños o sistemas de parentesco matrilineales en las que la filiación se traza solamente a través de la mujeres, y los hijos se convierten en miembros del grupo doméstico y del grupo de parentesco de la madre sin considerarlo parientes del padre biológico. Se daba la reproducción sin la familia nuclear.

Otro tanto sucede con la economía familiar y la educación, que en las culturas en las que la familiar nuclear es el grupo de parentesco más importante, estas funciones nunca están confinadas a la familia nuclear en forma exclusiva y en la mayoría de las sociedades estas funciones se llevan a cabo por grupos más amplios.

Llevando este análisis a la familia pre-moderna y moderna, y como se van construyendo relaciones en las primeras, Di Marco (2005) afirma:

La vida laboral y la vida familiar estaban integradas, presentaban el tipo de relación patriarcal clásica: los hombres mandaban, con un poder indiscutido y las mujeres aceptaban la subordinación a cambio de protección y estatus social seguro. Este vínculo incluía el control sobre sus cuerpos, sus emociones, sus hijos y su trabajo. (p.26)

Pero la vida moderna presenta otras dinámicas que acompañan el desarrollo de las sociedades industriales donde las actividades domésticas quedan disociadas de las demás esferas.

(...) Las categorías de producción y reproducción tienen mucha importancia en la constitución de las familias de mediados del siglo XIX: a partir de sus actividades productivas, los hombres pasan a ubicarse en el mundo público y las mujeres, ocupándose de la reproducción biológica, cotidiana y social, en el mundo privado. Sin embargo, estas tareas, al no ser consideradas con un valor monetario en el mercado y el permanecer fuera del mundo público, quedarán "invisibilizadas". (Di Marco, 2005, p.27)

A lo largo de la historia, podemos observar, como los lugares y el ejercicio del poder la autoridad y el valor social otorgado a cada miembro del grupo familiar se construye en un contexto social e histórico que no puede evitarse. La familia será el lugar donde se producen y reproducen pautas sociales, modalidades de funcionamiento, lugares y roles. Esto significa que "las familias son las encargadas de reproducir los patrones culturales vigentes, también es cierto que el grupo familiar puede ser el lugar donde se cuestionan y se cambian reglas, desde donde se gestan procesos de transformación" (Di Marco, 2005, p. 27).

En conclusión, es evidente que la Familia adquiere un rol importante en la construcción de subjetividades, identidades y relaciones de género y autoridad. También cabe mencionar que, es el lugar donde se pueden empezar a construir relaciones democratizadoras de las diferencias, en que la igualdad de oportunidades y de derechos para todos los miembros del grupo familiar, varón, mujer, niño/a, adultos mayores, etc. sea posible a través de la negociación y que se deconstruyan relaciones de poder y autoridad asumidas y transmitidas como "naturales" desde el modelo patriarcal de familia que se funda en el supuesto de complementariedad entre varones y mujeres, con una posición jerárquica diferente

y, por lo tanto, legitima el poder de los varones. Es necesario pensar un modelo familiar diferente, más democrático, que se caracteriza por la simetría de las posiciones de los adultos en el grupo familiar. Este modelo sostiene un criterio igualitario de poder y de autoridad entre varón y mujer, y un enfoque democrático y consensual de la crianza de los hijos.

Esta igualdad no supone la eliminación de las diferencias, sino la igualdad en las posibilidades y oportunidades de participación, realización y ejercicios de los derechos considerados universales, desde que la Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba la Declaración de Derechos Humanos, en 1948, se legitima la premisa de que todos los seres humanos “nacen libres e iguales en dignidad y derechos”, pero máxime en el caso de los niños/as ratificado por la Convención sobre los Derechos del Niño/a en 1989 y en el caso de las mujeres por la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la mujer, en que se reconocen tanto los derechos civiles y políticos como los derechos sociales, económicos y culturales y que constituyen ambas Convenciones herramientas fundamentales en el camino de la concreción de esos derechos a través de políticas sociales en las que la participación sin discriminación sea el eje fundamental de las acciones, y en la que los sujetos estén en condiciones de exigir, reclamar, y negociar desde la posibilidad de igualdad en el ejercicio de los derechos.

Y es en la Familia donde se deben comenzar a gestar esas posibilidades de igualdad social, de relaciones democratizadoras tendientes a la satisfacción, por el solo hecho de ser un ser humano sujeto de derechos. Redefiniendo lugares de autoridad, y de poder, naturalizados desde una lógica de funcionamiento “patriarcal” tratando de alcanzar un ejercicio de la autoridad que se defina situacionalmente y no a la manera tradicional.

Así también, desde la dimensión política se deben ir “creando” espacios más democratizadores de ejercicio de derechos y ampliación de ciudadanía en especial en relación a las mujeres y los niños, de manera de poder replantear y cuestionar lugares tradicionalmente ejercidos y como tal es un desafío a alcanzar, que desde el enfoque de democratización familiar, plantea: poner el acento en las relaciones de poder y autoridad, ampliar las ciudadanías, con una concepción de simultaneidad de

derechos (igualdad de género y derechos de la infancia), desarrollar políticas de distribución y reconocimiento recuperando la posibilidad del ejercicio de maternidades no subordinadas a lo privado doméstico, que se conviertan en maternidades sociales, que convierten las necesidades vinculadas a los hijos e hijas en acciones políticas.

Como lo sugiere Di Marco (2005): “para las políticas sociales, esto significa el desafío de repensar a las mujeres como actoras de transformaciones sustentadas en el intercambio entre discursos que se reconstruyen en la experiencia colectiva” (p.29). Esto significa también, tener igualdad de oportunidades para dicha participación, y así, las mujeres para poder transformar su situación, constituirse en autoridad y redefinir su ejercicio de ciudadanía, basada en derechos, incuestionables, reconocidos universalmente pero también necesarios de redefinir y ejercer cotidianamente.

3.5 El enfoque sistémico

La mayoría de las cosas que ocurren en el campo social están vinculadas de una u otra forma con la familia en sus múltiples formas, la cual es entendida como el núcleo socio-afectivo primario y se constituye en el centro de la vida social. Es por ello, que el modelo sistémico se ocupa del análisis del sistema en el cual el individuo está inserto y no del individuo como sujeto aislado. Se trata de un enfoque conceptual que se ha extendido en las terapias familiares y en el campo del bienestar y la asistencia social.

