



Tipo de documento: Tesina de Grado de Trabajo Social

Título del documento: Traumatismo Encéfalo Cranéano (TEC) y estrategias de afrontamiento: aportes para el trabajo social

Autores (en el caso de tesis y directores):

María Fernanda Colón

María Melina Navarro

Javier Contino, dir.

María Victoria Rinaldi, co-dir.

Datos de edición (fecha, editorial, lugar,

fecha de defensa para el caso de tesis): 2012

Documento disponible para su consulta y descarga en el Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
Para más información consulte: <http://repositorio.sociales.uba.ar/>

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 (CC BY 4.0 AR)



La imagen se puede sacar de aca: https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR





**UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL
ÁREA DE INVESTIGACIÓN Y SISTEMATIZACIÓN**

**“Traumatismo Encéfalo Cranéano (TEC)
y estrategias de afrontamiento:
aportes para el Trabajo Social.”**

Trabajo de Investigación Final

Autoras

Colón, María Fernanda. 34.495.478 fer.colon@hotmail.com
Navarro, María Melina. 25.385.172 melina_jazmin@hotmail.com

Tutores temáticos

Lic. Contino, Javier - javier.contino@yahoo.com.ar
Lic. Rinaldi, María Victoria - victoria_rinaldi@yahoo.com.ar

Taller IV

Lic. Susana Castro – Año 2011

Fecha de presentación

7 de junio de 2012

Resumen

“Traumatismo Encéfalo Cranéano (TEC) y estrategias de afrontamiento: *aportes para el Trabajo Social.*”

Colón, María Fernanda fer.colon@hotmail.com
Navarro, María Melina melina_jazmin@hotmail.com

Fecha de presentación: 7 de junio de 2012

El siguiente análisis es un Trabajo de Investigación Final de la Carrera de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires; cuyo objetivo es poder visualizar cómo las personas con discapacidad adquirida producto de un Traumatismo Encéfalo Cranéano y sus redes de apoyo retornan a su vida cotidiana luego de períodos extensos de internación tanto en hospitales de agudos como de rehabilitación y cuáles son las estrategias de afrontamiento utilizadas por los mismos para dicho proceso. Para llevar a cabo dicho objetivo se plantearon los siguientes objetivos específicos: 1- Conocer las transformaciones de la vida cotidiana de la persona con discapacidad adquirida producto de un TEC. 2- Analizar las estrategias de afrontamiento que utilizan las personas con discapacidad adquirida producto de un TEC para el desarrollo del proceso de reinserción en la vida cotidiana. 3- Analizar el despliegue de las estrategias de afrontamiento implementadas por la red de apoyo social más cercana a partir de la externación luego de un período de internación prolongado. Se llevó a cabo, a través de un tipo de investigación exploratorio y la utilización de entrevistas semiestructuradas como soporte metodológico. Como soporte teórico a su vez, se utilizaron diversas fuentes secundarias en relación a las temáticas: Traumatismo Encéfalo Cranéano, discapacidad adquirida, estrategias de afrontamiento e intervención en Trabajo Social. Dicho trabajo permite visualizar la importancia de las redes de apoyo social en el atravesamiento de la discapacidad adquirida producto de un Traumatismo Encéfalo Cranéano y en la mejora de la calidad de vida de los sujetos implicados; y el rol del Trabajador Social como actor social clave para favorecer un buen desarrollo de los diversos procesos.

Palabras claves

Traumatismo Encéfalo Cranéano (TEC) - Discapacidad adquirida -
Estrategias de afrontamiento - Trabajo Social.

Índice

Introducción	4
Los entrevistados	6
<i>Jennifer</i>	6
<i>Claudio</i>	6
<i>Andrés</i>	7
Capítulo I – Traumatismo Encéfalo Cranéano	8
<i>Períodos de internación, irrupción de la discapacidad adquirida</i>	10
Redes de apoyo social hospitalarias	20
Capítulo II: TEC y el impacto en la vida cotidiana	23
<i>Transformaciones en la vida cotidiana</i>	23
“Salir al mundo”, discapacidad como construcción social.....	31
Capítulo III: Estrategias de afrontamiento	34
<i>Estrategias de afrontamiento personales y de las redes de apoyo</i>	35
<i>Estrategias de afrontamiento y Calidad de Vida</i>	39
Capítulo IV: Aportes para el Trabajo Social	43
<i>Intervención del Trabajo Social</i>	43
<i>Intervención con personas con discapacidad adquirida</i>	50
Procesos de internación / rehabilitación.....	50
Externación.....	52
Reinserción al hogar	53
Consideraciones finales	55
Anexos	57
<i>Modelo de entrevista</i>	57
<i>Entrevistas</i>	59
<i>Jennifer</i>	59
<i>Andrés</i>	62
<i>Constanza</i>	66
Bibliografía	70

Introducción

A raíz de nuestro desempeño como estudiantes de la materia de Taller IV, perteneciente al plan de estudios de la Carrera de Trabajo Social (Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires) pudimos insertarnos en el Hospital de Rehabilitación Manuel Rocca, trabajando las temáticas Salud y Discapacidad.

A través de las diferentes prácticas e intervenciones realizadas en dicho Hospital tomamos contacto con sujetos que se encontraban ya externados del proceso de internación y del “*Programa de Rehabilitación de Pacientes con TEC¹ - Traumatismo Encéfalo Craneano*”.

A partir de aquí surge nuestro interés de analizar *cómo estos y sus redes de apoyo retornan a su vida cotidiana luego de períodos extensos de internación tanto en hospitales de agudos como de rehabilitación y cuáles son las estrategias de afrontamiento utilizadas por los mismos para dicho proceso.*

Para dar respuesta a este interrogante nos propusimos tres objetivos específicos que serán los que guíen nuestro análisis, los mismos son:

- Conocer las transformaciones de la vida cotidiana de la persona con discapacidad adquirida producto de un TEC.
- Analizar las estrategias de afrontamiento que utilizan las personas con discapacidad adquirida producto de un TEC para el desarrollo del proceso de reinserción en la vida cotidiana.
- Analizar el despliegue de las estrategias de afrontamiento implementadas por la red de apoyo social más cercana a partir de la externación luego de un período de internación prolongado.

El tipo de investigación es exploratorio, dado que consideramos que la temática en la que nos sumergimos no ha sido lo suficientemente abordada, ni tampoco encontramos acuerdo (en las diversas fuentes utilizadas) en cuanto a que los daños producidos por el TEC puedan devenir, luego del mismo, en una discapacidad adquirida.

Como herramientas metodológicas para la recolección de datos utilizamos entrevistas semiestructuradas.

¹ A partir de este momento y a lo largo del trabajo designaremos al Traumatismo Encéfalo Craneano con la sigla TEC.

En esta investigación se realizaron diversas entrevistas, tres a jóvenes de entre 22 y 28 años de edad que formaron parte del programa anteriormente mencionado y que fueron externados del proceso de internación en los últimos 12 meses y las restantes se realizaron a los sujetos significativos de los mismos, dichas personas acompañaron desde el inicio los diversos procesos atravesados por los sujetos afectados (internación, rehabilitación, externación, etc.).

Todos los entrevistados sufrieron el TEC a raíz de accidentes automovilísticos (con diferentes particularidades). Éstos fueron: Jennifer (24 años) y su madre Olga, Andrés (28 años) y Constanza, su pareja y por último Claudio (23 años) junto a su madre, Mirta. A través de las entrevistas pudimos dar cuenta de la íntima relación que existía en los relatos de los entrevistados, no sólo porque que los mismos habían sufrido un accidente automovilístico, sino también porque daban cuenta de ciertas características y procesos ocurridos a partir de la externación de los hospitales de rehabilitación.

Para finalizar con esta introducción, procederemos a explicitar como se dividirá el posterior análisis. Este trabajo pretende realizar una cronología desde el accidente hasta la reinserción en la vida cotidiana, que permitirá, a modo analítico, descubrir cuáles fueron las herramientas utilizadas por los sujetos afectados y sus redes de apoyo, para atravesar los diversos cambios producidos a raíz del TEC.

Pretendemos también, a través de este análisis, producir conocimiento científico de dicha temática, a los fines de contribuir a las intervenciones de los profesionales del Trabajo Social. Intentaremos ser el puente entre las personas con discapacidad adquirida producto de un TEC y el colectivo académico-profesional, logrando ofrecer mayor información sobre la temática discapacidad en un marco interpretativo desde el cual las ciencias sociales se posicionen en su intervención con dichas personas, comprendiéndolos como sujetos de derecho y obligaciones.

Razón por la cual, procederemos en un primer capítulo a desarrollar aspectos conceptuales de la temática a abordar. Continuando, en un segundo capítulo, con la descripción de las transformaciones producidas por la discapacidad adquirida devenida de un TEC. En un tercer apartado se reflejará la situación actual de los mismos y las estrategias de afrontamiento puestas en práctica a partir de dichas transformaciones. Finalizando en un cuarto capítulo que de cuenta de la especificidad de la intervención del Trabajo Social en la temática abordada. Concluyendo con las consideraciones finales pertinentes al análisis e investigación realizada.

Los entrevistados

En principio procederemos a ampliar el perfil de nuestros entrevistados para situar al lector, permitiéndole tener una mejor apreciación de lo expresado en el posterior análisis. Cabe aclarar, que los nombres fueron modificados para preservar la identidad de los mismos.

Jennifer

Jennifer es una joven de 24 años de edad. El TEC irrumpe en su vida a partir de un accidente automovilístico. Ella iba camino a una discoteca un sábado por la noche junto a tres amigos más, los cuales salieron ilesos. En principio estuvo internada un mes en un hospital de agudos y luego cuatro meses más en el Hospital de Rehabilitación Manuel Rocca. Desde el comienzo y durante todo el proceso, estuvo acompañada por su red de apoyo más cercana (su padre, hermanos, abuelos y amigos). La encargada del cuidado y acompañamiento fue su Madre, Olga.

Al momento del accidente Jennifer tenía una vida social muy activa, se encontraba por finalizar el profesorado de maestra de nivel inicial. Y, a su vez, trabajaba en un jardín maternal y en un salón de fiestas infantiles. También tenía un grupo de pertenencia con el cual participaba de distintas actividades de esparcimiento (salir a bailar, juntarse a comer, etc.).

Por último es importante caracterizar el grupo familiar con el que ella convivía, el mismo está compuesto por: su madre, padre, hermanos y abuelos. Como bien refirieron tanto Jenny como Olga ambas no compartían actividades juntas más que la misma convivencia en el hogar. Olga se ocupaba entera a su trabajo y a diferentes actividades de la vida diaria, como ser atender a sus hijos, marido, padres y su casa.

Claudio

Es un joven de 23 años el cual tuvo un accidente automovilístico, junto a sus amigos y ex – novia, una noche camino a una discoteca. El auto con el que el grupo tiene el accidente era de Claudio, el cual le había cedido el manejo a uno de sus amigos hasta llegar al boliche. Cabe destacar, como bien refirió tanto Claudio como Mirta (su madre) el amigo que se encontraba manejando había bebido alcohol y estaba en estado de ebriedad. Del accidente todos los que iban dentro del auto, menos Claudio, resultaron

ilesos. A partir de ese momento, permaneció internado y bajo los cuidados y acompañamiento de su madre (la mayoría del tiempo), su ex – novia, su padre y hermana.

Claudio previo al accidente utilizaba su auto para trabajar de remis. Juntarse con sus amigos para tomar algo, jugar al fútbol, salir con su novia eran las principales actividades que él realizaba en su tiempo libre.

El grupo familiar de Claudio, como ya mencionamos previamente, está compuesto por Mirta, su mamá, su padre y su hermana. Todos convivían en la misma casa. Mirta además de trabajar, se encargaba de los cuidados de su familia y de su hogar.

Andrés

Andrés es un hombre de 28 años de edad, el accidente lo tuvo una tarde cuando conducía su moto y fue investido por un colectivo, el cual lo atropelló y dejó inconciente. Desde ese momento quedó internado en terapia intensiva, el panorama ofrecido por los profesionales, en primera instancia, fue de una posibilidad de sobrevivida del 4%, lo que para su familia fue desesperanzador. Durante todo el período fue acompañado por Constanza (su pareja) y sus padres.

Andrés se encuentra en pareja con Constanza hace más de diez años y 2 meses antes del accidente habían comenzado a convivir en la casa de Andrés. En la misma casa, pero en planta baja, viven los padres de Andrés. Al momento del accidente no habían tenido hijos, ni estaba en sus planes. Ambos comparten un mismo grupo de amigos con los que frecuentaban juntarse los fines de semana.

Previo al accidente Andrés trabajaba autónomamente, era dueño de su propia perfumería y empresa de mensajería, el cual dirigía junto a Constanza. Al momento del accidente Constanza se ocupó tanto de llevar adelante la empresa, como de asistir y acompañar a Andrés.

Capítulo I – Traumatismo Encéfalo Craneano

Consideramos necesario ofrecer dos grandes definiciones médicas del Traumatismo Encéfalo Craneano. En una primera aproximación, la National Head Injury Fundation (1985) define el daño cerebral traumático como: "*(...) un daño al cerebro, de naturaleza no degenerativa, causado por una fuerza externa, que puede producir una disminución o alteración del estado de conciencia, dando como resultado un deterioro del funcionamiento de las capacidades cognitivas y físicas*".

Otros autores lo definen como: "*La lesión cerebral producida por un TCE implica una serie de cambios estructurales, fisiológicos y funcionales en la actividad del sistema nervioso central, al comprometer varias funciones cerebrales, las manifestaciones clínico-neuropsicológicas que pueden aparecer son numerosas y variadas*" (Aguilar Pérez y otros, 2002)

A partir de estas definiciones, consideramos necesario dar una definición superadora de las mismas que permita contemplar tanto las lesiones físicas y las implicancias sociales que trae aparejado dicho traumatismo.

Podríamos definir entonces al TEC como una discapacidad adquirida dado el deterioro orgánico y las diversas lesiones que afectarán, en la mayoría de los casos, directamente las funciones sociales de quienes sufran el traumatismo. El término discapacidad adquirida alude a una variación del esquema corporal del sujeto, que se ha presentado de manera brusca y traumática en un momento determinado de la vida, que puede ser producto de una enfermedad o de un accidente el cual deja a la persona afectada ciertos daños que lo inhabilitan a desempeñarse como lo hacía antes del mismo y que repercute directamente en sus relaciones con el entorno.

Es preciso hablar de daños, dado que el TEC no es sólo causante de déficits físicos sino también cognitivos y a nivel del comportamiento de la persona, siguiendo a Peña Gallardo (1997) podemos decir que éstos tienen un impacto mayor que las secuelas físicas. Cuando hablamos de daños producidos por una enfermedad o traumatismo, hacemos referencia a aquellos perjuicios que ha sufrido una persona por la irrupción de una enfermedad en su trayectoria vital y la de sus redes de apoyo social más cercanas.