Los anclajes conceptuales de este enfoque no son ni la personalidad ni sus rasgos; deja de lado la persona como foco del análisis para centrarse en el sistema familiar como un organismo estructurado e interdependiente que se comunica con ciertas pautas de interacción y en las que el individuo solo es uno de sus componentes. El valor del individuo aparece relacionado a su posición y función dentro del sistema. (Feixias Viaplana; Muñoz Cano; Compañ Felipe y Montesano del Campo, 2016)

Un enfoque sistémico aplicado a proyectos de intervención donde se trabaja con familias supone entender a las mismas como un todo organizado en que cada uno de sus miembros cumple una función específica y que sus acciones tienen

incidencia en las acciones de los demás y a la vez resultan influidas por ellas. Se trata de un patrón de interacción en el que las acciones de cada miembro son interdependientes de las de los demás.

Para comprender el anclaje teórico del modelo sistémico es necesario dar cuenta de la noción de sistema, el cual implica:

Un todo organizado que es más que la suma de sus partes, además de situarse en un orden lógico distinto al de sus componentes. Sistema es entonces definido por sus funciones, estructura, y por los circuitos de retroalimentación (*feedback*) y relaciones de interdependencia (Feixias Viaplana et al. 2016, p.3)

A los fines del presente TFI es pertinente considerar el enfoque sistémico ya que se plantea no solo la intervención individual con las víctimas directas, sino la implementación de acciones de apoyo a las familias de los adolescentes atendidos, a los fines de abordar la problemática del adolescente y también brindar asistencia a las familias que recurren a los servicios de rehabilitación por las diversas secuelas del accidente que los coloca en una situación de dependencia. Con esta mirada cobra preponderancia el papel que desempeña la familia en el plan de cuidado del adolescente lesionado.

El aporte interesante que hace el enfoque sistémico es su visión de los problemas humanos como cuestión inter-personal dejando a un lado las visiones clínicas, psicológicas y psiquiátricas tradicionales que centran su mirada en lo intra-personal. Esta forma de abordar los problemas es efectiva si lo que se busca es lograr un abordaje complejo del problema tratado y considerar todas las dimensiones del mismo, no solamente la que contempla al individuo como sujeto enfermo sobre el cual se realizan prácticas médicas, psicológicas o psiquiátricas porque es necesario restablecerle la salud, sino también la dimensión que involucra a la familia como sistema dentro del cual ese individuo está interrelacionado a otros individuos que van a influir en su recuperación a su vez que él influirá en el desarrollo de su entorno familiar.

Entender a las familias como sistema supone poner el foco en las interacciones actuales que se establecen entre los componentes de la misma. No se trata de estudiar a cada miembro del grupo familiar de forma aislada ya que se

supone que las motivaciones no provienen del interior del individuo ni de su historia pasada. Siguiendo esta premisa:

“las acciones de las personas se explican por lo que acaban de hacer otras personas de su entorno o grupo. Sus emociones y sus pensamientos, tanto como las acciones parecen estar en función de lo que hacen los que los rodea”. (Feixias Viaplana, et al. 2016, p. 16)

Asimismo, el paciente es visto como un todo complejo y sus síntomas son explicados no a través de lo que ocurre en su psiquis sino a partir de la dinámica que ocurre dentro de un sistema en el que se encuentra actualmente. El objeto de intervención es una familia dentro de la cual el individuo o paciente es identificado como parte de la misma pero es dentro de las familias donde se dan pautas comunicacionales y donde acontece que uno de sus miembros (en este caso un adolescente) presenta un comportamiento sintomático. Ese síntoma es tomado como parte de la comunicación, como un engranaje o eslabón más dentro de la cadena de interacción con los demás.

Los trabajos de Millán Ventura (1990), Rodrigo y Palacios (1998) y Gimeno (1999) coinciden en otorgar una amplia capacidad integradora al modelo sistémico, ya que el mismo no reduce la sus estudios a pacientes y familias con problemas graves, sino que explica el funcionamiento y la evolución de familias normativas y normalizadas lo que hace que sirva de base a programas de prevención y de formación.

Es pertinente mencionar que, como en todo sistema complejo, tanto la familia nuclear como las familias extensas y otras formas de familia, llevan consigo una jerarquización e implican el uso de normas que regulan sus relaciones, tanto las que se dan dentro de las mismas como las que se establecen fuera con otras personas o sistemas. Bateson (1971) habla del reconocimiento de esas relaciones o interacciones como el objetivo prioritario de la intervención familiar. Por ello se hace foco en la consideración de este enfoque ya que, el tipo de relaciones establecidas terminará influyendo en la forma en que las familias hacen frente a los problemas que acontecen en su seno. También se hace necesario conocer el funcionamiento de las mismas, cómo operan esas normas, reglas y jerarquizaciones dentro de las

familias ya que, la dinámica de las mismas va a condicionar el trabajo de intervención.

Es posible encontrar resistencia en familias de estructuras más cerradas o que presentan normas rígidas de funcionamiento que son incuestionables lo que dificultaría la intervención dada la tendencia a rechazar todo lo externo y a buscar soluciones a los conflictos dentro del propio grupo. Entonces, un adecuado conocimiento de la dinámica con la que operan las familias de los adolescentes, un acercamiento apropiado a las condiciones y contexto en el cual se dan las interacciones mutuas dentro del grupo y un oportuno entendimiento de la familia como sistema complejo y autorregulado en el cual se está presentando un problema que afecta a uno de sus miembros, permitirá una intervención beneficiosa que facilitará por una parte la atención individual de las víctimas de accidentes pero, por sobre todo contribuirá a implementar acciones de apoyo eficaces a las familias de los adolescentes atendidos.

3.6 Algunas consideraciones para el proyecto

A partir de la bibliografía y del análisis de las situaciones familiares de los adolescentes en tratamientos con secuelas de accidentes es necesario pensar el "cuidado" como un "campo" de conocimiento y de regulación que implica a las prácticas, la legislación y las políticas públicas que de alguna manera plantean e incluye a la población objeto de los cuidados. En el caso que analizamos se trata de adolescentes con distintas secuelas por accidentes, a quienes se les otorga un beneficio económico y social, a través de una pensión por discapacidad que pueden tramitar a partir de la evaluación de la discapacidad psíquica y/o física que hayan quedado como secuela.

Continuando con lo mencionado, podemos preguntar: ¿cómo se garantiza la contención social, sobre todo pensando en adolescentes y en qué secuelas se pueden pensar como importantes para su desarrollo psicológico y social? ¿Cómo se garantiza el apoyo a todo el grupo familiar, quien se encuentra ante una nueva situación familiar?

¿Qué otras instituciones participan en esta asistencia a las víctimas y a las familias?

¿Hay una red que garantice la accesibilidad y la distribución del cuidado a estos adolescentes y su familia?

Sabemos que en los últimos años las políticas sociales se han dirigido a la “protección” de los ciudadanos a través de programas y proyectos focalizados para niños, jóvenes, mujeres, ancianos, etc. Como lo sugiere Pautassi (2012) ya a los mediados de la década de los noventa, y aun en medio de la aplicación de medidas de ajuste estructural, se comienza a hablar de la necesidad de la protección social. Este nuevo concepto de protección sobre el concepto fundador de los regímenes de bienestar que era el de “seguridad social”, el que significaba un paquete amplio de previsión, con un papel fuerte del Estado no sólo en la provisión, sino también en la regulación y el financiamiento. Incluía aseguramiento en salud, asignaciones familiares, riesgos y enfermedades en el trabajo, previsión social, protección ante el desempleo, entre otros...

Por el contrario la idea de Protección social significa un modelo mucho más restringido y marca el alejamiento de una actividad estatal amplia y que el hecho de que incluye numerosos programas (de salud, vivienda, educación, etc.) no significa que se trate de una red integrada de garantía de derechos, sino en todo caso, de un conjunto más o menos organizado pero no necesariamente integrado, de prestaciones asistenciales por parte del Estado destinado a sectores o grupos en situaciones de pobreza a vulnerabilidad de algún tipo, como en caso de adolescentes que sufren algún tipo de discapacidad como secuelas de accidente, en el que no se observa cómo se garantiza la red de instituciones que asistan a la víctima y a su familia para afrontar y recuperarse, más allá de la asistencia económica.

Tanto la pensión por discapacidad como la mayoría de los programas de transferencia condicionadas de ingresos hoy vigentes se caracterizan por efectivizar una transferencia de recursos monetarios y en algunos casos se complementa con otros tipos de transferencia vinculadas a programas alimentarios, por focalizar en la población en condiciones de pobreza o indigencia, con una segunda focalización prioritaria en hogares con niños, niñas y adolescentes y continuando las condicionalidades vinculadas con la asistencia escolar de los niños, niñas y adolescentes y de las mujeres embarazadas, y finalmente con preferencias por realizar la transferencia del beneficio a las madres, esto es, son quienes reciben directamente la transferencia. (Rodríguez Enríquez, 2011, p. 58)

Considerando que esta focalización si bien en principio parece intentar disminuir las desigualdades, en realidad creemos que no avanza en relación a temas como la división sexual del trabajo, las responsabilidades del cuidado en la mujer como buena administradora y como la cuidadora por excelencia, lo cual la excluye nuevamente del mercado de trabajo relegándola al ámbito doméstico.

En cierta medida estas políticas parecen devolver a la mujer a su antiguo, pero vigente lugar en contraposición a la mujer de clase media que se ve cada vez más exigida tanto adentro como afuera de la casa para cumplir los diferentes roles (profesional, madre, esposa etc.).

Tomando algunas nociones de cuidado vemos por una parte estas políticas sociales apuntan a reivindicar de alguna manera o reconocer la labor doméstica, al menos en las clases más desfavorecidas. Las políticas públicas planteadas desde la perspectiva de Faur (2014) comprenden:

Ya sea de forma explícita o implícita, la intervención regulatoria del Estado se deriva, entonces, de determinados (pre)supuestos culturales y políticos acerca de los roles y derechos que se atribuyen a los distintos grupos e individuos que conforman la sociedad. Dichos supuestos orientan la racionalidad de la oferta de servicios, o bien el tipo de respuestas estatales frente a lo que los decisores definen como “necesidades” de la población. Y es así como el Estado deviene en actor protagónico en la construcción de un determinado tipo de sociedad. (p. 212)

Podemos pensar que la pensión o la atención al adolescente con discapacidad, no contribuye significativamente a modificar la histórica división sexual del trabajo, quedando las mujeres en el rol de cuidadoras, ya que ante la ausencia de posibilidades sociales aparece el “Estado proveedor”. Si bien la ayuda económica podría contribuir a la autonomía de la mujer cuidadora, no lo hace alentando una posición de emancipación. Las posibilidades de emancipación se acrecentarían con mayor cantidad de servicios de cuidado provistos por el Estado y mayores ofertas de inserción laboral mejor remunerados para las mujeres, como lo sugiere la autora:

“El asunto es que, para desfamiliarizar esta tarea, otras instituciones (públicas) deberían ofrecer los servicios que releven a las familias (y en especial a los adultos trabajadores) durante parte de la jornada. Además si la

desfamiliarización no logra asociarse a la desmercantilización del cuidado, la capacidad de los hogares pobres (y, dentro de ellos, de las mujeres) de delegar funciones de cuidado durante parte de la jornada, y de sumarse al mercado de trabajo remunerado, se ven limitadas”. (Faur, E, 2014:215)

Se podría denominar a estas madres “cuidadoras de tiempo completo”, que priorizan el cuidado de los hijos y ante una perspectiva laboral precarizada, prefieren limitar los gastos familiares a los beneficios sociales que perciben del Estado.

Entender el cuidado como parte de una organización social supone prestar atención no sólo a los aspectos microsociales sino también al rol de las políticas sociales en la provisión y regulación de las relaciones, actividades y responsabilidades de cuidado asignadas a distintas instituciones y sujetos. Siguiendo a Faur (2009), el concepto de “organización social del cuidado” refiere a la configuración que surge del cruce entre las instituciones que regulan y proveen servicios de cuidado infantil y los modos en que los hogares de distintos niveles socioeconómicos y sus miembros se benefician de los mismos. Las políticas sociales son el conjunto de acciones que configuran una intervención sistemática por parte del estado para atender el bienestar de la población. Mediante la distribución de recursos estatales, las políticas definen las responsabilidades y derechos de los/as ciudadanos/as e inciden en la estructura de distribución de los recursos sociales.

En todos los casos, las políticas responden a determinados principios y supuestos que, explícita o implícitamente, orientan la racionalidad de la oferta de servicios y el tipo de respuestas estatales frente a lo que los decisores definen como “necesidades” de la población. Al hacerlo, las políticas sociales inciden en la construcción de un determinado perfil de sociedad (Serrano, 2005). Por ello mismo, tienen la capacidad de transformar situaciones de desigualdad, pero también de perpetuarlas o agudizarlas.

Para el proyecto importa el hecho de que toda política social tiene como supuesto una organización social del cuidado que, de manera implícita más que explícita, define a los/as actores sociales, asigna responsabilidades y cargas de tareas y de esa manera define también las características y contenidos de la ciudadanía de cada tipo de actor/a. La categoría del cuidado se torna así un

elemento analíticamente relevante para el examen de las políticas sociales (Daly y Lewis, 2000) y, de forma más extendida, para el análisis de la “organización social del cuidado” (Faur, 2009).