Podemos agregar que el TEC suele estar originado por situaciones de violencia y accidentes de tránsito. La población con diagnóstico de TEC en su mayoría está

caracterizada por un 76% de hombres, mayormente jóvenes de hasta 35 años, aunque también suelen darse casos en la primera infancia y en adultos mayores de 65 años. (Dra. Von Zeschau, 2011)

Para una mejor comprensión del impacto social de dicho traumatismo, es menester tener conocimiento de que los períodos de hospitalización suelen ser bastante prolongados, dependiendo de las características particulares de cada situación, razón por la cual, no sólo se producirán cambios en el funcionamiento sino que las relaciones intrafamiliares a nivel vincular también sufrirán un cambio importante. Siguiendo a Peña Gallardo (1997) podemos decir que *“Las secuelas físicas son con frecuencia muy evidentes y mensurables, mientras que las modificaciones de comportamiento son difíciles de analizar por el entorno y repercuten directamente sobre la capacidad de relación familiar y socio laboral, produciendo un mayor impacto sobre las relaciones y la función social del afectado”*.

En este sentido la aparición de un TEC produce cambios no sólo en la trayectoria vital de la persona y su red de apoyo más cercana, sino que además puede llegar a tener un impacto muy fuerte a su alrededor. Esto tendrá que ver con las particularidades de cada situación, en algunas personas pueden surgir sentimientos negativos, ejemplo de ellos es: el aislamiento, la apatía, la pérdida de interés y hasta la culpa. Por todo esto es que consideramos que juega un papel fundamental en la superación de esta etapa la familia.

El entorno familiar cumple, una función asistencial, tanto en la fase hospitalaria como en la del retorno al hogar, pero esta función con el transcurso del tiempo, se extiende al resto de los ámbitos de la vida tales como el ocio, las relaciones sociales, la integración laboral, etc.

La actitud y los sentimientos de los integrantes de las redes de apoyo suelen ser contradictorios y cambiantes a lo largo de todo el proceso, dependiendo de diversos factores, entre los cuales podemos mencionar (Harvey, 1987)²: Gravedad de los daños producidos y su pronóstico, evolución de los daños en el tiempo, y el lugar del afectado en la estructura familiar. Dichos factores se verán más o menos explícitos en los relatos

² Si bien en este trabajo se hace alusión a la noción de secuelas, como ya dijimos. preferimos modificarlo por el de daño.

de los entrevistados para esta investigación teniendo en cuenta la singularidad de los mismos y la particularidad de cada situación desde el inicio de la misma.

Pero antes de dar paso al análisis de las transformaciones ocurridas, es necesario plantear cual es nuestro posicionamiento en cuanto a lo que entendemos por procesos de salud-enfermedad de los sujetos con TEC. Es importante mencionar que si bien desde posturas biologicistas se parte de definir al proceso salud-enfermedad, como ausencia de esta última, sin contemplar los condicionantes sociales; respondiendo a una relación unilateral del origen de las enfermedades, buscando la causas de las mismas en agentes patógenos y donde “(...) *los accidentes se conciben como eventos que surgen por causas específicas (...)*” (Rojas Soriano, 1995).

Desde el otro extremo, adherimos a la postura de considerar al proceso salud-enfermedad, como: “(...) *un proceso condicionado socialmente que se concreta en seres históricos, en grupos que se relacionan con la naturaleza y entre sí de cierta manera, (...), que trabajan y viven en circunstancias históricamente determinadas*” (Rojas Soriano, 1995).

Según este autor, el modo de producción capitalista, crea determinadas condiciones materiales de existencia, lo cual repercute en las condiciones de salud, así como también en los procesos de enfermedad. Desde esta perspectiva, ligada a la Medicina Social Latinoamericana, se puede traslucir que si bien, los procesos humanos implican simultáneamente un carácter social y biológico, al hablar de procesos salud-enfermedad no podemos reducirlos únicamente a estos últimos.

Períodos de internación, irrupción de la discapacidad adquirida

Como ya anunciamos previamente, los períodos de internación son prolongados y en los mismos se va descubriendo gradualmente el diagnóstico de discapacidad adquirida; simultáneamente se comienzan a producir las primeras transformaciones en la vida cotidiana de las redes de apoyo, que trascienden la instancia de internación. Por esta razón, preferimos iniciar haciendo un recorrido desde los primeros momentos del proceso. Una de las primeras preguntas realizadas a nuestros entrevistados fue si recordaban cómo había ocurrido el accidente y cómo habían sido los primeros momentos en el hospital, ante dicha cuestión ninguno pudo dar cuenta a ciencia cierta de cómo habían ocurrido, sino que para hacerlo debían basarse en el relato de los sujetos significativos que estuvieron presentes en los primeros momentos.

A través de sus relatos se puede visualizar como, en primer lugar ellos refieren no recordar y cómo luego apelan directamente a quienes estuvieron para completar el relato de lo ocurrido:

“Mira yo lo único que me acuerdo es estar en la casa de mi amigo, haciendo tipo una previa para salir a bailar, ...,y me acuerdo que subí al auto y después no me acuerdo más de nada. Después me desperté y estaba en el Rocca, me acuerdo que estaba en el Rocca, pero yo estuve internada en otro hospital y no me acuerdo de nada. Deliraba (...) No, yo me acuerdo que le pregunte a mi mamá, y le dije que porque estaba acá, y ella me dijo tuviste un accidente. Pero con quien? no, con los chicos (...).” (Jennifer)

“Lo que me acuerdo es que estábamos con mi novia y unos amigos en mi casa. Después salimos y como mi amigo no tenía su auto le preste el mío. Y este pibe... (Haciendo alusión al que manejaba) estaba medio en pedo, venía peleando con su novia y ahí no me acuerdo más (...).” (Claudio)

“(...) en ese momento se me borró todo. Después me contaron cuando salí de coma. Me chocó un colectivo que cruzó en rojo, me arrastró 80 metros. Cerca de la cancha de Huracán. Tenía 25 años el pibe, 3 meses en la empresa.” (Andrés)

Es de destacar, como ya enunciamos previamente, que en los primeros momentos de la internación los sujetos que sufren un TEC, suelen permanecer en coma durante un tiempo determinado, dependiendo la gravedad del traumatismo y del estado general de los mismos. Este período se relaciona con lo que Bowlby (1961: 65) denomina *Fase de embotamiento de la sensibilidad*, esta fase corresponde como ya expresamos, al período agudo del traumatismo. El autor expresa que el sujeto se encuentra aturdido y su pensamiento se desarrolla con lentitud, sin poder entender con exactitud lo que está ocurriendo en el entorno, a raíz de esto el sujeto debe recibir cuidados intensivos.

Por otro lado, es menester agregar que la recuperación tras un traumatismo de estas características, es compleja y pensar en una recuperación total resulta difícil. Lo ideal es que el sujeto implicado sea acompañado por un equipo interdisciplinario para lograr restablecer las capacidades ya sean físicas, sensoriales, habilidades del cuidado personal y funciones cognitivas.

En principio, las familias suelen comenzar a transitar este camino sin saber con exactitud qué es lo que pasó ni lo que va a pasar; pero sí, muchas veces confiando en que en cuestión de semanas se resolverá la situación y que podrán regresar rápidamente a sus hogares. En este sentido es importante que el diagnóstico, que reciban primeramente los miembros de la red de apoyo, en relación al pronóstico de la situación sea claro e informativo. Dado que en los primeros momentos posteriores al accidente *“Lo incierto del pronóstico, característico en los TEC, produce un alto nivel de angustia especialmente en las primeras etapas”*. (Peña Gallardo, 1997: 126)

Este primer encuentro con los distintos daños provocados por el TEC, es un acercamiento progresivo con el diagnóstico de discapacidad adquirida. A partir de esta interacción se produce una crisis, una disrupción que involucra no sólo a la persona afectada, sino a su red de apoyo más cercana. Este tipo de crisis accidentales suelen significar un alto en la ruta y un cambio en la trayectoria del sujeto y de sus referentes más cercanos. Cada sujeto elaborará el duelo correspondiente con los recursos que cuente en su haber al momento del diagnóstico y con estructuras que le hayan servido para la resolución de crisis anteriores (crisis evolutivas: adolescencia, matrimonio, nacimiento de un hijo, entre otras).

Al respecto podemos agregar los aportes de autores que nos explican que *“(…) se reconoce que hay individuos que parecen poseer naturalmente una fortaleza especial, se considera que estos atributos personales se han desarrollado bajo la influencia de apoyos proporcionados por su entorno”* (Dell’Anno, 2004: 132). Pudiéndose visualizar a través del discurso de Constanza, pareja de Andrés:

“(…) y era como que tenía que estar ahí sí o sí. Yo si no podía verlo era como un dolor que sentía, que hasta el día de hoy me pregunto porque le paso. Pero bueno... no sé. Fue bronca, dolor y ahora que él está mejor eh me da un poco más de pilas, pero igual yo siempre le doy para adelante.” (Constanza, pareja de Andrés)

En este trabajo hacemos hincapié en los tiempos de internación/ rehabilitación, no sólo a fin de denotar la gravedad del TEC, sino para comenzar a dar cuenta de los procesos en los que se va insertando la red durante “la espera”:

“(…) mientras ella estaba en terapia, yo a las amigas de ella las tenía a mi lado. Venían, me cebaban mate. Porque yo a ella la veía media hora mientras estaba en

terapia y estaba rodeada de las amigas de ella, mis amistades, mi familia.” “(...) Del hospital me iba al trabajo, después volvía y otra vez al hospital y así. No quedaba nunca sola.” (Olga, mamá de Jennifer)

“Sí, siempre estaba en el hospital, todo el día, hasta deje de trabajar por un tiempo. Mi esposo se quedaba mucho, casi los 2 meses que estuvo internado en el Hospital Fernández y después cuando yo volví, a trabajar por las noches puse una mujer que lo cuidaba. Pero él nunca estaba solo. Siempre había alguien, la familia, los amigos, su novia; siempre alguien (...)” (Mirta, mamá de Claudio)

“Me quedaba a dormir, comía en el hospital, me bañaba en el hospital, todo, como que yo no tenía vida, era solamente estar ahí.” (Constanza, pareja de Andrés)

A partir de lo anteriormente expuesto, se puede visibilizar la importancia de la presencia del acompañante en el proceso de internación/rehabilitación.³ A su vez, dichos sujetos requieren también ser contenidos por otros sujetos significativos.

Es en esta “espera” donde se da la primera transformación en la vida cotidiana de los sujetos y en especial de su red de apoyo social más cercana. Como se puede visualizar son los sujetos significativos quienes se dan por completo al acompañamiento de los sujetos afectados y son quienes también comienzan a abandonar tareas para disponer de una mayor cantidad de tiempo que les permita permanecer más en el hospital; ya que los mismos, a partir del momento del accidente, pasan a ser el principal sostén de la reproducción social de los sujetos afectados. En este punto se plantea su función asistencial, al tener que contener, acompañar y responsabilizarse del cuidado del sujeto en todo el proceso. No es un dato menor también que, las personas encargadas del cuidado de los sujetos con TEC, hagan hincapié en que éstos no quedaron en ningún momento solos.

Cabe destacar también, que en los primeros momentos la compensación física del sujeto prima sobre la compensación psicológica-social que se comenzará a trabajar tiempo después. A medida que el período de internación y posterior proceso de rehabilitación van avanzando, la necesidad de contar con una red que pueda sostener las

³ En este caso, la presencia de un sujeto significativo en el proceso rehabilitatorio, es un requisito singular del Programa de Rehabilitación de Pacientes con TEC del Hospital de Rehabilitación Manuel Rocca.

nuevas demandas de los sujetos se hace imperiosa. Este acompañamiento puede ser caracterizado como “(...) *no estructurado, doméstico, semiprivado y vivencial*” (González-Cheves, 2010: 196), diferenciándose del acompañamiento profesional recibido en la institución hospitalaria. Es decir, que estos procesos deberán ser acompañados tanto por profesionales como por una red social continente.

Podemos complementar lo anteriormente expuesto con la distinción que nos aporta Bover Bover, sobre las tres categorías de apoyo en que se diferencian los soportes sociales:“(...) *1) el apoyo emocional basado en un intercambio afectivo; 2) el apoyo estratégico con la provisión de ayuda en la resolución de problemas concretos y 3) el apoyo instrumental que comprende aquellas actividades de soporte o reemplazo en actividades básicas del cuidado diario.*” (Bover Bover, 2004)

Si nos basamos en los relatos de los entrevistados, podríamos categorizar el apoyo de sus redes en un *apoyo emocional*, en el período de internación/rehabilitación y un *apoyo instrumental* en el período de rehabilitación.

A través de los relatos de estos sujetos significativos se pueden ir visibilizando:

“Recuerdo muchas cosas de ella; cuando la sentaron por primera vez que ella estaba todavía con la sonda, que el cuerpo no se mantenía. A mí me pareció una enfermita. Pero lo que tuve de bueno es que nunca sentí que ella se me iba a morir; siempre supe que ella iba a salir adelante.” (Olga, mamá de Jennifer)

“(...) tener que estar con el tema de los cuidados diarios; imagínate que él usaba pañales. El hecho de cambiarlo, prepararle su cama, fue duro. Por suerte eso ahora paso y hace todo solito.”(Mirta, mamá de Claudio)

“Hubo un cambio en la rutina, en todo sentido, porque “él dependía de mí”, porque era la persona que estaba siempre con él. Él no podía hacer muchas cosas (...)”
(Constanza, pareja de Andrés)

Estas viñetas dan cuenta de como progresivamente la discapacidad adquirida producto del TEC va marcando obstáculos a ser superados por los sujetos con la ayuda de la rehabilitación y también de una red de apoyo que pueda entregarse por completo al acompañamiento de este proceso.

Como bien se expresó los entrevistados también se caracterizaron por mantener actitudes proactivas y positivas frente al proceso de rehabilitación, cumpliendo con las actividades propuestas por los profesionales para poder llevar a cabo dicho proceso médico y la posterior reinserción social en los diferentes ámbitos.

A raíz del corte abrupto producido tanto por el accidente, como el diagnóstico de discapacidad adquirida devenida de los daños producidos por el mismo, la imagen interiorizada del sujeto de sí mismo comenzará a entrar en crisis.

“(...) no te voy a mentir había momentos en que me ponía a llorar y me preguntaba porque a mí. Estaba enojada más que nada con la vida y no entendía porque a mí, si yo no hice nada malo, no tomaba, no me drogaba; no entendía porque viste.” (Jennifer)

“Cuando volví del Rocca notaba que yo no era igual (...) (Andrés)

“Y...no es lo mismo que antes, este accidente me limitó un montón, decí que uno está vivo...yo tenía un 4% de posibilidades de vida, estaba más muerto que vivo (...). Yo me sentía mal. (...) me limitó un montón, es como que a mí me cortó la vida...es todo un tema...” (Andrés)

En los primeros momentos de la internación es frecuente que comiencen los cuestionamientos y la búsqueda de alcanzar una respuesta a la pregunta “¿por qué a mí?” por parte de los sujetos afectados, y de sus redes de contención. Este período, podríamos relacionarlo nuevamente con la segunda fase propuesta por Bowlby (1961: 65), la cual define como: *Fase de anhelo y búsqueda de la figura perdida*. En esta fase la persona comienza, no sólo a sentir malestar y enojarse con la situación, sino como ya dijimos comienza a realizarse innumerables cuestionamientos.