Desde un punto de vista estructural, la forma en que se organizan los sistemas de salud, educación y previsión social, tiene profundas implicaciones en cuanto a la organización del cuidado social. También inciden en el cuidado el modo en que se definen planes de transferencias de ingresos, por ejemplo, a hogares pobres, en la medida en que estas iniciativas en ocasiones activan supuestos acerca de papeles de género en el interior de las familias (González de la Rocha, 2005; CELS, 2007).

Además de estas instituciones que, podríamos decir, inciden de forma indirecta en la configuración del cuidado infantil, existen políticas e instituciones que intervienen de forma directa en la configuración social e institucional del cuidado. Entre éstas encontramos las políticas de empleo y las que regulan la disponibilidad y el acceso a servicios de cuidado infantil como los jardines maternos. En los últimos años y principalmente en Europa, estas políticas se enmarcaron en lo que se denominó políticas conciliatorias (que apuntan a “conciliar” las responsabilidades laborales y familiares, especialmente de las mujeres).

Para el presente proyecto es necesario pensar:

¿Inciden las cuestiones de género en el tema analizado?

¿Es posible observar en quién recae prioritariamente las funciones de cuidado del adolescente involucrado?

¿Con qué recursos cuentan las familias para afrontar la situación?

¿Es posible establecer redes de organizaciones de apoyo consolidadas que faciliten la atención al adolescente y su familia?

Es importante poder observar de qué manera se pueden disponer y contar con políticas y estrategias que favorezcan el acceso a los servicios para el adolescente con secuelas físicas y/o psicológicas de accidente y su familia como cuidadora y afectada por la situación, de manera tal que también sea incluida en el proceso de atención.

Es en relación a esta situación que se plantea con los adolescentes, tanto desde los aspectos epidemiológicos reflejados en términos de mortalidad

adolescentes en la provincia de Misiones como de los datos estadísticos de ingresos, internación y tratamientos del HEADRM, y más específicamente de los adolescentes que son atendidos en el Servicio de Rehabilitación, es que se plantea un abordaje y tratamiento desde la elaboración de un plan de trabajo en una etapa individual con el adolescente, y también en otra etapa intervenir incluyendo a todo el grupo familiar en el abordaje apoyando la rehabilitación, no solo de los aspectos físicos y/o psicológicos que puedan estar involucrados, sino también en los aspectos sociales, afectivos y de protección de derechos que significa la atención no solo del adolescente sino de la familia que también se ve afectada por la situación y que debe ser incluida en el plan de cuidado de forma de abordar el problema que afecta a la familia como un sistema de relaciones.

Problemática (árbol del problema)	Estrategia de acción (árbol de objetivos)
<p><u>Efectos</u></p> <p>Desorganización familiar Pérdida y modificación de lazos y roles familiares Estrés familiar y necesidad de apoyo a todo el grupo familiar</p>	<p><u>Fines</u></p> <p>Contribuir a la conformación de una red de actores de apoyo a la reinserción familiar Fortalecer los vínculos intra familiares Promover el cuidado, protección y educación de los adolescentes y todos los miembros de la familia</p>
<p><u>Problema</u></p> <p>1. <u>Población</u> Adolescentes y sus familias, atendidos en el servicio de Rehabilitación</p> <p>2. <u>Situación</u> Adolescentes y sus familias que se ven afectadas por las secuelas de accidentes y que son atendidos en el servicio de Rehabilitación del HEADRM</p>	<p><u>Objetivo</u></p> <p>1. <u>Población</u> Adolescentes y sus familias atendidos en el servicio de rehabilitación</p> <p>2. <u>Situación futura</u> Brindar apoyo a las familias de los adolescentes atendidos por secuelas de accidentes para que se reorganicen y fortalezcan los vínculos intra y extra familiares</p>
<p><u>Causas</u></p> <p>Alto número de adolescentes involucrados en accidentes Adolescentes y familias que deben hacer tratamientos internados o ambulatorios en el HEADRM</p>	<p><u>Medios</u></p> <p>Apoyo a las familias para la reorganización familiar Talleres de reflexión e intercambio de experiencias Asistencia y abordaje interdisciplinario e interinstitucional</p>

4- OBJETIVOS

Objetivo General

-Implementar acciones para el apoyo a las familias de adolescentes de 15 a 19 años que ingresaron por accidentes y atendidos en el Servicio de Rehabilitación del Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga.

Objetivos Específicos

-Abordar desde un enfoque interdisciplinario las consecuencias del accidente: secuelas físicas y/o Psicológicas, incapacidad transitoria o definitiva, tratamientos, rehabilitación, etc. del adolescente y su grupo familiar

-Facilitar el abordaje directo con las familias trabajando sobre sus necesidades, dificultades y conflictos ante la situación de internación y tratamiento.

-Observar sobre quién o quiénes recae las funciones de cuidado de los/las adolescentes y con qué recursos cuentan los miembros de las familias para abordar la situación.

-Implementar estrategias de apoyo que favorezcan el cuidado del adolescente reduciendo el estrés familiar y mejorando la calidad de vida de la familia.

5 – ESTRUCTURA DEL PROYECTO

Resumen narrativo de los objetivos	Indicadores verificables objetivamente	Medios de verificación	Supuestos
<p><i>Fin</i> Implementar acciones para el apoyo a las familias de adolescentes de 15 a 19 años que ingresaron por accidentes y son atendidos en el servicio de Rehabilitación del HEADRM</p>	<p>Registrar la participación de miembros de las familias convocadas a los talleres</p> <p>Medir la cantidad de adolescentes y miembros del grupo familiar que participan.</p>	<p>Registro de asistencia a reuniones / talleres / entrevistas de familias convocadas.</p> <p>Nº de familias con adolescentes atendidos en el servicio</p> <p>Nº de familias que concurren a los talleres</p>	<p>Las familias participan en talleres de apoyo para los miembros del grupo familiar</p> <p>Las familias y los adolescentes participan de la construcción de redes de apoyo para el proceso de tratamiento y reorganización familiar</p> <p>Implementación de un protocolo institucional de intervención interdisciplinaria</p>

<p><i>Propósito</i> Abordar desde un enfoque interdisciplinario las consecuencias de accidentes con los adolescentes y su grupo familiar</p> <p>Implementar estrategias de apoyo que favorezcan el cuidado del adolescente reduciendo el estrés familiar y mejorando la calidad de vida familiar</p>	<p>Disminución del estrés familiar generado por el proceso de internación y tratamiento del adolescente con secuela de accidentes</p> <p>Porcentaje de familias que participan del proceso de trabajo en talleres grupales</p>	<p>Diagnóstico familiar integral de las familias de los adolescentes en tratamiento de rehabilitación.</p> <p>Registro de participación de las familias en el proceso de elaboración de la propuesta de apoyo.</p>	<p>Proceso de apropiación de nuevas prácticas socio familiares para la contención, construcción de redes familiares y comunitarias.</p> <p>Socialización entre pares (familias con adolescentes) de las modalidades aprendidas en el proceso de trabajo en talleres, en los distintos encuentros.</p>
<p><i>Componentes:</i></p> <p>Constitución de equipo interdisciplinario que realice un abordaje familiar. (Funciones de cada integrante en Anexo II)</p> <p>Talleres de aprendizaje-vivenciales con los adolescentes y otros miembros del grupo familiar.</p>	<p>Registro de Asistencia de los adolescentes y de los miembros de la familia convocados.</p> <p>Porcentaje de entrevistas realizadas con respecto a los talleres programados.</p> <p>Porcentaje de talleres realizados para el aprendizaje del trabajo en grupo.</p>	<p>Registro de los logros alcanzados durante las reuniones, talleres, encuentros, etc.</p> <p>Evaluaciones sobre los distintos aprendizajes y cambios logrados.</p>	<p>Las familias logran apropiarse de nuevas prácticas orientadas a reducir el estrés familiar y mejorar calidad de vida.</p> <p>El equipo profesional de la Institución logra implementar un protocolo de atención del adolescente y los miembros del grupo familiar.</p>
<p><i>Actividades:</i></p> <p>Conformación del equipo terapéutico interdisciplinario que planifica las estrategias y promueve la construcción de redes de apoyo.</p> <p>Relevamiento de la información con revisión de Historias Clínicas de adolescentes</p> <p>Implementación de Planes de trabajo terapéuticos Individuales y familiares</p> <p>Talleres de propuestas de apoyo (entrevistas)</p>	<p>Costos de: implementación de las propuestas de: Contratación y Capacitación del Equipo profesional con abordaje interdisciplinario</p> <p>Información de la base de datos del Hospital (RISMI)</p> <p>Costos de la implementación de los talleres.</p> <p>Costos totales de los insumos utilizados en los talleres.</p>	<p>Cantidad de profesionales en la institución y cantidad de profesionales que participan de la capacitación</p> <p>Cantidad de adolescentes atendidos y cantidad de familias que participan de las actividades del taller.</p> <p>Registro de los costos a través de facturas, boletas y otros comprobantes para la realización de los cursos de capacitación y los talleres previstos.</p>	<p>Profesionales y familias de los adolescentes comprometidos con el proceso de tratamiento del adolescente y del grupo familiar .</p>

<p>y participación de los miembros las familias</p> <p>Preparación de los contenidos y modalidades de los talleres psicoeducativos</p> <p>Reuniones de equipo de planificación/evaluación y sistematización de los resultados</p>			
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

Para el presente trabajo se utilizará la metodología de investigación-acción, empleando tanto datos cualitativos como cuantitativos, como ser también una evaluación en proceso que permitirá ir monitorear diferentes aspectos del proyecto y reformular en caso de que fuese necesario teniendo en cuenta todo el proyecto y el impacto del mismo.

Por lo mencionado anteriormente, se realizará un Proyecto de Intervención con Adolescentes y sus Familias, a partir del análisis cuantitativo obtenido de la base de datos y la revisión de las historias clínicas del HEADRM, de los adolescentes de 15 a 19 años ingresados por accidentes y que continúan sus tratamientos en el Servicio de Rehabilitación de la institución.

Criterio de selección de la población objetivo del Proyecto:

- Se realizará una revisión de las historias clínicas del Hospital de Escuela de Agudos Dr. R. Madariaga, de los adolescentes de 15 a 19 años ingresados por accidentes y que continúan sus tratamientos de las secuelas de los accidentes en el Servicio de Rehabilitación del Hospital Escuela De Agudos Dr. R. Madariaga
- La caracterización de la población se realizará mediante la revisión de datos de las historias clínicas

Fuentes de información e Instrumentos de Recolección de la Información

- A- Base de datos y estadísticas suministradas por del Departamento de Estadísticas del HEADRM: esta primer fase cuantitativa y documental se realizara a partir de la recolección de datos proporcionados por el

departamento de estadísticas del HEADRM, de la información del registro digitalizado de las Historias Clínicas del Hospital que posee los ingresos de todos los pacientes. Se realizará en el primer mes de implantación del Proyecto y una vez conformado el equipo interdisciplinario terapéutico.

- B- Se utilizarán instrumentos de recolección de datos como ser entrevistas semiestructuradas, semidirigidas aplicadas a los adolescentes y a su entorno familiar, ingresados por accidentes y tratados en el Servicio de Rehabilitación del Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga.

Se contactará al adolescente y al familiar referente a través de un turno asignado desde la admisión del Servicio de Rehabilitación con un equipo interdisciplinario de médico, psicóloga, psicopedagoga y kinesiólogo realizarán la primera entrevista. Elaborarán un plan de atención para el adolescente y las entrevistas con la familia, identificando al cuidador responsable y otros miembros del grupo familiar que se puedan incluir en el trabajo con las familias.

Posteriormente se irá implementando un plan de trabajo individual y familiar

- C- Aplicación de la guía de abordaje. (Ver Anexo III)

Plan de trabajo individual:

Organizar el plan de trabajo con el adolescente: se establecerán los días de asistencia a los tratamientos físicos/kinésicos, psicológicos y neurocognitivos. Una vez iniciados los tratamientos se programarán visitas a cada adolescente (que esté en condiciones de recibir visitas) orientadas a escuchar su experiencia con los tratamientos tanto físicos como psicológicos y cognitivos. Las entrevistas apuntarán a conocer si los tratamientos a los que se está sometiendo influyen de alguna manera en la organización de su vida cotidiana, en la relación con sus grupos de pares y con su familia, ya sea por el tiempo que debe dedicarle a los tratamientos, o por los resultados (positivos o no) que está obteniendo con los mismos. Se indagará si se encuentra cómodo con los profesionales que lo asisten. Se buscará escuchar a los jóvenes, tener en cuenta sus necesidades y sus experiencias al participar en este proyecto, ya que se trata de abordar la problemática de los adolescentes y sus familias de manera compleja considerando también los aspectos contextuales y

sociales en los cuales está inmerso cada adolescente y su grupo familiar.

Plan de trabajo Familiar:

Se organizará un plan de trabajo con las familias: pactando entrevistas, la aplicación de baterías de evaluación de estrés del cuidador, y reuniones grupales mensuales que serán organizadas según la disponibilidad de tiempo de las familias citadas.