Estos cuestionamientos que van surgiendo, son beneficiosos porque dan la pauta si la información que están recibiendo está siendo asimilada, ya sea tanto por el sujeto afectado, como por su red de apoyo más cercano; lo cual no implica que pueda ser elaborada. Por este motivo es importante considerar lo que Núñez plantea sobre “(...) *la intervención en crisis con familias que atraviesan la crisis del diagnóstico de la discapacidad del hijo tiene como objetivo central el mejorar la capacidad de respuesta de la familia a la situación, a fin de poder enfrentarla, superarla, y hasta, en lo posible, salir enriquecida de ella*” (Núñez, 2007: 107)

Por esta razón, reiteramos que los profesionales deben trabajar desde la contención familiar durante los procesos de hospitalización; para que no sólo las redes de apoyo se den al trabajo de elaboración de la situación, sino que dichos profesionales puedan comprender la situación más allá de la lesión física. Esta concepción nos conduce a comprender al sujeto desde su integralidad, considerando su medio ambiente y los factores sociales que no permiten el natural desarrollo de su evolución clínica.

Estos cuestionamientos para consigo mismo o para con los profesionales intervinientes, acaban trascendiendo el carácter casual de la discapacidad adquirida, remitiéndose a buscar, en algunas ocasiones, el porqué en un factor de origen trascendente y que permita racionalizar aquello que no se comprende, pudiendo así ubicar lógicamente la irrupción de la discapacidad y encontrar un “causante” de aquello, que pueda liberar toda angustia generada por lo azaroso del accidente.

El diagnóstico de discapacidad adquirida suele romper también con el ideal que la red de contención tiene de ese “otro saludable”, dicha ruptura suele también generar una herida al narcisismo familiar, debido a la pérdida de una funcionalidad muy valorada por el núcleo familiar. Núñez expresa: *“El hijo representa un bastión narcisista en tanto reasegura la inmortalidad del yo. Se vincula con fantasías de perennidad y aún de eternidad”* (Núñez, 2007: 86). En el caso de nuestros entrevistados, no sólo nos encuadramos en la relación materno/paterno – filial, sino que ampliamos el espectro y contemplamos el vínculo conyugal. En la situación de Constanza, no necesariamente se verá implicado su narcisismo, pero sí se pondrá en jaque la forma en que se forjó el vínculo de pareja. Con esto, queremos referirnos que una vez ocurrido el accidente el sujeto con el que la persona mantenía una relación y al cual había elegido, ya no es el mismo. Ya que aquellas características valoradas, ya sean físicas como personales, se vieron modificadas por el traumatismo. Estas pueden repercutir en las decisiones de acompañar o no el proceso posterior al accidente. Lo que no quiere decir que estas decisiones deban ser valoradas como “malas” ó “buenas”, sino que responden a la singularidad del sujeto que acompaña y mismo a la construcción social de dicho vínculo.

Por otro lado, dicho traumatismo no sólo altera a nivel físico a los sujetos afectados, sino que también se producen alteraciones de la personalidad que involucran la movilización de los sentimientos produciendo angustia, temor y reacciones adversas en la red de apoyo. Esto se puede observar a través de los relatos:

“Y la verdad es que tuve que tener mucha paciencia, porque él nos insultaba, nos pegaba. Era muy difícil (...)” (Mirta, mamá de Claudio)

“(...) lo único que noto es que yo estoy muy alterada, ya me decís algo y como que voy a la pelea (...)” (Jennifer)

“(...), lo que pasa es que él quiere ser el mismo y todavía no puede y se descarga con cualquier cosa” (Constanza, pareja de Andrés)

Es importante destacar en este momento del análisis, que si bien no fue el caso de ninguno de los entrevistados, muchas veces las redes de apoyo de los sujetos que sufrieron un traumatismo suelen alejarse y dejar a los sujetos bajo el cuidado medio o total de la institución médica y sus profesionales. Encontramos frente a esto, estrecha relación con lo que plantea Blasco (2004: 147) cuando refiere que: *“El elevado grado de dependencia implica para la familia no sólo un alto costo emocional, sino también económico. El grupo familiar en la mayoría de los casos, no cuenta con un sistema de apoyo apropiado, que satisfaga las necesidades que demanda la atención de su miembro afectado.”*

Por ende, debemos desplegar un abanico más amplio de posibilidades más allá de hablar de un simple “abandono” para poder comprender desde otras ópticas las decisiones de la red de contención y cuáles son las causas que llevan a actuar de determinada manera. La irrupción de la discapacidad adquirida puede desplegar múltiples reacciones, tanto desde el sujeto que sufrió el traumatismo, como también desde sus redes de apoyo. El TEC produce importantes cambios en la vida de las personas afectadas por dicho traumatismo. Siguiendo a Posse y Verdaguer podemos afirmar que *“Cuando una enfermedad o traumatismo lesiona a una persona de manera permanente provoca una discapacidad que ocasiona una crisis vital que abarca al sujeto y al medio donde se desenvuelve. (...) Los cambios más importantes que la persona deberá elaborar son por el cuerpo sano perdido, el rol perdido dentro de la dinámica familiar (...)”* En los relatos de los sujetos significativos podemos visualizar lo expuesto:

“(..) Fue algo muy difícil de aceptar, muy difícil. Para mí que ella está mucho mejor que yo. Porque de repente vos tenés a tu hija que está sana, que va a trabajar a

estudiar. Y de repente la ves en una silla de ruedas o en el hospital...eso me costó mucho aceptar, me costó mucho. Mismo ahora, a veces la veo caminar o que muchas veces no puede hacer muchas cosas, que está limitada. No es fácil, no es como antes.

Cuesta aceptar eso.” (Olga, mamá de Jennifer)

“Cuando me entere (...), yo pensé que él iba a tener una pierna quebrada o el brazo quebrado pero nada más, y cuando lo vi y nos dijeron el parte médico de cómo él estaba, es como que se te viene el mundo abajo. No lo puedes creer, (...) Fue lo peor de lo peor” (Constanza, pareja de Andrés)

A raíz de las citas podemos empezar a visualizar, cómo los sujetos significativos entienden en un momento determinado la discapacidad de quien acompañan. Preferimos referirnos a “un momento determinado”, ya que consideramos que la forma en que definen y entienden la discapacidad de su otro significativo va a ir modificándose y transformándose a lo largo de la trayectoria vital de los mismos; es decir, que en diferentes momentos de la vida esa elaboración del duelo por la discapacidad volverá a aparecer en otras circunstancias y/o crisis evolutivas; en las que los diferentes sujetos resignificarán aquella primera concepción de la discapacidad.

También, a partir de las citas, es posible visualizar la angustia cuando tiene que lidiar con el sujeto que ya no tiene las mismas características que antes; y que para algunas otras no cuenta con las mismas o iguales capacidades, por eso podemos retomar a Garrido Ramírez (2009,353). El cual refiere que *“El proceso de duelo frente a una discapacidad adquirida después de la infancia tiene características distintas, y se centra en la propia persona que adquiere la condición de discapacidad; los familiares también lo experimentan, pero estableciendo cierta distancia. Sin embargo, dependiendo de la calidad de acompañamiento y de cómo la familia procese al duelo, las posibilidades de ajuste y desarrollo de la persona con discapacidad también se facilitarán o entorpecerán.”*

El autor hace hincapié en la relación existente entre la elaboración del duelo por la discapacidad adquirida, la calidad del acompañamiento y la forma en que se elabore dicho duelo. Retomando los relatos de los entrevistados, la importancia de las redes de contención en estos procesos, también es de vital importancia, ya que colaboran a transitar la elaboración saludable del duelo pertinente y a su vez terminarán por conducir a la aceptación de la discapacidad. A partir de lo planteado entonces es

pertinente retomar el aporte de Peña Gallardo el cual define que *“Las secuelas físicas son con frecuencia muy evidentes y mensurables, mientras que las modificaciones de comportamiento son difíciles de analizar por el entorno y repercuten directamente sobre la capacidad de relación familiar y socio laboral, produciendo un mayor impacto sobre las relaciones y la función social del afectado”*. (Peña Gallardo, 1997).

En este sentido, podemos agregar que las redes de apoyo que atraviesan el proceso de contención, no son ajenas al contexto que las rodea, es decir, que en la mayoría de los casos se suele comprender de esta forma. Por el contrario forman parte de la sociedad y conviven con otras tantas configuraciones que no necesariamente responden al ideal propuesto. Por este motivo, es necesario comprenderlas en su integralidad, teniendo en cuenta cuáles son sus valores, creencias, prejuicios en torno a la discapacidad, etc. En definitiva comprendiendo estos aspectos podremos observar porque algunas redes de apoyo logran adaptarse o no a la situación que implica el enfrentamiento con el TEC.

Esto responde a lo que Peña Gallardo (1997) denomina problemas coyunturales⁴, los que si bien no tienen que ver específicamente con la irrupción de la discapacidad producto del TEC; ejercen una incidencia sobre las redes de apoyo y por ende deben de ser tenidos en cuenta. Para ejemplificar lo antes dicho podemos citar el relato de una de las entrevistadas:

“El tuvo el accidente, (...), Yo decía como hago..., yo lo que hacía de vez en cuando, cuando me llamaban a mi celular un cliente, yo levantaba los viajes y lo pasaba por Handy a los chicos. A sí que estaba en el hospital con él, atendiendo el teléfono, pero la mayor parte de las cosas los chicos me daban una mano en ese sentido. Hubo un cambio en la rutina, en todo sentido, (...)” (Constanza, pareja de Andrés)

“Porque nosotros teníamos la perfumería, la mensajería, él tenía los chicos trabajando...Fue lo peor de lo peor” (Constanza, pareja de Andrés)

Estas viñetas, dan cuenta de los problemas coyunturales a los que hacíamos mención anteriormente, ya que como bien se explicita, al producirse la confrontación

⁴ El autor menciona como problemas coyunturales aquellos del orden de lo jurídico, lo económico y administrativo.

con el accidente, la rutina diaria se desvanece y con ello surgen los trastornos, que en muchas ocasiones son de difícil afrontamiento.

Redes de apoyo social hospitalarias

Se considera que otra idea a destacar de los procesos de internación que atraviesan dichos sujetos, es la importancia de la red de apoyo social que se va conformando entre los acompañantes de los sujetos con diagnóstico TEC y los mismos afectados, a partir del inicio de la rehabilitación de los sujetos con otros que también están vivenciando un proceso semejante.

Frente a esto Garrido Ramírez (2009: 347) plantea... *“(...) de ahí la importancia de las redes de apoyo, como los grupos de autoayuda, en que las propias personas que han logrado superar el duelo comparten su experiencias con otras”*, si bien la autora refiere a los grupos de autoayuda donde hay otros que ya transitaron y elaboraron el duelo; consideramos que los grupos intrahospitalarios de familiares que se van conformando y las diversas actividades propuestas por los distintos servicios (social y terapia ocupacional) promueven la interacción entre los distintos grupos y permiten atravesar el período hospitalario.

La interacción entre estos sujetos no promueve sólo la solidaridad y el acompañamiento, sino que facilita y ayuda a transmitir diversas informaciones, las cuales muchas veces los sujetos significativos no logran comprender o no han recibido el total de la información ofrecida por los profesionales.

Al analizar las diversas entrevistas encontramos que todos coincidían que el encuentro con otros que vivenciaron una situación similar, había resultado una experiencia sumamente positiva. Es menester traer directamente el relato de los mismos...

“Si, ellos fueron una gran compañía dentro del hospital porque estábamos todo el día.

A veces terminábamos de comer y yo me iba a la habitación de ellos, entonces pasábamos el tiempo jugando a las cartas, al dominó (...)” (Jennifer)

“(...) con ellos charlábamos, escuchábamos música. (Se sonríe al contarlo) Era re divertido, estar con esos pibitos (...) con ellos pasábamos el tiempo, si estaba de lunes

a viernes. Escuchábamos música, jugamos a las cartas, pasábamos el tiempo (...)

(Claudio)

“Cuando estaba ahí, si, me ayudaron a comunicarme. Me contaban cosas, yo contaba. Me ayudaron a acordarme de cosas. Cuando estaba en el Penna no me acordaba de nada. Cuando estaba en el Rocca me empecé a acordar más y empecé a hacer amistades. Con la de T.O⁵, con los chicos que estaban internados ahí, con todos, que nada que ver donde yo estaba. Estaban en otro lugar. Jugábamos siempre al dominó. Y cuando yo me fui de alta me hicieron una carta que firmaron todos los chicos.”

(Andrés)

Esta vinculación que se da entre los sujetos implicados y sus compañeros de internación, entendemos comportaban una nueva forma de subjetivación, para aquel que retorna luego de ese accidente que lo ha alejado (físicamente) de su entorno; el hecho de estar por largos períodos de tiempo en un ambiente que no es el de su hogar, genera una especie de mutilación del yo propia de las instituciones totales.

Claro que este no es el caso de los hospitales de rehabilitación donde se requiere de una activa participación ya sea del sujeto afectado, en primera instancia, como de su red de apoyo más cercano. Al respecto las características de los hospitales, en su mayoría de agudos tienen gran impacto sobre aquellas personas que se encuentran hospitalizadas. Podemos caracterizarlos como monótonos, impersonales, con reglas y normas de conducta que se esperan que el sujeto cumpla.

Esta subjetivación, producida a partir del encuentro con otro en la misma situación, le permite a los sujetos re-historizar su trayectoria vital. Como señalan los autores, “(...) *el papel del amigo, del par, (...), también cumple una función subjetivante.*” (Goyeneche- Piccinini, 2011:45). Esta relación con otros aporta a la constitución de aquel como persona. Estos otros tienen funciones que son necesarias en la vida institucional y las que serían: acompañamiento, contención y protección.

Como anteriormente mencionamos los extensos períodos de internación que deben afrontar a partir del traumatismo provocan una transformación en la percepción del paso del tiempo. Según los entrevistados, en los períodos de internación el paso del tiempo se hace más lento, a diferencia de la vida cotidiana que anteriormente llevaba

⁵ La sigla T.O responde a la Profesional de Terapia Ocupacional.

cada uno. Esto, consideramos que se debe a la “*disrupción ocupacional*” (Pérez, 2006: 16) provocada por el TEC. Esta disrupción es entendida como un estado transitorio en el cual una persona se ve impedida de involucrarse en sus ocupaciones a raíz de eventos de su vida significativos, cambios ambientales o algún tipo de lesión que deberá rehabilitar.

Siguiendo esta idea, el relato de los entrevistados nos permite observar como las redes de apoyo construidas en el ámbito hospitalario, posibilitan hacer frente a esta disrupción ocupacional. Estas redes contribuyen, a través de la diversión, el esparcimiento y un vínculo social más estrecho (por fuera de las actividades propuestas por los distintos profesionales) “*pasar el tiempo*”. Por medio de la interacción con el otro parecería que el tiempo pasara más rápido y que la angustia provocada por los extensos tiempos y las diferentes terapias rehabilitatorias disminuiría.

Entonces ya finalizando, consideramos que las redes de apoyo social hospitalarias constituyen una herramienta importante en el período de internación y en la elaboración del duelo producido por la discapacidad adquirida, ayudando a los sujetos a atravesar saludablemente dicho duelo.

Capítulo II: TEC y el impacto en la vida cotidiana

A través de este capítulo pretendemos dar cuenta como el TEC devenido en discapacidad adquirida y los períodos extensos de internación marcan un antes y un después en la vida de los sujetos implicados. A raíz de estos procesos, se van transformando sus rutinas, hábitos, modos de vida, formas de comprender el mundo, etc.; en pocas palabras en su vida cotidiana. Como menciona Peña Gallardo (1997, 126), el TEC es también un “*traumatismo familiar*”, entendiendo que no sólo es el sujeto quien “porta con la discapacidad adquirida”, sino que las redes de apoyo social también son quienes atraviesan y vivencian la misma.