Se organizarán reuniones con las familias de los adolescentes mediante las cuales los profesionales, principalmente psicopedagogo, psicólogo y trabajador social, propondrán a aquellas personas que están a cargo del cuidado del adolescente discapacitado o lesionado que se presente, dando a conocer el caso de su familiar, contando las dificultades con las que se encuentra día a día en la tarea de atender a su familiar y cómo las supera. Así también se escuchará cómo influyen esas dificultades en su desempeño laboral y su vida cotidiana, cómo sortea los problemas que van surgiendo, cuáles son sus métodos para contener y acompañar al adolescente. Esto servirá para que los profesionales conozcan las distintas realidades que vive cada familia con una persona discapacitada o lesionada y otorguen las herramientas necesarias que fortalecerán a las familias en su desempeño como cuidadores de los adolescentes.

Se plantearán talleres para que participen las familias de los adolescentes. Estarán orientados a la promoción de prácticas saludables y seguras. En los mismos se abordarán problemáticas relacionadas con la adolescencia, sobre todo se enfatizará en el fortalecimiento de la capacidad de transmitir y enseñar a los jóvenes conductas seguras, educación y seguridad vial y la observancia de las normas de tránsito. Esto resulta pertinente, dado que en este TFI se ha expuesto que la principal causante de muertes de adolescentes de 10 a 19 años son las causas externas dentro de las cuales los accidentes de tránsito y con vehículos de transporte son los más recurrentes.

Se gestionarán reuniones del equipo interdisciplinario (médico, psicóloga, psicopedagoga y kinesiólogo) en las cuales se propondrá que cada profesional exponga la experiencia de asistir a los adolescentes y a sus familias, manifestando no solo los avances que logra con el tratamiento, sino también las dificultades y los

retrocesos que observa en el desarrollo de su trabajo tanto con los adolescentes como con las familias de los mismos. Esta actividad estará orientada a lograr que, por medio de la exposición de esas experiencias, los profesionales se enriquezcan escuchando el punto de vista del otro, quien observa la problemática desde un campo disciplinar diferente, lo que redundaría en una colaboración interdisciplinar dinámica orientada a resolver los problemas que surjan de manera satisfactoria.

6-EVALUACIÓN

La evaluación del presente proyecto de intervención se realizará mediante el desarrollo del mismo. Este tipo de evaluación llamada “de proceso” permite el monitoreo del proyecto como así también reconocer en qué medida se van cumpliendo los objetivos planteados para el mismo. La utilización de este tipo de evaluación buscará aportar al perfeccionamiento del modelo de intervención planteado, conocer los puntos fuertes y débiles del mismo e identificar los aprendizajes adquiridos en el proceso y utilizarlos para buscar mayor eficiencia en las metas de la intervención.

Se utilizarán algunos los criterios que se adaptan al tipo de evaluación en proceso definidos por la OECD (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico):

- Pertinencia o relevancia: se observará si existe congruencia entre los objetivos del proyecto de intervención y las necesidades identificadas en el proceso de su aplicación a la población.
- Eficacia: se buscará evaluar en qué medida se están logrando los objetivos planteados para la intervención. Verificar si las acciones implementadas están apoyando concretamente a las familias de los adolescentes atendidos por accidentes. Si se está consiguiendo distinguir las necesidades y las dificultades de las personas ante la situación de internación y tratamiento de su familiar. Se tomará en cuenta la importancia relativa de esos objetivos para realizar un balance de la eficacia del proyecto.

- Eficiencia: se evaluará en qué medida, tanto los recursos humanos como los económicos han logrado impactar en los resultados del proyecto. Si es necesario ampliar dichos recursos para obtener mejores resultados.

Se apuntará a conocer aspectos referentes al contexto que colaboren con el entendimiento del proceso y evolución que irá sufriendo el proyecto de intervención.

Así también, se recogerá información que dé cuenta de cómo se está llevando a cabo la intervención y la planificación por parte de los profesionales que conforman el equipo interdisciplinario, para poder desarrollar estrategias de asesoramiento si fueran necesarias. Esto en consonancia con la búsqueda del conocimiento de los resultados globales del proyecto: si existe una buena aceptación y éxito del mismo, si es necesario realizar cambios en su diagramación y si la intervención será perdurable en el tiempo.

7- CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	M E S											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Conformación de Equipo Terapéutico interdisciplinario Planificación de estrategias y criterios para las actividades	xx											
Relevamiento de la Información Institucional Revisión de Historias Clínicas.	xx											
Selección de casos	xx											
Aplicación de entrevistas individuales Entrevistas Familiares		Xxx										
Implementación Planes de Trabajo terapéuticos individuales y familiares			xxx	Xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx
Reuniones de Equipo Planificación/evaluación		Xx	Xx	Xx	xx	Xx	xx	Xx	xx	Xx	xx	xx
Grupos terapéuticos Talleres de apoyo psicoeducativos				Xxx	xxx	Xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx
Sistematización y exposición de los resultados												Xxxx

8 – RECURSOS

Para la realización del Trabajo se cuenta con la autorización de los jefes del Servicio y los directivos de la institución para tomar los datos necesarios de los ingresos de los adolescentes, a través de las Historias Clínicas digitalizadas con las que cuenta el Hospital.

- Autorización del Jefe de Servicio de rehabilitación para implementar el proyecto con los adolescentes y los miembros de las familias que son cuidadores principales e incluir a todos los miembros de la familia.
- Información de los adolescentes y sus familias para poder proponer entrevistas y encuentros individuales y grupales ya sea con los pacientes internados como con los que se realiza tratamiento ambulatorio.
- Información epidemiológica Provincial para cotejar con la información con los que cuenta el Hospital en relación a los datos generales.
- Bibliografía de los módulos de la especialización para el análisis y planteo de las modalidades de intervención con familias.
- Contratación y conformación del equipo de abordaje interdisciplinario: Médico Fisiatra, Kinesiólogo/a, Psicólogo/a, Psicopedagogo/a con orientación neurocognitiva, Trabajador/a Social.
- Folletos informativos sobre los recursos disponibles en la comunidad en relación a servicios, trámites de pensión y traslados, instituciones donde acudir, etc.
- Material de evaluación neurocognitiva (batería de Test)
- Material para el trabajo con grupos, evaluaciones auto administradas de test “estrés del cuidador”, afiches, marcadores.
- Equipo de música, instrumentos de música.
- Viáticos para visitas domiciliarias.

PRESUPUESTO ESTIMATIVO DEL PROYECTO:

RECURSOS	Monto Mensual	Monto Total x 12 mese
HUMANOS		
1 Médico fisiatra	\$12.000 (doce mil)	\$144.000 (ciento cuarenta y cuatro mil)
1 Psicopedagoga	\$12.000 (doce mil)	\$144.000 (ciento cuarenta y cuatro mil)
1 Psicóloga	\$12.000 (doce mil)	\$144.000 (ciento cuarenta y cuatro mil)
1 Trabajador social	\$12.000 (doce mil)	\$144.000 (ciento cuarenta y cuatro mil)
1 Kinesiólogo	\$12.000 (doce mil)	\$144.000 (ciento cuarenta y cuatro mil)
MATERIALES		
Recursos Materiales Disponibles		
INFRAESTRUCTURA Servicio de Rehabilitación Consultorios, Salas Para Reuniones y Talleres con todos los Mobiliarios Correspondientes - Base de Datos y Estadísticas Suministradas por el Departamento de Estadísticas del HEADRM	Aportado por el servicio	Aportado por el servicio
Recursos Materiales a Gestionar:		
Movilidad:		\$300.000
- 1 Móvil , Movilidad para Equipo Técnico		
2 Pasajes para equipo técnico usuarios del proyecto	2-\$10.000 (diez mil)	2- \$120.000 (ciento veinte mil)
3 Materiales de apoyo folletería	3-\$3.000 (tres mil)	3-\$36.000 (treinta y seis mil)
4 artículos de librería	4-\$3.000 (tres mil)	4-\$36.000 (treinta y seis mil)
5 computadora//impresora		5- \$6.000 (seis mil)
6 Equipo de música		6-\$5000 (cinco mil)
MONTO TOTAL APROXIMADO IMPLEMENTACIÓN DEL PROYECTO⁸:		\$ 1.223.000(un millón doscientos veintitrés mil)

⁸ Este presupuesto es variable a actualizarse al cambio de los costos de vida al momento de implementarse.

9- BIBLIOGRAFÍA

-Análisis de Situación de Salud de la Provincia de Misiones Año 2014. (2015). Sala de Situación. Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones.

-Análisis de la situación de salud adolescente. (2015) Sala de Situación. Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Misiones.

-Bateson, G. y otros autores. (1971). Interacción Familiar. Tiempo Contemporáneo. Buenos Aires.

-Bourdieu, P. (1997). Razones Prácticas. Sobre la teoría de la acción. Ed. Anagrama. Barcelona.

-Buitrago Echeverri, M. (2005). Un Camino en Construcción: percepción y alcances de las asesorías domiciliarias como parte de la rehabilitación basada en la comunidad. La experiencia de Bogotá. Bogotá. DC.

-Buitrago Jaramillo, J. (2008). Epidemiología del Trauma. Pereira. Universidad Tecnológica de Pereira.

-De Souza Santos, B. (2000). Universalismo, contextualización cultural y cosmopolitismo. En Identidades comunitarias y democracia. Ed Trotta. Madrid.

-De Souza Santos, B. (2002). Hacia una concepción multicultural de los derechos humanos. El otro derecho [En línea]. Número 28. Julio de 2002. ILSA, Bogotá D.C., Colombia. Disponible en:

http://webiigg.sociales.uba.ar/grassi/textos/Sousa_DDHH.pdf

-Di Marco, G.; Brener, A., Llobet, V.; y Méndez, S. (2010). Democratización, Ciudadanía y Derechos Humanos. Teoría y práctica. UNSAM Edita. Buenos Aires. Argentina.

-Di Marco, G. (2005). Democratización de las familias. UNICEF. Buenos Aires. Argentina.

-Di Marco, G. (2006). Movimientos sociales y democratización en Argentina. En: Lebon, N.; Maier, E. (comp.). De lo privado a lo público: 30 años de lucha ciudadana de las mujeres en América Latina. UNIFEM-Lasa-Siglo XXI editores. México.

-Di Marco, G. (2009). Democracia, democratización y ciudadanía. En: Eckholt, Margit (2009) Ciudadanía desde la perspectiva de género. Pasado, presente, mirada hacia el futuro. Ed. Abya Ala. Quito. Ecuador.

-Di Marco, G. (2012). Las demandas en torno a la ciudadanía sexual en Argentina. En: SER Social, Brasilia, ISSN 1415-6946 .V. 14, n. 30, p. 210-243, jan. /jun. 2012. seer.bce.unb.br/index.php/SER_Social/article/viewFile/7451/5752

-Dolto, F. (1988). La causa de los adolescentes. El verdadero lenguaje para dialogar con los jóvenes. Ed. Seix Barral.

-Esquivel, V: (2012). El cuidado infantil en las familias. Un análisis en base a la Encuesta de Uso del Tiempo de la Ciudad de Buenos Aires en Esquivel, Faur y Jelin. eds. (2012), Las lógicas del cuidado infantil: entre las familias, el estado y el mercado, Buenos Aires: IDES/UNFPA/UNICEF.

-Faur, E. (2014). El cuidado infantil en el siglo XXI. Mujeres malabaristas en una sociedad desigual. Siglo XXI editores. Buenos Aires.

-Faur, E. (2006). Género, masculinidades y políticas de conciliación familia-trabajo. Revista Nómadas [En línea]. Número 24. Universidad Central, Colombia. Disponible en: http://www.ucentral.edu.co/movil/images/stories/iesco/revista_nomadas/24/nomadas_24_11

- Feixias Viaplana, G; Muñoz Cano, D; Campañ Felipe, V. y Montesano del Campo, A. (2016). El modelo sistémico en la intervención familiar. Universidad de Barcelona. Barcelona, España.
- Flaquer, Lluís. (1998). El destino de la Familia. Cap. 1. Ed. Ariel SA. Barcelona.
- Fraser, N. (1991). La lucha por las necesidades: esbozo de una teoría crítica socialista-feminista de la cultura política del capitalismo tardío. En Revista Debate Feminista, Marzo, 1991.
- Fraser, N. (1997). Justicia Interrumpida. Universidad de los Andes. Siglo del Hombre Editores.
- Fraser, N. (2000). De la distribución al reconocimiento. Dilemas de la justicia en la era postsocialista. En: New Left Review. Nº 0. 2000. Madrid.
- Gimeno, A. (1999). La familia: el desafío a la diversidad. Ariel. Barcelona.
- Lineamientos para la *Atención Integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad*. Guías del Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia. Ministerio de Salud Pública. Argentina.
- Lineamientos para la *Atención del Intento de Suicidio en Adolescentes*. Guías del Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia. Ministerio de Salud Pública. Argentina.
- Mouffe, Ch. (1999). El retorno de lo político. Comunidad, ciudadanía, pluralismo, democracia radical. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Nari, M. (2004). Políticas de maternidad y maternalismo político. Editorial Biblos. Buenos Aires.