Al comenzar a investigar, leer más bibliografía y realizar las entrevistas planificadas, nos encontramos con mucho más de lo que podríamos imaginar como “transformaciones en la vida cotidiana”. En relación a que estas transformaciones no son un simple cambio en la rutina, sino que los daños ocasionados tienen múltiples manifestaciones en las trayectorias vitales.

En principio comenzaremos a describir como estos vivenciaron los procesos de internación/ rehabilitación y reinserción en la vida cotidiana. Para luego delineando algunas de las estrategias de afrontamiento, utilizadas por los sujetos y sus redes, para llevar adelante este proceso; que serán desarrolladas en el siguiente capítulo.

Transformaciones en la vida cotidiana

Es notable como a raíz del advenimiento del TEC, en los sujetos afectados se produce una *ruptura biográfica* en su trayectoria vital. Dicho concepto fue introducido por Bury (1982) a comienzos de los años 80. El autor supone que el padecimiento producido por una enfermedad (por lo general crónica) perturba la seguridad de aquel que se encuentra implicado; afectando también el normal funcionamiento de su vida cotidiana, imponiéndole la necesidad de adaptarse.

En este sentido y siguiendo la misma línea de análisis, estos sujetos se ven a sí mismos como alguien desconocido, inesperado. Constanza Canali fundamenta que el sujeto no se puede reconocer identificar a sí mismo “(...) porque en algún momento se produjo un punto de ruptura en su trayectoria, que lo hace diferente en ciertos aspectos de su cotidianeidad e identidad (...) presenta características desconocidas (...)”,

desbordando las clasificaciones típicas (...), inesperados, porque la situación de caída hizo que pasaran a estar del otro lado (...)” (Carballeda, 2009: 32-33)

Una de las primeras transformaciones en los sujetos con diagnóstico TEC fue la ruptura biográfica producida por el accidente; repercutiendo a su vez en la vida cotidiana de los sujetos implicados. La cual es considerada como el: “(...) *espacio y tiempo donde los seres humanos construyen sus saberes que le permiten dialectizar con la vida y crear (...) para hospedar al otro (...)*” (Canales Cerón, 1995). En este sentido en la vida cotidiana se despliegan todas las vivencias y relaciones con el entorno, dejándose entrever al encuentro con el otro como un espacio de interacción y creación de las diferentes subjetividades. Los sujetos en esta interacción se presentan con todos los aspectos de su singularidad y ellas se verán moldeadas por las personalidades del otro.

Como mencionamos en el primer capítulo, los primeros cambios en este proceso tuvieron que ver con la función de asistencia de los sujetos significativos para con los sujetos afectados durante la internación. Pero luego, con el retorno al hogar dichas transformaciones se profundizaron, en especial en lo que concierne a la vida cotidiana.

A partir de estas transformaciones, tanto los sujetos como sus redes de apoyo, debieron realizar distintas adecuaciones; ya sea tanto en su hogar como en sus propias funciones sociales, como los roles que desempeñaban antes del accidente para poder acompañar a los jóvenes afectados.

En un principio es imperioso enunciar que todos los sujetos significativos realizaron transformaciones en sus rutinas y actividades de la vida diaria, para dedicarse al cuidado y acompañamiento de sus familiares. Las diferentes formas y variaciones se dieron según la singularidad de cada situación. En el caso de Olga (mamá de Jennifer), la cual la acompañó todo el proceso, dejando su hogar, sus hijos y su trabajo. Cabe reconocer que en un primer momento, Olga se vio beneficiada por el hecho de estar de vacaciones en su trabajo, lo que le permitió poder destinar la mayor cantidad de tiempo posible al cuidado de Jennifer, como bien lo explica:

“Y en ese tiempo salí de vacaciones. Yo salía y me iba a ir a Córdoba, (...) las vacaciones eran 2 semanas y ella estaba en terapia. Y después me dieron 10 días más. Después cuando yo empecé a trabajar ella ya estaba un poco mejor”/ “(...) las últimas semanas estaba yo, día y noche, día y noche. Del hospital me iba al trabajo, después volvía y otra vez al hospital y así.” (Olga, mamá de Jennifer)

En el caso de Mirta (mamá de Claudio), relegó (temporalmente) sus actividades laborales y familiares, destinando todo su tiempo al cuidado de su hijo. Ella lo refirió del siguiente modo:

“(...) siempre estaba en el hospital, todo el día, hasta deje de trabajar por un tiempo.”

(Mirta, mamá de Claudio)

De la misma forma, Constanza (pareja de Andrés) también dejó sus actividades para entregarse por completo al cuidado de Andrés:

“(...) yo vivía ahí con él, yo cuando él entraba el lunes, yo también me hacía mi bolso. Así que yo estaba con él y atendía el teléfono...Hasta que la doctora me dijo que yo no podía estar más; pero él quería que yo este con él. Me quedaba a dormir, comía en el hospital, me bañaba en el hospital, todo, como que yo no tenía vida, era solamente estar ahí. Y eso te cansa un poco, pero era lo que él necesitaba (...)” (Constanza, pareja de Andrés)

El hecho de orientar todo el tiempo al cuidado de su seres queridos, repercutió en una modificación de sus funciones al interior de la dinámica familiar y en el caso de Constanza de su propia rutina. En la situación de Olga, su propia madre ocupó su lugar en el cuidado y atención de los hermanos de Jennifer. En este sentido, la principal preocupación de Olga fue sostener el acompañamiento de Jennifer en el hospital, dejando en manos de su madre las necesidades de sus otros hijos.

Por su parte, Mirta relataba que su cotidianidad también se vio modificada debido a sus largas ausencias, tras encargarse personalmente de los cuidados de su hijo. Lo antes dicho se ejemplifica así:

“(...) imagínate que yo no estaba nunca. De hecho se deterioro bastante la relación familiar (...)” (Mirta, mamá de Claudio)

Este deterioro al que hace alusión Mirta, hace referencia a la reorganización de las funciones familiares que deben llevarse a cabo en la dinámica familiar para poder sostener la misma. Peña Gallardo (1997: 126) nos clarifica la idea: *“La reorganización*

tiene como finalidad preservar la integridad familiar y por supuesto, la de determinar quién será el cuidador principal". El autor plantea por otro lado, que si previo al accidente el tejido familiar comportaba relaciones afectivas y sin conflictos, las acomodaciones y adaptaciones a la nueva situación se darán en buenos términos. Pero si por el contrario, las relaciones familiares previas al accidente estaban deterioradas, los miembros de la red de apoyo serán más reacios a realizar dichas adaptaciones.

Por consiguiente, el hecho de que estos jóvenes hayan transitado el proceso de internación/rehabilitación junto a una amplia de red de apoyo, repercutió positivamente en la manera de atravesar las transformaciones que se produjeron al momento de retornar a sus hogares. El momento de la externación, es decir, del día en que reciben el alta que les permita volver a sus hogares y comenzar nuevamente a transitar la vida cotidiana, en cada uno de ellos fue particular.

En el caso de Jennifer, ella hace referencia a que fue ella misma quien tomó la decisión de dejar el hospital de rehabilitación:

"(...) Les dije no aguanto venir más acá, me pone triste, y bueno no fui más (...)" / "(...) yo quise cerrar esa etapa, ya está... voy a salir al mundo (...)" (Jennifer)

Cabe hacer la aclaración que en un principio ella fue dada de alta para continuar con la rehabilitación en consultorios externos, entonces ella es quien propone dejar de asistir a esas terapias y continuarlas en una institución privada cercana a su hogar. Frente a esto, ella continúa y expresa cuáles ella consideraba que fueron sus obstáculos y la forma en que ella decidió afrontarlo...

"Y fue un poco difícil, paciencia tuve que tener y tratar de llevarlo lo más paciente posible. Porque sabía que esto era pasajero. Esto fue siempre desde el primer día, poniendo paciencia, nunca me decaí. También mis amigos estuvieron siempre, mi familia" (Jennifer)

Consideramos, que esta decisión por parte de Jennifer denota ser una estrategia de afrontamiento con características resilientes; utilizada para manejar las demandas producidas por el traumatismo y el medio social donde ella se encuentra inserta.

En el caso de Claudio, al momento de la entrevista había sido dado de alta y continuaba su rehabilitación en hospital de día, el mismo lo hacía acompañado de Mirta, su madre. De todas formas nos parece pertinente resaltar una frase del mismo:

“(…) si mi mamá no estaría así, yo no vendría más. Vengo porque ella me trae, (…) si me manda solo yo ni loco vengo” (Claudio)

Esto que enuncia Claudio, nos permite entender que, desde su mirada, su participación en el hospital de día y su continuidad se sostiene gracias al apoyo de su madre. Estas viñetas podrían darnos cuenta de su descontento e insatisfacción por la etapa que le toca transitar, en este sentido podemos ubicar estas reacciones en la *Fase de anhelo y búsqueda de lo perdido* (Bowlby, 1961: 65). Como ya habíamos planteado anteriormente, en dicha fase se produce un cuestionamiento; ya sea al diagnóstico médico, como al hecho de evitar la angustia que implica una reestructuración de su identidad a partir de los cambios que se producen tras el advenimiento de la discapacidad.

Por último, Andrés también fue externado del período de internación pero continuó con las terapias de rehabilitación en una localidad cercana a su hogar. A diferencia de los demás, Andrés fue el que tuvo más limitaciones físicas, que implicaron directamente daños en el aspecto social:

“Cuando volví del Rocca notaba que yo no era igual, no tenía la misma movilidad hasta el día de hoy el habla. Ahora hablo un poco mejor, eh...cuando me fui del Rocca me paraba un poquito, ni caminaba. Cuanto estuve un mes? No podía ni caminar ni hablar.” (Andrés)

A través de lo que fuimos mencionando desde el relato de los sujetos entrevistados, se continúa fundamentando el porqué de la importancia de la red de apoyo en todo el proceso que implica la reinserción en la vida cotidiana. La misma contribuye a comprender el porqué de la dedicación completa por parte de las mismas a los sujetos que sufrieron el TEC.

La vuelta al hogar implica una reorganización en cuanto a las tareas y funciones de cada miembro del grupo familiar, incluido el sujeto implicado. En este proceso, la dinámica familiar, entendida como el interjuego que se da entre los roles y funciones de

los distintos miembros que la componen y que se vinculan a partir de los mismos, se verá afectada. Es importante poder establecer una reconfiguración vincular, es decir una nueva manera de vincularse a partir del diagnóstico de TEC. Como también, poder dar cuenta de los obstáculos que surgen a partir de la nueva realidad, ya que como bien sabemos, ningún vínculo se haya predeterminado.

En el caso de los jóvenes entrevistados, los procesos de reconfiguración se dieron, por ejemplo en Jennifer y Claudio a partir de que la personalidad de los mismos se vio modificada por la lesión física ocasionada por el accidente. Jennifer lo explicita del siguiente modo:

“(...) yo estoy muy alterada, ya me decís algo y como que voy a la pelea. Yo antes era muy sumisa, muy calladita. Y ahora nada que ver, me hice más fuerte después del accidente, crecí, me ayudo un montón a madurar” / “Antes me importaba lo que la gente, pensaba o decía, ahora aprendí a que no me importa, primero yo después yo. No sé si está bien o está mal, pero es así” (Jennifer)

A lo que su madre aporta al respecto:

“(...) peleamos todo el día. El cambio fue con ella porque me pelea, pero bueno...”
(Olga, mamá de Jennifer)

Mirta, mamá de Claudio, también hace referencia a estos procesos contemplando las dificultades que se produjeron al retornar al hogar nos comentaba:

“Y la verdad es que tuve que tener mucha paciencia, porque él nos insultaba, nos pegaba. Era muy difícil...Primero me dijeron que había quedado como un chico, como que le falta madurar (...)” (Mirta, mamá de Claudio)

Estas viñetas nos demuestran que tras la lesión del TEC el sujeto involucrado ve comprometida su personalidad debiendo atravesar importantes cambios en su carácter, que podríamos definir como una ambivalencia emocional, ya que los mismos vivencian cambios emocionales producidos por las lesiones físicas del TEC. Como también, como venimos desarrollando a través de todo este capítulo, por la crisis que genera este accidente. Encontrándose con la necesidad de afrontar la vida con un nuevo cuerpo, con

la pérdida de habilidades y el surgimiento de nuevas demandas y formas de satisfacción de las mismas. Las cuales en un primer momento deberán ser respondidas por un otro que pueda ser capaz de asistir y brindar el apoyo necesario que requiera el sujeto y la situación en la que se encuentre.

En el caso de Andrés, estas reconfiguraciones se dieron a partir de que dejó de trabajar y comenzó a pasar más tiempo en su casa. Repercutiendo en la división de funciones en el ejercicio de las tareas domésticas. Es decir, Andrés comenzó a realizar las tareas cotidianas que antes no hacía por estar trabajando...

“Yo a fines de diciembre vendí la mensajería, no la tengo más (...) yo acá en casa trato de hacer lo más posible, lavo los platos, hago la cama; salimos a pasear. Mañana justamente tenemos el bautismo de mi ahijado en Mercedes vamos a allá con mis papás.” (Andrés)

Constanza hace referencia a este cambio producido por el TEC, refiriendo:

“(...) antes del accidente él era una persona que nunca estaba en casa, estaba con los autos, con las cosas (...) (Constanza)

Como se explicaba anteriormente, producto del accidente la trayectoria vital de los sujetos afectados por un TEC se transforma sustancialmente y por ende, al retornar al hogar se encuentran con ciertas limitaciones para poder realizar las tareas que previamente desempeñaban; desde actividades fuera del hogar hasta las más cotidianas, como ser el aseo personal, la alimentación, etc. Lo dicho puede ser ejemplificado a través del discurso de los entrevistados:

“(...) yo no caminaba, a bailar no pude ir más. Si tuve limitaciones. De hecho ya el hecho de bañarme en la ducha, cosas de la vida cotidiana.” (Jennifer)

*“Y no podía jugar a la pelota, no puedo trabajar. Yo quiero volver a trabajar (...)”
(Claudio)*

“Y...no es lo mismo que antes, este accidente me limitó un montón (...) por un lado esto de no poder hablar me limitó mucho. Yo me sentía mal. Yo no podía trabajar, hacer

cosas, me limitó un montón, es como que a mí me cortó la vida...es todo un tema...”

(Andrés)

Como ya se dijo, en un primer momento lo primero que observamos fueron las limitaciones para desempeñarse en la vida cotidiana y en un segundo lugar pudimos visualizar que la discapacidad adquirida, producto del TEC también repercutió en lo que es la capacidad laboral de los mismos, imposibilitándolos a desempeñarse transitoriamente en el ámbito laboral. Los relatos lo ejemplifican:

“(…), trabajaba en un jardín maternal como auxiliar, (...), y los sábados animaba fiestas infantiles. Llegaba a las 12 de la noche.” (Jennifer)

“Trabajaba de remisero con mi auto, el que ahora no tengo más, (...)” (Claudio)

“(…) yo me siento limitado, no soy el mismo de antes. Yo quiero estar bien y trabajar de vuelta. No puedo vivir de la jubilación (...)” (Andrés)

Estos ejemplos dan cuenta del lugar que ocupaba el trabajo en sus vidas previo al accidente, entendiéndolo en tanto medio para el logro de la autonomía, como también para reproducirse socialmente. Autores como Díaz, Godoy y Stecher enuncian que el trabajo otorga sentido a la trayectoria vital de los sujetos, como también les aporta reconocimiento y les permite insertarse socialmente. El trabajo según estos autores también es considerado como el principal soporte de los proyectos de autorrealización. Si bien los mismos continúan su enfoque del trabajo mencionando que el mismo se constituye como una experiencia desgastante, restrictiva e invasora de los diferentes ámbitos de la vida de las personas, pretendemos proseguir analizando dicha categoría a raíz del concepto distinguido.