-Oszlak, O. y O'Donnell, G. (1981). Estado y políticas estatales en América Latina. Hacia una estrategia de investigación. Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Documento G.E. CLACSO. Vol. 4, 1988. Buenos Aires, Argentina.

-Pautassi, L. (2012). Desigualdad revisitada. Vulnerabilidad, Protección y Derechos. En Revista Escenarios N° 18. Facultad de Trabajo Social. Universidad Nacional de La Plata.

-Perdomo, R., Constanzo, A. (1998). Accidentes, intentos de autoeliminación y violencia social. Ponencia presentada en IV Jornadas de Psicología Universitaria, Facultad de Psicología, Universidad de la República. Ediciones Tack. Montevideo.

-Perdomo, R., Constanzo, A. (1998). Accidentar-se en la infancia y adolescencia. Ponencia presentada en IV Jornadas de Psicología Universitaria, Facultad de Psicología. Universidad de la República. Ediciones Tack. Montevideo.

-Rodrigo, M.J. y Palacios J. (1998). Conceptos y dimensiones en el análisis evolutivo-educativo de la familia. En Rodrigo, M.J Y Palacios, J. (coord.) Familia y Desarrollo Humano.

-Scott, J. W. (2000). El género: una categoría útil para el análisis histórico, en Lamas, M. (2000) El género. La construcción cultural de la diferencia sexual. México. PUEG/ Grupo Editorial Miguel Angel Porrúa. 265 - 302.

-Vásquez Barrios, A. (2008). El abordaje de la discapacidad desde la Atención Primaria de la Salud. 1 ed. Buenos Aires. Organización Panamericana de la Salud OPS.

-Schmukler, B. y Di Marco, G. (1997). Madres y democratización de las familias en Argentina. Ed Biblos. Buenos Aires.

ANEXO II

Funciones de los miembros del equipo:

Médico Fisiatra:

- Evaluar desde el aspecto clínico la necesidad de tratamientos y realizara los pedidos de asistencia específicos
- Elaborar diagnósticos e informes para la solicitud de insumos (medicación, prótesis, ortesis, etc.) a las entidades respectivas
- Orientar a los familiares en relación a los tratamientos, diagnóstico y pronóstico de la situación del paciente, en este caso el adolescente y las secuelas de accidentes.
- Brindar información adecuada al adolescente y la familia.
- Trabajar en equipo para integrar la perspectiva psicológica y social al tratamiento del adolescente y su familia.
- Participar en reuniones de evaluación de los casos trabajados.
- Elaboración y presentación de informes de avance

Psicólogo/a:

- Realizar estudios de capacidades, actitudes, rasgos de personalidad, estado psicológico y/o emocional así como la influencia de variables psicosociales en la situación actual del adolescente y los miembros del grupo familiar.
- Evaluar en relación al ciclo vital individual y familiar las principales características, defensas y recursos para el afrontamiento de la situación de tratamiento y rehabilitación.
- Intervenir en las dificultades de relación internos (recursos yoicos) y externa (familia, grupo y comunidad).
- Apoyar las funciones de socialización y de la asunción de nuevos roles dentro de la familia.
- Coordinar los talleres grupales con la familia y con otras familias para compartir experiencias en grupos de apoyo.
- Participar en reuniones de evaluación de los casos trabajados.
- Elaboración y presentación de informes de avance.

Psicopedagogo/a:

- Realizar evaluación y estimulación neurocognitiva.

- Trabajar en las actividades de la vida diaria (AVD), observando obstáculos y facilitadores, y del empleo del tiempo libre como espacio de comunicación y convivencia.
- Realizar estudio y análisis del desempeño de funciones educativas y hábitos saludables en los distintos ámbitos de convivencia.
- Enseñar y orientar hábitos educativos y socializadores.
- Intervención de actividades en el ámbito sociocultural.
- Acompañamiento y ayuda en el acercamiento a los recursos sociales, especialmente en la escuela.
- Programar actividades socioeducativas en las áreas de organización y economía familiar, educación para la salud, integración de los adolescentes en el medio escolar, conductas educativas, etc.
- Coordinar talleres grupales con la familia del adolescente y con miembros de otras familias en talleres de apoyo grupal.
- Participar en reuniones de evaluación de los casos trabajados.
- Elaboración y presentación de informes de avance.

Trabajador social:

- Realizar estudio de los recursos sociales y redes sociales de apoyo existentes en la comunidad.
- Evaluar la red social de apoyo (formal e informal), así como de la integración social del adolescente y el grupo familiar en su entorno.
- Información, orientación y asesoramiento sobre los recursos aplicables a cada situación, así como la gestión y la tramitación de los mismos.
- Intervenir sobre las dificultades y/o problemas de índole social y/o de relación de los usuarios con su entorno.
- Participación en los talleres grupales familiares y con otras familias para favorecer el apoyo grupal.
- Participar en reuniones de evaluación de los casos trabajados.
- Elaboración y presentación de informes de avance.
- La interdisciplinariedad es una metodología que guiará la intervención con las familias de los adolescentes en tratamiento en el Servicio de Rehabilitación.

-La característica más significativa del enfoque interdisciplinario son la complementariedad y responsabilidad de cada profesional, lo que conlleva un enriquecimiento de las prácticas profesionales.

ANEXO III

Principios y estrategias de Terapia Familiar aplicables a la Intervención con familias con hijos discapacitados.

Definición de las Condiciones de Trabajo:

Definir cómo se procederá en las entrevistas.

Creación de la Relación:

La relación se entiende como alianza de trabajo.

Evaluación de(l) los Problema(s):

- (1) Conductas concretas.
- (2) La recuperación como programa.
- (3) Circularidad: el problema en su contexto.
- (4) Evaluación sobre diferencias.
- (5) Evaluación como hipótesis.
- (6) Presuponer el cambio.
- (7) Evalúe los recursos, no sólo los problemas.

Intervención:

- (1) Dé información sobre la discapacidad del adolescente, sobre todo si se la piden.
- (2) Escuchar la historia.
- (3) Promoción de recursos.
- (4) Cambio mínimo y lento.
- (5) La terapia como programa.
- (6) Cambios conductuales.
- (7) Proceder de lo simple a lo complejo.
- (8) Meta a corto plazo: Cambio en la entrevista.
- (9) Metas a largo plazo: Romper pautas disfuncionales.
- (10) Construir una imagen positiva de la familia, una imagen de recursos.
- (11) Ayudar a la familia a fortalecer su red social (vincular a grupos de autoayuda).