Consideramos de vital importancia resaltar la característica de soporte de los proyectos de autorrealización personal, ya que en las diversas entrevistas pudimos vislumbrar que los entrevistados, no sólo habían logrado conformar su independencia a partir de la inclusión en el mercado laboral, sino que a partir de este ingreso los mismos pudieron comenzar a desarrollar proyectos a corto y largo plazo. Como ser la situación de Andrés se pueden visualizar estos proyectos tanto en sus pequeñas empresas, que

como ya se dijo, fueron vendidas luego de la internación y el proyecto de pareja iniciado con Constanza meses antes del accidente.

El trabajo también dota de la libertad de poder elegir por sí mismos sus propios destinos y poder proyectar sus trayectorias vitales singulares. Entre los principales proyectos que surgen es: poder mantener una vida social activa (a partir de encuentros con sus amigos, jugar fútbol, salir a boliches, etc.), consolidar una relación de pareja, llevar a cabo una empresa o emprendimiento personal y transitar/finalizar una carrera profesional.

El trabajo también posibilita que ese sujeto se convierta en “sujeto productor”, como ya mencionamos productor de su propia historia, y productor para la sociedad en la que se encuentra sumergido. Cabe aclarar que esta relación es recíproca, ya que en este producir para otros, el entorno también contribuye a conformar la identidad de dicho sujeto. Lo anteriormente expuesto, termina de ejemplificarse a partir de lo expuesto en el 2001 por el director general de la OIT, Juan Somalía, el mismo refiere que *“(...) es también una actividad por la que los individuos afirman su identidad para sí mismos y para aquellos que los rodean (...)”*. Es decir, que la categoría trabajo no sólo se limita al sujeto y relación con el ámbito laboral, sino que su amplitud abarca al conjunto de la sociedad que las diversas subjetividades van construyendo y también a las redes de apoyo social de los mismos.

“Salir al mundo”, discapacidad como construcción social

Preferimos destacar una de las principales transformaciones que se dieron a partir del TEC y es la relación del sujeto con la sociedad y viceversa. Sabemos que la discapacidad como tal es una construcción social.

Si bien las personas entrevistadas pudieron atravesar la reinserción en la vida cotidiana satisfactoriamente, el entorno social más alejado no deja de ser entendido, por estos sujetos como un obstáculo a atravesar. Jennifer menciona en medio de la entrevista el peso que tiene la mirada del “otro” en la propia subjetividad:

“(...) Ya el hecho de subir al colectivo me cuesta, la gente misma... como que me mira... pobrecita una chica joven (...)” (Jennifer)

En este ejemplo podemos ver como la sociedad a través de lo que dice o hace, categoriza al “otro diferente”:

“La sociedad establece los medios para categorizar a las personas y el complemento de atributos que se perciben como corriente y naturales en los miembros de cada una de esas categorías” (Goffman, 1963:13)

De esta manera aquellos que no cuentan con los atributos mencionados, pasarán a ser percibidos como ajenos, extraños y por ende excluidos...

“(...) dejamos de verlo como una persona total y corriente para reducirlo a un ser inficionado y menospreciado. Un atributo de esa naturaleza es un estigma, en especial cuando él produce en los demás, a modo de efecto, un descrédito amplio” (Goffman, 1963: 14).

Es interesante entonces, analizar lo que se entiende por el término *capacidad*. Actualmente el Diccionario de la lengua española comprende al término capacidad (entre otras) como: *“Aptitud, talento, cualidad que dispone a alguien para el buen ejercicio de algo”*. Es decir, que cuando hablamos de capacidad estamos haciendo referencia directamente a la posibilidad de ese sujeto de realizar una tarea o actividad.

La definición expuesta, también remite a pensar en que los diferentes sujetos tienen capacidades diferentes. Es decir, la acepción del término refiere al *“buen ejercicio de algo”*, no del total de actividades que los sujetos pueden desarrollar en la sociedad. Sino que dicha definición estimula a poder pensar en capacidades diferentes en todos los sujetos.

Pareciera que en el modelo de sociedad impuesto a través de los medios de comunicación y del mercado estuvieran refiriéndose a otra acepción del término *“capacidad”*. A través del cual podríamos entonces enunciar el término *“capacidades socialmente valoradas”*, es decir, aquellas capacidades a las que una mujer y un hombre deben responder desde su nacimiento. Respondiendo a imposiciones, físicas, intelectuales, laborales, vinculares. Frente a esto podemos afirmar que existe una estrecha relación entre la pérdida de esas *“capacidades socialmente valoradas”* y aquellas transformadas por el TEC y la forma en que se vinculan los sujetos afectados con el medio social.

Con lo cual, aquel que no responde a las capacidades socialmente valoradas, no podría hacer un buen ejercicio de su ciudadanía. Y aquí nos introducimos en un concepto clave de todo ser humano, el de ciudadanía.

Para no alejarnos del punto que nos convoca en esta primera instancia, preferimos desarrollar la noción de ciudadanía que aporta Quiroga para quien “(...) *la idea de ciudadanía no debería designar tan solo la pertenencia de un individuo a un Estado en cuanto sujeto de derecho y de nacionalidad, sino también su pertenencia a múltiples formas de interacción social (...)*” (Quiroga: 1998, 198).

Este autor nos propone acercarnos a la concepción de ciudadanía desde la posibilidad de participación de todo sujetos. Entonces, si los sujetos no pueden ejercer una ciudadanía activa, con reales posibilidades de participación, debemos preguntarnos cuáles son los elementos involucrados para interferir en la posibilidad de brindar esta oportunidad. Quizás repensar la idea de solidaridad en los vínculos sociales, sea una primera aproximación a esta problemática.

Capítulo III: Estrategias de afrontamiento

Como se ha desarrollado desde el capítulo anterior, las transformaciones ocasionadas a partir de la aparición de una discapacidad adquirida producto de un TEC; conduce a los sujetos implicados a poner en práctica numerosas estrategias de afrontamiento que le permitirán atravesar y resolver la situación de la forma más saludable posible. Dichas estrategias pueden ser entendidas como:

“(...) la puesta en práctica de un conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas por la persona como excedentes o desbordante de recursos”. (Lazarus y Folkman, 1984: 352)

Los autores hacen referencia al dinamismo de las mismas, es decir, que no todos los sujetos responderán a la situación de la misma forma ni en los mismos tiempos. Las respuestas de los mismos se verán imbricadas por: sus trayectorias vitales, el momento evolutivo que transitan y la posibilidad de contar o no con cierto apoyo por parte de su red más próxima. Dejándose entrever que las estrategias no sólo dependerán de estos factores sino del contexto socio-histórico-cultural y económico donde se encuentren insertos los sujetos implicados al momento del accidente.

Siguiendo a Rodríguez-Marín y otros autores (1993) podríamos enunciar dos tipos de recursos de afrontamiento. En un primer grupo nos encontraríamos con los recursos de aproximación y en el segundo con los de evitación.

El primer grupo incluiría todas las estrategias cognitivas que aproximen al sujeto y su red al problema que está generando el estrés; en este caso la aparición de la discapacidad adquirida producto de un TEC. Estas estrategias suelen favorecer la acción en tanto permite ser controlada; a través de su detección se podrían extraer ventajas de los cambios producidos. Este tipo de recurso, a su vez, puede producir una preocupación excesiva por la situación, consumiendo más tiempo y energías y tornándose una estrategia poco-productiva para el enfrentamiento de la situación.

El segundo grupo incluiría aquellas estrategias cognitivas que posibiliten el obviar, prescindir, desconsiderar la situación problemática. Este tipo de recursos suelen reducir el estrés y la ansiedad y permiten el gradual reconocimiento de la problemática. Esta estrategia, a su vez, puede convertirse en un obstáculo; ya que reducir el estrés a

través de la evitación del mismo puede no permitir asimilar ni resolver la situación problemática.

Cabe destacar que en ninguna situación, estos recursos se presentan en “estilos puros”. Sino que la forma en que afrontan la situación irá tomando diferentes características acorde a la singularidad de la situación y las particularidades de cada sujeto. Por momentos incrementarán las estrategias de evitación, buscando la evasión de la situación y en otros tenderá a aproximarse lo más posible intentando resolver la situación que provoca conflicto.

También es necesario destacar que existe un gran abanico de acciones que confluyan a la resolución del problema. Esto podrá ser visualizado directamente en los relatos de los entrevistados, en los cuales se pudieron observar las particularidades propias de cada situación y de qué formas lo han realizado. La necesidad de enfrentar la nueva situación, no necesariamente responderá a clasificaciones establecidas de ante mano; por el contrario, cada sujeto utilizará dentro del repertorio de estrategias anteriormente utilizadas en otros momentos de su trayectoria vital.

Estrategias de afrontamiento personales y de las redes de apoyo

Para poder contemplar las estrategias de afrontamiento utilizadas por los sujetos afectados y sus redes de apoyo, es importante concebir a éstas últimas como aquellas que permiten la movilización de los recursos existentes en los sujetos afectados y en ellas mismas.

Otro ingrediente significativo en este sentido es aquel que se refiere a la diversidad de recursos con que cuentan los distintos sujetos implicados, a la hora de situarlos al servicio de la puesta en práctica de dichas estrategias de afrontamiento.

Esto genera la posibilidad de un acercamiento distinto de cada uno de ellos, la construcción de nuevos recursos y la posibilidad de realizar aportes creativos.

Es importante visualizar el componente creativo que caracteriza a los diferentes recursos utilizados por los entrevistados. Como fue mencionado en un principio, los recursos empleados serán manifestaciones singulares de cada situación. Dicho elemento al que hacemos referencia, es la capacidad de los sujetos de poder proponer y configurar recursos que muchas veces no son utilizados por otros sujetos o por ellos mismos en otros momentos de sus vidas. Frente a esto es pertinente clarificar a través del relato de Jennifer, la cual refiere:

“(...) tuve que hacer otras actividades, no sé leer libros...yo antes no leía, va leía nada más las cosas que estudiaba. Y bueno de hecho empecé a leer libros porque no se me pasaba más (...)” (Jennifer)

“(...) yo en la compu veo autos por Internet, motos (...) hablo con chicos y chicas compañeros míos de la secundaria (...)” (Andrés)

Como se mencionó en las primeras páginas de este trabajo, el hecho de pasar largos períodos de internación provoca también entre otras cosas aburrimiento. A través del relato de Jennifer podemos contemplar el recurso lúdico que utiliza para afrontar la larga estadía en el hospital. Permitiendo poder centrar la atención en el tiempo de ocio y alejarse por un momento de la situación actual. Lo mismo ocurre con Andrés, quien ya en su hogar, utilizaba la computadora como una herramienta que le permitiera distraerse y encontrarse con otras personas.

A su vez, también las redes de apoyo social constituidas en el espacio hospitalario sirvieron como herramienta para el afrontamiento de estos períodos. En tanto acompañamiento y/o como la posibilidad de construir un espacio de ocio compartido que permita distanciarse, por unos momentos, de la situación que acontece.

Si bien, se hace referencia a la posibilidad de poder tomar distancia de la situación, no debe confundirse con los recursos de evitación. Ya que los sujetos implicados no están negando la problemática que acontece, sino que (en este caso) están utilizando el juego, la diversión para poder atravesar los largos períodos de internación y en sus hogares.

Otro componente interesante a tener en cuenta a la hora de analizar las estrategias de afrontamiento es la capacidad de resiliencia que tienen los sujetos. Definida como la combinación de factores que le permiten a los sujetos, afrontar, atravesar y superar los problemas de la vida (Melillo y otros, 2008).

Aquellas personas que se caracterizan por su capacidad resiliente, sean tanto las personas afectadas o sus otros significativos, tendrán la posibilidad de enfrentar o acompañar la crisis traumática que implica el diagnóstico TEC de la mejor manera posible; como también le permitirá poder atravesar saludablemente el proceso de reinserción en su vida cotidiana. Tal es el caso de Jennifer y Andrés, los cuales se caracterizaron por tener una actitud proactiva y resiliente:

“(...) capaz que voy a tener que afrontar cosas no me va a ser fácil. Pero bueno voy a tener que poner voluntad, fuerza (...)” (Jennifer)

“Y un facilitador es toda la garra que le pongo (...)” / “(...) cuando me dieron el alta en el Rocca vine a mi casa y arme las dos motos. Puse en marcha las dos motos, la chocada (...) y la otra. Me fui a buscar repuestos de la moto y la arme (...)”. (Andrés)

Esta capacidad resiliente es parte de la estrategia de afrontamiento que podríamos denominar de planificación, en la cual el sujeto piensa y desarrolla estrategias para intentar solucionar el problema. A través del relato de Andrés se pudo visualizar como pudo afrontar la situación por medio del arreglo de las motocicletas. Esta actitud resiliente y esta acción realizada a posteriori le abriría nuevamente la posibilidad de insertarse laboralmente en un medio ya conocido por el mismo.

A su vez, la planificación de metas a largo plazo viabiliza que se establezca la posibilidad de construir un proyecto de vida. Cabe desatacar que esta estrategia de planificación se visualizó en las entrevistas realizadas. Lo que nos condujo a percibir estas metas a futuro como estrategias, que le permiten a los sujetos ponerse objetivos claros y alcanzables luego de realizar diversas acciones que transformen la situación actual. Podríamos enunciar los relatos de los sujetos implicados:

“Y bueno yo quiero volver a estudiar, menos el tema de animaciones que hacía antes. Bueno volver a trabajar no sé, pero en marzo se vuelven a inscribir para retomar la carrera mía y me voy a anotar porque me faltaba lo último, nada la residencia. Sí, quiero continuar la vida que llevaba antes (...)” (Jennifer)

“Ahora yo estoy esperando curarme, y estar yo mejor. Esto creo que es muy lento, mira que yo le pongo pilas. (...) Yo quiero estar bien y trabajar de vuelta. (...) mi proyecto es estar bien yo, caminar bien, hablar bien (...)” (Andrés)

“(...) tengo ganas de trabajar y de jugar a la pelota.” (Claudio)

Esta capacidad de plantearse objetivos, pone de manifiesto la actitud esperanzadora de los sujetos entrevistados frente a la vida. Esa misma capacidad que

tienen de movilizar todos los recursos con que cuentan en su haber e involucrarse íntegramente en pos del logro de los objetivos y metas planteados.

Frente a esto, también es importante que la red de contención más cercana desarrolle también esta capacidad para poder enfrentar de la mejor manera el proceso de reinserción y confluir en una mejora en la calidad de vida. Así lo explicita una entrevistada:

“(...) Fue bronca, dolor y ahora que él está mejor eh me da un poco más de pilas, pero igual yo siempre le doy para adelante (...)” / “Ahora nuestros proyectos son aparte de que él se cure, formar una familia, tener nuestra casa...” (Constanza)

Para lograr desarrollar la capacidad resiliente, es necesario que las redes de apoyo más cercana, sean favorecedoras de autoestima; teniendo en cuenta que el afrontamiento de una discapacidad adquirida comporta la reducción de los niveles de la misma. Por este motivo favorecer la capacidad resiliente del sujeto implicado, como la de su red de apoyo más cercano es fundamental.

“(...) por suerte pude contar con los amigos de él que me ayudaron mucho (...), contar con el apoyo de mi familia. Sin ellos no habiéramos podido (...)” (Mirta)

Es pertinente agregar, que la resiliencia del sujeto individual, no se contradice ni opone con aquella que se constituye en las redes de apoyo. Por el contrario una influye sobre la otra, ya que un sujeto resiliente influirá en su red de apoyo más cercana, generando conductas resilientes colectivas. En pocas palabras se produce un proceso dialéctico entre resiliencia individual y resiliencia grupal. (Sarquís y Zacaniño, 2008).

En ciertas ocasiones es habitual pensar que la resiliencia es innata; lo cual es falso ya que: *“La resiliencia es el fruto de una interacción entre la persona y el entorno”* (Schust y otros, 1999: 116)

A su vez la misma no es inmodificable, por el contrario transmuta, varía, es decir se flexibiliza en el transcurso de la vida, por este motivo hay que fomentarla para un mejor afrontamiento de las situaciones traumáticas. Para ello es necesario promover conductas resilientes como ser, la capacidad de relacionarse, concepción positiva de uno mismo, un buen sentido del humor.

Por último es necesario entender esta categoría como una herramienta que sirve a los fines de potenciar capacidades y favorecer el encuentro con otro mejorando la calidad de vida.

Estrategias de afrontamiento y Calidad de Vida

Destacamos la relación que implica la noción de estrategia de afrontamiento y la de calidad de vida. Teniendo en cuenta que cuando un sujeto enfrenta un suceso estresante, como es el TEC, se impone al mismo “*aprender a vivir con un nuevo régimen de vida, que en ocasiones conlleva importantes cambios (...)*” (García-Viniegras, 2008:45). Es en este sentido que se deben poner en práctica un amplio abanico de estrategias de afrontamiento para llegar a alcanzar el ideal de calidad de vida que los mismos consideran más óptimo.

Ahora bien, resulta necesario antes de seguir con nuestro análisis, definir la categoría utilizada. García-Viniegras define la calidad de vida como: “*(...)un concepto multidimensional que incluye las condiciones materiales de vida, la satisfacción que de ellas se deriva, la situación económica, las oportunidades de empleo. Ésta siempre estará contextualizada en un medio social particular, con sus estándares, su nivel de desarrollo tecnológico, sus valores, su sistema sociopolítico en general; en definitiva por el entorno (...)*” (2008: 15).

A raíz de lo expuesto, debemos contemplar cuáles son los elementos que el sujeto implicado considera importantes para evaluar como factibles de satisfacer teniendo en cuenta su realidad actual. Dichos elementos deben ser analizados observando la satisfacción de ciertas necesidades que influyen en un cierto grado de calidad de vida, en términos positivos. A su vez, se deben considerar cuales son las áreas que componen dicha categoría, a saber: lo familiar, lo laboral, los vínculos de pareja; por ser influyentes en los niveles de satisfacción de la categoría en cuestión.

A su vez existen autores que contemplando las propuestas de la Organización de Naciones Unidas, indican que los componentes de dicha categoría son “*(...) bienestar físico, mental y social, tal como lo percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa. (...)*” (Levy y Anderson, 1980).

Ahora, si analizamos lo anteriormente expuesto, debemos contemplar las dos unidades de análisis que allí se encuentran y que son contempladas en esta investigación. A saber: el sujeto individual y el grupo.

A fines analíticos puedo ser relacionado con cada sujeto afectado por el TEC y su red de apoyo más cercana. Es así como intervienen dimensiones que contienen elementos de orden subjetivo y objetivo. Dichas dimensiones, al ser examinadas pueden orientar nuestro análisis hacia la búsqueda de indicadores capaces de ser evaluados a la hora de contemplar con que niveles de calidad de vida cuenta la persona.

La dimensión subjetiva se identifica generalmente con elementos abstractos como ser la satisfacción personal y la felicidad; estos elementos estarían presentes en la categoría de bienestar psicológico. La misma según Fernández Ríos (2003: 20): “(...) *estaría determinada socioculturalmente, y existiría además una interrelación dialéctica entre lo biológico, lo social y lo psicológico (...)*”

Por otro lado, la dimensión objetiva se identifica con las condiciones materiales de existencia y el estado físico del individuo; el cual incluiría la presencia o no de enfermedades. En este sentido al analizar esta dimensión se debe tener en cuenta la organización de cada sociedad, que a su vez estará regida por representaciones sociales sobre las necesidades consideradas comunes.

Es pertinente, al analizar esta dimensión, procurar especial atención al estado funcional que presentan los sujetos con discapacidad adquirida producto de un TEC; para así dar cuenta acerca de cuáles son sus necesidades y contribuir a un mejoramiento de su calidad de vida.

Cuando hacemos alusión al concepto de estado funcional, nos referimos a las capacidades que tienen todas las personas, de llevar adelante actividades cotidianas, como ser las del autocuidado, actividades físicas, como correr o subir escaleras y actividades relacionadas con el ejercicio de roles sociales. Si la persona afectada por una discapacidad adquirida no cuenta con el óptimo estado funcional, requerirá asistencia en alguna de dichas actividades; para aportar a una mejora en su calidad de vida. Lo antes dicho puede verse reflejado en el discurso de nuestros entrevistados:

“(...) hasta el día de hoy no se baña solo (...) prefiero ayudarlo yo a bañarse, lo ayudo a entrar a la bañera, (...) después yo le pongo el shampoo (...) lo enjuago, lo ayudo a salir, lo seco; él por ahí se seca pero la espalda, la parte de atrás lo ayudo a secarse (...)” (Constanza)

“(...) bueno yo no caminaba (...) tuve limitaciones (...) ya el hecho de bañarme en la ducha, cosas de la vida cotidiana.” (Jennifer)

“(...) esos chicos son de oro, ellos lo afeitaron por primera vez, me ayudaban a cambiarle los pañales, me ayudaron a pararlo (...)” (Mirta)

Algunos autores identifican la calidad de vida como un atributo de la persona, una actitud o rasgo de su personalidad para dar una respuesta ante determinada situación, que en nuestro caso sería el advenimiento de una discapacidad adquirida producto de un TEC. En este caso vemos como se presta especial hincapié en el sujeto como individuo particular. Pero no debemos olvidar que todo sujeto es tal porque se encuentra con otros.

Ahora bien, al examinar la relación existente entre las estrategias de afrontamiento de los sujetos afectados por un TEC o por su red de apoyo, y la noción de calidad de vida; vemos como no se enfatizan solamente, aspectos del orden de lo objetivo como ser la pérdida de una función debido al traumatismo; sino que por el contrario, se encuentran también afectados los procesos psicológicos como ser las modalidades de afrontar la nueva situación o la formulación de proyectos a futuro. Lo podemos observar gracias al relato de los entrevistados:

“Yo me sentía mal (...) me limitó un montón, es como que a mí me cortó la vida (...)” (Andrés)

“(...) no quiero venir más al hospital (...)” (Claudio)

“(...) había momentos en que me ponía a llorar y me preguntaba porque a mí (...)” (Jennifer)

Cuando hacemos mención a la pérdida de una función, nos estamos refiriendo a funciones que van desde el orden de lo social al orden de lo físico.

Es pertinente entonces prestar especial atención a la categoría que se denomina bienestar psicológico. Que fuera definida como: *“(...) la dimensión subjetiva de la calidad de vida, su vivencia personal, de carácter relativamente estable, que se produce en relación con un juicio de satisfacción respecto de la vida (entendido como un balance entre expectativas y logros) en las áreas de mayor significación para cada individuo en particular” (García-Viniegras, 2008:22)*

Es así que cuando se deben atravesar procesos donde se compromete la salud en su totalidad (entendida no sólo desde aspectos puramente biológicos, sino vinculados con el comportamiento individual y el ámbito social donde la persona se desenvuelve) se producen replanteamientos desde distintos ámbitos acerca de la importancia de cómo atravesar la nueva situación. En este sentido “(...) comenzará a utilizarse el concepto de calidad de vida como uno de los objetivos de los tratamientos o procesos de rehabilitación. La evaluación de la calidad de vida se emplea (...) como un indicador de la evolución (...)” (García-Viniegras, 2008: 34)

Como consecuencia de lo anteriormente expuesto, podemos agregar que cuando se comienza a atravesar el proceso de internación/ rehabilitación; ya se está trabajando para mejorar la calidad de vida del sujeto implicado. Teniendo especial consideración en la percepción que guarda dicho sujeto sobre su propio estado de salud y la relación de éste con las distintas áreas de su vida.

Capítulo IV: Aportes para el Trabajo Social

Cuando comenzamos a trabajar la temática y a delimitar cuál sería el faro direccional de nuestra investigación, nos encontramos con que en nuestro país había escaso material de TEC en relación a la temática desde el punto de vista social. En otro aspecto, notamos que en el colectivo profesional del Trabajo Social, aún había un cierto desconocimiento de la temática; en varios sentidos: en cuál es la real intervención del Trabajador Social en los equipos de trabajo, qué funciones desempeña al respecto y cuál es el impacto social de los prolongados procesos de internación provocados por un TEC en las trayectorias vitales de los sujetos involucrados.

Esta investigación entonces nos convocó a poder describir, a partir de los relatos de los entrevistados y el análisis realizado en capítulos anteriores, el rol del Trabajador Social. Pudiendo dar cuenta de las especificidades propias del rol a la hora de intervenir y posibles líneas de acción a través de las cuales se podrían pensar en estrategias de actuación posibles.

Llevaremos a cabo el desarrollo conceptual acompañado de experiencias previas como alumnas de la materia Taller IV en el Hospital de Rehabilitación Manuel Rocca y de observaciones a profesionales del Servicio Social.

Intervención del Trabajo Social

A partir de lo expuesto, afirmamos que el rol y la intervención del Trabajador Social en la temática de discapacidad; y en especial en el trabajo con personas con discapacidad adquirida producto de un TEC, es fundamental.

Podemos fundamentarlo en palabras de Eloisa de Jong (2001:10) *“El rol del Trabajo Social va a ser el de asistir para la prevención, promoción y organización familiar, en la búsqueda de aportar, desde una actitud dialógica, a la resolución de las necesidades del grupo familiar, por medio de una acción planificada en lo estratégico, organizada en la acción y coordinada en la intervención entre los diferentes actores, en sus diferentes niveles de inserción a partir de un proceso de análisis comprensivo, intentando trascender lo que aparece como el conflicto de la vida familiar”*.

A raíz de lo expuesto, consideramos que para el abordaje (por parte de los y las profesionales del Trabajo Social) de las situaciones problemáticas enunciadas, va a ser imprescindible trabajar desde ciertos lineamientos que mencionaremos a continuación:

Comprender al sujeto desde las posibilidades que tiene actualmente y que puede desarrollar a futuro y no desde las carencias actuales. Cuando se interviene en la temática de discapacidad desde el paradigma del déficit, se piensa en reemplazar, compensar y suplir lo que falta. Asimismo, se debe evitar comprender a la diferencia como una entidad única e independiente del sujeto. (Aznar – Castañón, 2008). Esta forma de comprender la discapacidad a partir del déficit tiñe la intervención del Trabajo Social; circunscribiendo la satisfacción de sus necesidades a lo que su red de apoyo y los profesionales le puedan ofrecer en ese preciso momento. El Trabajador Social, debe acompañar y estimular al sujeto a proyectar, plantearse objetivos y metas, a través del reconocimiento de las capacidades residuales y de la identificación de nuevas potencialidades. Un ejemplo que surge a raíz de nuestra experiencia como alumnas, es la planificación y puesta en acción del denominado “Taller de potencialidades”; dirigido a sujetos que se encontraban internados y aquellos que ya habían sido externados del hospital. A través de actividades lúdicas se promovía y estimulaba que a partir del encuentro con otros sujetos que se encontraban transitando la misma situación, pudieran reflexionar sobre su situación actual y sobre las herramientas con las que contaban para el afrontamiento de la discapacidad.

Comprender al sujeto y a sus familias desde sus trayectorias personales y los recursos con los que cuentan. En una primera instancia, como ya fue enunciado, Jong expresa: “(...) *asistir para la prevención, promoción y organización familiar una actitud dialógica, en la búsqueda de aportar, desde una a la resolución de las necesidades del grupo familiar (...)*” (2001:10) relacionándolo en cuanto que desde las instituciones hospitalarias se trabaja en conjunto con las redes de apoyo más cercanas. Como ya se enunció en capítulos anteriores, es fundamental trabajar con las mismas; en tanto que permitan acompañar los procesos de internación y poder responder a las demandas de asistencia que comienzan a surgir a partir del accidente; como también en la red para brindar la contención necesaria para el atravesamiento de la situación. Dichos sujetos atravesarán la situación problemática haciendo uso de las estrategias de

afrontamiento; no sólo concluyendo en la resolución de la situación problemática, sino también mejorando el nivel de calidad de vida de los sujetos implicados.

A partir de aquí, podemos observar como las Trabajadoras Sociales del Hospital Manuel Rocca trabajaron conjuntamente con las redes de apoyo de los sujetos afectados; para un mejor abordaje de la situación. Y en este sentido estas pudieron officiar de puente entre dichas redes y los equipos médicos actuantes.

Podemos expresar que cuando nos referimos a una actitud dialógica; hacemos alusión a la comprensión de la situación y los actores participantes ubicados en un contexto social, histórico, económico y cultural determinado. Esta actitud dialógica, debe contribuir a ampliar el espectro desde donde se está observando la situación; en este caso la irrupción de la discapacidad a partir de un accidente. Dejando de contemplar únicamente al sujeto como el portador de esa discapacidad y el único afectado por el TEC, incluyendo también a las redes de apoyo más cercanas.

Dicha comprensión dialógica nos conduce directamente a realizar, como plantea de Jong “(...) *un proceso de análisis comprensivo, intentando trascender lo que aparece como el conflicto de la vida familiar (...)*” (2001:10) Consideramos que en esta situación es fundamental la comprensión que trascienda, como bien dijimos, “el conflicto familiar”. Buscando arribar a un análisis más profundo de la situación que le permita al profesional abordar la intervención sin culpabilizar, ni etiquetar; sino comprendiendo que los vínculos familiares y conyugales son construcciones sociales; que pueden verse sujetos a modificaciones y/o a decisiones personales particulares en cada sujeto.

Consideramos que para poder encontrar nuevas significaciones a las situaciones que se desencadenan a raíz de las diversas intervenciones con los sujetos; es importante trabajar desde nuestra profesión en el ejercicio de lo que Mallardi precisa como “comprensión activa”. El autor define dicho concepto “(...) *implica la necesidad de pensar los enunciados del entrevistado en el marco de la totalidad en la cual se desarrolla. Es necesario vincular los enunciados del entrevistado en totalidades más amplias, explicándolos a partir del proceso global de reproducción social*”. Y también “(...) *si bien los sujetos son vistos desde la singularidad, se hace necesario establecer las mediaciones a fin de conocerlos y explicarlos en el marco de la totalidad en la cual se desarrollan*”. (2011: 56)

Esta reflexión sobre los relatos de los sujetos con los que se interviene, contribuirá a poder elegir otro tipo de estrategias a la hora de intervenir: atendiendo a todas las

necesidades que tienen los sujetos involucrados. Como también permitirá comprender mucho más de la simple expresión de un malestar o de una necesidad; sino pudiendo leer a través de categorías teóricas los enunciados de los sujetos, permitiendo realizar intervenciones integrales. De esta manera, el Trabajador Social intervendrá con las trayectorias vitales de quienes demandan; escuchando, observando activamente y haciendo conjuntamente con los sujetos con que se interviene.

Trabajar las ansiedades, los miedos y las inseguridades que traen aparejadas los sujetos y sus redes de apoyo social más cercanas. Ante la identificación por parte de los profesionales de dichos sentimientos, se puede ofrecer un mejor abordaje y entendimiento de la situación a partir del fortalecimiento de la participación y la escucha activa. A través de dichos mecanismos, los sujetos podrían poner en palabras aquellos sentimientos que les provoca la situación actual y que permitirán ser trabajados a fin de realizar la elaboración del duelo pertinente. En el caso de las experiencias de práctica pre-profesional, pudimos observar encuentros de familiares de personas que pertenecían al programa de TEC (en el cual participan los sujetos significativos entrevistados). En los encuentros se proponía conversar sobre diversas temáticas y lo que ocurría durante la semana de internación. Dichas experiencias semanales permitían visualizar las singularidades, debilidades, fortalezas de los actores intervinientes, que no pudieran ser puestas en palabras por estos.

Trabajar conjuntamente con el sujeto, haciéndolo participar activamente para la modificación de su realidad. “(...) reconocemos la complejidad que reviste la intervención, entendemos que también se nos presentan posibilidades que pueden facilitar la misma, entre ellas podemos referir: el trabajo con el sujeto, participación del sujeto; al partir de una concepción del sujeto como actor, se entiende que es él quien construye significaciones (...)” (Rodríguez, 2009: 58) Como se ha podido visualizar en todo el trabajo, el profesional debe comprender al sujeto como el protagonista de su propia vida; sin caer en viejos paradigmas donde es comprendido como individuo y único responsable de su destino, al cual hay que tutelar y asistir; promoviendo una actitud de “paciente pasivo” que espera recibir aquello que demanda. Se debe “(...) pasar de un sujeto pasivo (paciente) a un sujeto capaz de autodeterminarse en los diferentes aspectos de su vida (...)” (Blasco, 2010: 15); y a su vez se debe fomentar la participación activa, tanto en la acción misma realizada por el

sujeto y en el proceso de elaboración de las estrategias de intervención por parte del profesional. Es decir, que en dicho momento el profesional deberá tener siempre presente la voz del sujeto por encima de lo que considera que debe ser una respuesta a dicha problemática; no haciendo prevalecer meras concepciones teóricas por sobre la demanda de los sujetos.

Fortalecer la noción de sujetos de derechos y obligaciones de todas las personas con las que se interviene. En este sentido, ser sujetos de derechos y obligaciones es tener la posibilidad de ser ciudadanos participantes activos de la sociedad. Comprender de esta forma nos permite avanzar y dejar detrás concepciones que sólo enuncian en lo legal estas características, pero en el accionar continúan operando a través de viejos paradigmas. “(...) *De este modo deja de ser un mero receptor o depositarios de un ingreso condicionado o la acción de una Política Social, sino que se construye como un titular de derechos, partícipe de una comunidad activa y organizada en una sociedad que lo incorpora, lo necesita e intenta hacerlo protagonistas en un proceso de movilidad social ascendente (...)*” (Carballeda, 2011: 6) El Trabajador Social entonces debe visualizar y cuestionar cuáles son los elementos involucrados que interfieren en la posibilidad de acceder a una plena ciudadanía. Como plantea Barg (2004: 110), “*Colocar los derechos sociales como foco del trabajo profesional es defenderlos tanto en su normatividad legal, como traducirlos prácticamente, viabilizando su efectivización social.*” Esta defensa y trabajo en pos de la viabilidad de la misma, debe ser una tarea cotidiana del Trabajador Social. En nuestra experiencia en el hospital, pudimos asesorar, orientar y acompañar las diversas gestiones tendientes a posibilitar un pleno acceso a la ciudadanía. Desde este marco se posicionaron las Trabajadoras Sociales del Hospital de Rehabilitación Manuel Rocca, realizando distintas tareas tendientes a: la certificación de la discapacidad, conforme la Ley n° 22.431; la filiación a la Obra Social PROFE, para lograr el acceso a las distintas prestaciones conforme la Ley n° 24.901; articulación con el prestador médico de la Obra Social para la adquisición del equipamiento necesario para los sujetos entrevistados (sillas de ruedas, bastones, etc.).

Brindar y posibilitar canales de información que le permitan a los sujetos conocer más del proceso que se encuentran transitando. Esta propuesta se relaciona directamente con la posibilidad de dar protagonismo a los sujetos con los que se

interviene; ya que a través de brindar más información sobre la discapacidad y sobre los derechos que le conciernen podrá tomar las decisiones que estos entiendan como más apropiadas. Consideramos también, que brindar información es empoderar al sujeto. “*El empowerment implica todas aquellas acciones que trasladen el poder de decisión a los usuarios. Las personas con discapacidad convenientemente informadas podrán utilizar la ley como un recurso importante que de respuesta a sus necesidades (...)*” (Blasco, 2010: 15). Siguiendo esta línea es primordial que se socialice el conocimiento, que tienen en su haber los profesionales, para con los sujetos y sus redes de apoyo.

Promover intervenciones interdisciplinarias en conjunto a los diferentes servicios que trabajan y conocen al sujeto que se acompaña. Se pone de relieve la participación del Trabajador Social en equipos interdisciplinarios, a los fines de poder contribuir a la resolución de las problemáticas presentadas. Dicho abordaje interdisciplinario comporta una creciente interpelación de los equipos, contribuyendo a generar nuevos interrogantes que inviten a un diálogo entre los distintos marcos teóricos que lo sustentan. O tal vez como expresan algunos autores: “*Quizá simplemente se trate de generar espacios de encuentro, de diálogo entre los diferentes campos del saber que (...) tratan de generar acciones de asistencia.*” (Carballeda, 2009: 106) Convendría entonces recordar que en el trabajo interdisciplinario, cada profesión aporta sus saberes específicos y los pone en función de la intervención. Razón por la cual Eloisa De Jong (2001) refiere que “*(...) es importante tener en claro la especificidad del Trabajo Social para poder establecer con los otros miembros de equipo un acuerdo ideológico, epistemológico y teórico indispensable para la comprensión de la diversidad de los conflictos que se presentan en la intervención.*” Y a su vez se debería, institucionalmente, trabajar en la meta utópica de un trabajo transdisciplinario donde para dispositivos específicos las diversas disciplinas compartan un mismo marco referencial y donde dichas disciplinas puedan a su vez encontrar, como plantea Stolkiner (1999) *espacios de contrastación de los discursos*, que favorezcan a su vez a la *multireferencialidad teórica*; denotando un abordaje singular a cada disciplina desde las diversas vertientes teóricas y desde la importación de saberes que son transferidos de una profesión a la otra. Desde este lugar, las Trabajadoras Sociales del Hospital Rocca, tuvieron especial participación en la articulación con los distintos servicios del hospital, en los cuales nuestros entrevistados participaban, por ejemplo: Terapia Ocupacional, Recreación, etc. Una de las singularidades del Programa de Rehabilitación para

Pacientes con TEC es el hecho de realizar semanalmente reuniones de equipo, con el fin de plantear objetivos y estrategias de intervención conjunta. En el caso de Jennifer y Andrés, que continuaron rehabilitándose en otras instituciones, se realizó una articulación interinstitucional para acordar el pase y transferencia de historia clínica/social que permitiera un mayor conocimiento de la situación del sujeto y una mejor intervención de los profesionales.

Promover la supervisión continua de los profesionales intervinientes. Los espacios de reflexión y supervisión continua permitirían romper con la brecha entre la práctica y la teoría; generada en el quehacer cotidiano del accionar del Trabajo Social permitiendo leer a la luz del marco conceptual el quehacer profesional cotidiano. Dichos espacios contribuirían a poder reevaluar y analizar desde el marco conceptual las prácticas realizadas y diseñar posibles líneas de acción. *“La supervisión es identificada por las/os colegas como una práctica de cuidado que permita pensar y pensarse, mirar y mirarse; como una práctica necesaria que actúa como “desatanudos” (...) muchas veces se afirma que este proceso permite otra mirada sobre la intervención, generalmente externa a la del propio sujeto y que es juzgada en términos de objetividad.”* (Robles, 2011: 41) En este espacio el profesional puede mostrarse como un sujeto con debilidades y necesidades de repensar sus marcos referenciales (propios del sentido común y de la tradición del Trabajo Social); pudiendo a través de esta técnica reevaluar ciertos habitus⁶ internalizados que tienden a la repetición de intervenciones y/o prácticas internalizadas. *“(...) pensar críticamente las vinculaciones entre el deseo de ayuda y/o el anhelo de cambiar el mundo y el habitus, a los fines de comprender algunas prácticas de los/las trabajadores/as sociales que permanecen con cierta invariancia a través del tiempo.”* (Robles, 2011: 64) Entonces, la supervisión nos conduciría a reflexionar y revisar nuestras prácticas a los fines de realizar intervenciones creativas y no basadas en la inercia, propia de un accionar automático. Desde nuestra práctica como estudiantes de taller participábamos de una supervisión semanal con nuestras referentes, a los fines de orientar nuestra intervención y trabajar cuestiones relacionadas con nuestras propias subjetividades implicadas en la tarea. Dichas

⁶ Entendiendo la noción de habitus *“(...) como sistema de esquemas de percepción y de apreciación, como estructuras cognitivas y evaluativas que adquieren a través de la experiencia duradera de una posición en el mundo social. El habitus es a la vez un sistema de esquemas de producción de prácticas y un sistema de esquemas de percepción y de apreciación de las prácticas (...)”* (Bourdieu, 1988:134)

supervisiones, se realizaban similarmente a la forma en que el Servicio Social supervisaba semanalmente como equipo de trabajo.

Promover espacios de capacitación y formación en la temática discapacidad para profesionales y estudiantes del Trabajo Social. Uno de los obstáculos que suelen encontrarse profesionales y estudiantes, es la falta de conocimientos en temáticas específicas; dicha obstáculo se origina al ingreso a una institución que demanda ciertos conocimientos específicos acorde al campo de trabajo. Dicha demanda suele suplirse a través de la formación paralela y apresurada de dichos profesionales. A su vez, desde dentro del colectivo profesional surgen interrogantes que se direccionan a saber cuál es su real función en dichas instituciones; en lo que concierne a este trabajo podrían pensarse los roles dentro de los equipos de salud. Comprendiendo que el Trabajo Social ha sido tradicionalmente entendido como quien gestiona, asigna recursos y realiza tareas administrativas. Sostenemos que la naturaleza del Trabajo Social no es a priori, no es metafísica, sino histórico social; condicionada por coordenadas de tiempo y espacio que van resignificando sus elementos constitutivos. Esta situación podría ser superada a través de la estimulación y apertura de espacios de formación en las diferentes especialidades a estudiantes y graduados.

Intervención con personas con discapacidad adquirida

Proponemos en este último apartado realizar un recorrido por las tres instancias que recorren los sujetos con discapacidad adquirida producto de un TEC mencionadas a lo largo de este trabajo. A los fines de poder puntualizar aquellas estrategias que deberían tomarse en cuenta a la hora de intervenir; tomando como sustento teórico las propuestas analizadas en el apartado anterior.

Procesos de internación / rehabilitación.

En principio se debe conocer al sujeto con el cual se va a intervenir; para no sólo dar cuenta de los aspectos más objetivos de su trayectoria vital sino también para localizar aquellos sujetos significativos. A los fines de comenzar a incluir dichas redes en futuras intervenciones y producir una rehistorización de las trayectorias vitales de los

mismos. Este proceso de rehistorización permitirá poner en primer lugar a los sujetos, fortaleciendo su propia voz.

A partir de la localización de los mismos y los primeros contactos, es primordial comenzar a brindar la información pertinente. No sólo en lo que concierne al diagnóstico médico, sino también en lo que refiere al respaldo legal de los derechos y obligaciones de las personas con discapacidad.

Es fundamental que uno de los principales pilares de la intervención sea el marco legal en discapacidad. Entre sus principales: La Convención de los derechos de las Personas con Discapacidad y las leyes 22.431 de Protección integral y 24.901 de Prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral, entre otras.

Cabe destacar que la Ley 22.431 sustenta la Certificación de la Discapacidad, definiendo a partir de la misma a quién se denomina persona con discapacidad. Y a su vez, la Ley 24.901 garantiza el acceso a los distintos servicios en pos de cubrir las necesidades de los sujetos. Es muy importante, que el Trabajador social se nutra profundamente del conocimiento de dichas leyes y convenciones, a los fines de poder socializarlas; como también garantizando y haciendo valer la condición de sujetos de derecho. Una intervención típica, podría ser la orientación para realizar el pase gratuito de transporte público (Ley 25.635/ Decreto 38/04 y Ley 22.431/ Decreto 914/97); dicho pase permite, entre otras beneficios, que los sujetos puedan continuar accediendo a las terapias y entrevistas sin emitir gastos. Si bien consideramos, que ambas orientaciones se realizan al mismo tiempo; en la situación singular de los sujetos con diagnóstico TEC, la tramitación del mismo suele realizarse una vez realizada la externación.

En este proceso también es primordial que los diferentes servicios de la institución trabajen interdisciplinariamente e intrainstitucionalmente y forjando canales de comunicación constantes que permitan socializar la información sobre las diversas intervenciones; y a su vez instituyendo una práctica integral desde el campo de salud. También, es importante reconocer que el Trabajador Social en el equipo de salud suele caracterizarse como el portavoz del sujeto implicado, haciendo valer la posición del mismo frente a las distintas disciplinas; que muchas veces no suelen involucrarse con la singularidad del mismo.

Otro aspecto importante en la intervención del Trabajador Social, es su aporte en la planificación y ejecución de dispositivos orientados directamente a los sujetos y/o redes de apoyo. Podríamos mencionar diferentes ejemplos: Talleres informativos sobre el Certificado de Discapacidad, Talleres de potencialidades, Grupos familiares, etc.

Externación

En el proceso de externación (tiempo comprendido entre 1 mes previo al alta y el día en que el sujeto deja la institución) el Trabajador Social debe intervenir directamente en la preparación y acompañamiento del sujeto y sus redes. En principio, podrá trabajar e indagar sobre el lugar donde vivirá el sujeto al ser externado de la institución.

En este sentido, una intervención de las Trabajadoras Sociales que resultó de vital importancia, fue el hecho de poder trabajar la vuelta al hogar, desde el punto de vista de la accesibilidad. Teniendo en cuenta que los sujetos afectados, no contaban con las mismas características y presentaban nuevas necesidades. Desde este lugar éstas orientaron su intervención a la tarea de trabajar conjuntamente con los mismos sujetos y sus redes de apoyo.

Pueden existir múltiples variables en relación a la decisión del lugar donde va a vivir el sujeto al reinsertarse, decisión correspondiente al sujeto y/o sus redes de apoyo.

Dentro de estas múltiples posibilidades podemos reconocer: volver a residir en el hogar previo al accidente, como también ingresar a un hogar con asistencia permanente. Es primordial comprender que cada situación de externación, sea tanto para retornar al hogar como para ser derivado a otra institución, es singular y se encuentra estrechamente relacionada con el contexto social, cultural y económico del sujeto mismo. Por esta razón es muy importante que el Trabajador Social considere el contexto y el entorno. Resulta indispensable conocer el lugar, las redes de contención, la accesibilidad a las prestaciones, etc. Permitiendo propiciar una mayor autonomía en su hogar y la comunidad, como también un pleno goce de sus derechos.

Consideramos importante delinear lo que podría ser el pase a una institución de tercer nivel y la forma en que el Trabajador Social podría intervenir. Blasco, frente a las situaciones de ingreso a instituciones de tercer nivel plantea “*Cuando ingresa a una institución lo hace con una historia, un recorrido de experiencias personales y vínculos establecidos, con los cuales ha ido construyendo subjetividad*” (Blasco, 2004: 148); es por esta razón que remarcamos con énfasis la necesidad de contemplar también aquellas relaciones que el sujeto fue construyendo en el hospital y aquellas que mantuvo con sus redes de apoyo.

Contemplar estos vínculos permitirá manejar cierta información que puede ayudar a visibilizar y planificar una buena externación e internación en la otra institución; como también permitirá conocer sujetos significativos que podrán ir comunicándole que pronto va a partir del hospital y que van a poder ir develando las diversas necesidades que tiene.

Esta estrategia tendría otro correlato que sería el de evitar poner en riesgo de deterioro la identidad de la persona; Blasco enuncia que aquellas personas que se encuentran bajo ese riesgo, son personas que no cuentan con un vocero que de cuenta de su singularidad e insiste en que muchas veces los informes no dan cuenta de la subjetividad del sujeto, de sus intereses, gustos, aficiones, etc. Tanto el Trabajador Social como los demás profesionales que acompañen dicho proceso, deben trabajar sincronizadamente; compartiendo información, estrategias y planificando las líneas de intervención a seguir.

Es pertinente realizar visitas previas a la institución donde va a ser derivada la persona, para visibilizar ciertas cuestiones de accesibilidad y a su vez comenzar a forjar lazos que cooperen y estimulen el buen desarrollo de inserción del sujeto en dicha institución.

Frente a esto es relevante nuevamente mencionar a Blasco, cuando se refiere al proceso de acomodación en el nuevo entorno: *“Pasar a vivir y convivir en un hogar es una instancia posible en el futuro de una persona. Esta vivencia en otro ámbito fuera del núcleo familiar puede convertirse en una fuente de experiencias vitales que mejoren o incrementen su calidad de vida; es por ello que se debe prestar una atención especial a este período de ingreso para asegurarle una buena acomodación a su nuevo entorno”* (Blasco, 2004: 152);.

Por último, resaltamos no perder de vista ninguno de los actores involucrados, ya sea el sujeto, como actor protagónico o las redes de apoyo social como actores secundarios que acompañan el proceso y a su vez lo vivencian en primera persona.

Reinserción al hogar

En la tercera etapa, consideramos que el Trabajador Social sólo se hará presente, primero en tanto el sujeto continúe asistiendo a la institución hospitalaria (ya sea por hospital de día o consultorios externos) y segundo en tanto exista demanda por parte del

sujeto y/o de sus redes de apoyo social. Las intervenciones típicas de este período podrían ser: acompañamiento, orientación, información y de promoción de derechos (a través de diferentes técnicas de intervención). También se puede pensar en un acompañamiento de por lo menos un año a fin de garantizar y acompañar por fuera el proceso reinscripción a la vida cotidiana.

Consideraciones finales

A lo largo de este trabajo pudimos dar cuenta en principio de las implicancias sociales que traen aparejados los largos procesos de internación/ rehabilitación/ externación y reinscripción en la vida cotidiana en las trayectorias vitales de los sujetos afectados. A través del recorrido que fue realizado en los diferentes capítulos pudimos visualizar que el sujeto protagónico al que hicimos referencia, no era el único afectado por el TEC, sino que sus redes de apoyo más cercanas también se vieron involucradas.

Esto nos permitió comprender que la discapacidad adquirida producto del TEC generó transformaciones en la vida cotidiana, tanto de los sujetos como en la de sus redes. En este sentido se pudo visualizar la importancia de las redes de apoyo (anteriores al accidente y las construidas en el espacio hospitalario) en relación al afrontamiento de la nueva situación y a la explícita dependencia del sujeto en cuanto a la atención o la asistencia de dichas redes. Cabe destacar también, que las redes de apoyo social configuradas en el ámbito hospitalario, constituyeron una herramienta importante en el período de internación y en la elaboración del duelo producido por la discapacidad adquirida, ayudando a los sujetos a atravesar saludablemente dicho duelo.

A su vez, la reconfiguración vincular producida por la dependencia de asistencia; generó transformaciones en los roles, funciones y dinámicas en las que se hallaban sumergidos previo al accidente. Cada una de estas formas de revincularse fue particular en cada uno de los entrevistados respondiendo a la flexibilidad del vínculo como construcción social; razón por la cual presentaron modificaciones según las circunstancias por las que se encuestaban atravesados.

Luego, a través de los procesos de externación y reinscripción a la vida cotidiana, observamos que si bien se produjeron limitaciones a raíz de la discapacidad adquirida a partir de las diversas transformaciones, los sujetos y sus redes de apoyo pudieron “hacer” frente a esto. Este “hacer” se pudo visualizar a través de sentimientos, emociones, actitudes singulares; que respondían directamente a la forma en que cada sujeto y sus redes comprendían el diagnóstico y las limitaciones físicas/sociales con las que se encontraron al volver a sus hogares.

Esta situación estresante, que implicó la aparición de la discapacidad adquirida, puso en marcha dispositivos específicos para el atravesamiento de dicha situación, lo cual en este trabajo fue denominado como Estrategias de afrontamiento. Dichas

estrategias se convirtieron en una herramienta fundamental para la mejora de la calidad de vida de dichos sujetos.

Es menester mencionar que el enfrentamiento a la situación provocado por el TEC; resulto satisfactorio por la confluencia de recursos personales, del medio ambiente en que se encontraban insertos y la interacción que lograron realizar con su red de apoyo.

A su vez, este análisis permitió trascender la mirada biologicista de la discapacidad, que concibe al sujeto sólo desde la limitación funcional; para comenzar a comprenderlo desde su integralidad y no como un sujeto fragmentado. Dicha visión integral del sujeto nos permitió poder comprender la trama subyacente a los discursos de los entrevistados, que se mostraban como manifestaciones de un proceso mayor que es la irrupción de la discapacidad adquirida.

Conocer, analizar y describir estos procesos ayudó a reducir esa brecha producida por el desconocimiento de la temática discapacidad y su especificidad en la temática TEC; como también a contribuir al ámbito académico – profesional del Trabajo Social. Pudiendo establecer las especificidades propias del campo, pero sin perder de vista la mirada integral que aboga en un trabajo interdisciplinario.

Consideramos que este trabajo abre la posibilidad al diálogo entre las diferentes ciencias y/o disciplinas involucradas en la temática, que les permite a los profesionales un abordaje de la situación de manera integral contemplando todas las variables intervinientes; rechazando una mirada simplista del sujeto con el que se interviene.

Por último, es necesario realizar una reflexión en cuanto a la intervención del Trabajo Social en la temática trabajada. Es pertinente recalcar que la intervención en Trabajo Social no sólo se lleva a cabo “escuchando u observando”, sino alternando y combinando teoría y empiria. Es imprescindible entender a la investigación como una forma de transformar la realidad y generar teoría para la profesión. Como es de público conocimiento, la profesión se encuentra inscrita en las lógicas de la acción, aún cuando se han generado procesos de investigación y es a partir de este punto que debemos avanzar y perfeccionar nuestro accionar profesional; a fin de realizar intervenciones superadoras.

Anexos

Modelo de entrevista

Estrategias de afrontamiento personales

Presentación.

Traumatismo Encéfalo Cranéano. Accidente.

- ¿Cuándo tuviste el accidente?
- ¿Cómo fue?

Vida antes del traumatismo.

- ¿Que hacías antes?
- ¿A qué te dedicabas?
- ¿Dónde vivías? ¿Con quién?

Internación.

- ¿Cuanto tiempo permaneciste internada/o?
- ¿Pudiste armar algún vínculo en el hospital en ese tiempo?
- ¿Volviste a ver a esas personas?
- ¿Considerás que te ayudaron en algo?

Retorno al hogar.

- ¿Hace cuanto tiempo se produjo la externación del hospital de rehabilitación?
- ¿Qué actitud tomaste frente a los cambios producidos por el TEC al llegar a tu casa?
- ¿Con que limitaciones te encontraste al volver?
- ¿Tuviste que hacer alguna modificación en la vida cotidiana?
- En caso afirmativo:
 - ¿Tomaste alguna actitud frente a estas dificultades/limitaciones?
- ¿Qué diferencia encontrás entre el antes y el después de la internación/externación en tu vida personal?

Red de apoyo social

- ¿Contaste con algún tipo de red de apoyo social desde el momento que fuiste externad@ del hospital?
- En el caso afirmativo:

- ¿Qué diferencia encontrás entre el antes y el después de la internación/externación para con tu red de apoyo social?
- ¿Qué respuesta/s respuestas o no encontraste de los mismos?

Vida actual

- ¿Cuáles son tus sentimientos actuales frente a la situación en la que te encontrás?
- ¿Qué considerás que hoy es un facilitador y un obstáculo para reinsertarte?

Estrategias de afrontamiento de la red de apoyo social

Presentación.

Traumatismo Encéfalo Cranéano. Accidente.

- ¿Qué significó el TEC de tu _____ para vos?

Vida antes del traumatismo.

- ¿Anteriormente realizaban actividades en conjunto? ¿Compartían actividades?
- En el caso de respuesta positiva: ¿Cuáles?

Internación.

- ¿Mantuvieron contacto durante la internación?
- ¿Se realizaron cambios en el hogar? ¿La rutina de la familia?

Retorno al hogar.

- ¿Qué actitud tomaste frente a los cambios producidos por el TEC en _____ al llegar nuevamente a la casa?
- ¿Tuviste que realizar alguna modificación en tu vida cotidiana?
- En caso afirmativo: ¿Tomaste alguna actitud frente a estas dificultades/limitaciones? ¿Cómo se atravesaron esos cambios?
- ¿Qué diferencia encontrás entre antes y ahora en tu vida personal para con _____?

Red de apoyo social

- ¿Contaste con algún tipo de red de apoyo social desde el momento que tu _____ fue externado del hospital de rehabilitación?
- En el caso afirmativo:

- ¿Qué diferencia encontrás entre el antes y el después de la internación/externación de tu _____ para con tu red de apoyo social?
- ¿Qué respuesta/s respuestas encontraste o no de los mismos?

Vida actual

- ¿Cuáles son tus sentimientos actuales frente a la situación en la que te encontrás y se encuentra tu _____?
- ¿Qué considerás que hoy es un facilitador y un obstáculo para atravesar esta situación?

Entrevistas

Jennifer

Presentación.

¿Cuándo tuviste el accidente?

Bueno yo el accidente lo tuve hace un año; fue el 8 de enero del año pasado.

¿Cómo fue?

Mira yo lo único que me acuerdo es estar en la casa de mi amigo, haciendo tipo una previa para salir a bailar, ..., y me acuerdo que subí al auto y después no me acuerdo más de nada. Después me desperté y estaba en el Rocca, me acuerdo que estaba en el Rocca, pero yo estuve internada en otro hospital y no me acuerdo de nada. Deliraba...

¿Y qué te contaron que te paso?

No yo me acuerdo que le pregunte a mi mamá, y le dije que porque estaba acá, y ella me dijo tuviste un accidente. Pero con quien?, no con los chicos. Mis amigos y yo lo único que me acuerdo que le pregunte si se murió alguien y me dice no. Pero no como sobre saltada, lo más normal le pregunte si se murió alguien. Igualmente ahí cuando me desperté estaba en la cama, estaba con sondas. Ahí eso me acuerdo. Y después de a poco fui levantando.

¿Qué hacías antes?

Estudiaba y trabajaba.

¿A qué te dedicabas?

Estaba estudiando para maestra jardinera, trabajaba en un jardín maternal como auxiliar, estaba con los bebés y los sábados animaba fiestas infantiles. A veces había sábados que tenía 3 cumpleaños por día. Llegaba a las 12 de la noche. Y bueno terminaba de trabajar y salía a bailar, porque era salir todos los sábados. Yo salía todos los sábados con mis amigos.

¿Dónde vivías? ¿Con quién?

Siempre viví acá con mis abuelos, mi mamá y mis hermanos.

¿Cuánto tiempo permaneciste internada/o?

Yo internada en sí, desde que me accidenté tuve 5 meses. En el Rocca estuve 4, el 31 de enero hasta el 27 de mayo. Después estuve internada en el Simplemente Evita desde el día que tuve el accidente, el 8 de enero hasta el 31 de enero que fue el día que me pasaron al Rocca.

¿Y te dieron de alta en lo que es Hospital de Día? ¿Ya terminaste lo que es rehabilitación?

No en realidad sigo aparte en un centro privado, ahí voy a natación, al gimnasio. Es como que salí del hospital; porque yo en el hospital..., más que nada el alta la pedí yo, porque yo me sentía como que yo ya no estaba..., me sentía bien. No me gustaba ver a los internados, me sentía mal. Y más que nada la pedí yo. Les dije no aguanto venir más acá, me pone triste, y bueno no fui más. Igual ellos saben que yo estaba bien, no es que yo estaba mal y me faltaba. Aceptaron porque estaba bien.

¿Pudiste armar algún vínculo en el hospital en ese tiempo?

Bueno cuando estaba internada si arme con este chico Fabio, con la familia, la mujer. Después estaba Cristian, también con la mamá.

¿Volviste a ver a esas personas?

Si me pasaron el teléfono y me mandan mensajitos. Para mí está todo bien con ellos, pero es como que yo quise cerrar esa etapa. Ya esta... voy a salir al mundo.

¿Consideras que te ayudaron en algo?

Si, ellos fueron una gran compañía dentro del hospital porque estábamos todo el día. A veces terminábamos de comer y yo me iba a la habitación de ellos, entonces pasábamos el tiempo jugando a las cartas, al dominó. Pero afuera ya no; yo acá tenía mis amigos.

¿Hace cuanto tiempo se produjo la externación del hospital de rehabilitación?

Y mira el día que me dieron el alta en el hospital fue el 25 de mayo.

¿Qué actitud tomaste frente a los cambios producidos por el TEC al llegar a tu casa?

Y fue un poco difícil, paciencia tuve que tener y tratar de llevarlo lo más paciente posible. Porque sabía que esto era pasajero. Esto fue siempre desde el primer día, poniendo paciencia, nunca me decaí. También mis amigos estuvieron siempre, mi familia.

¿Con que limitaciones te encontraste al volver?

Y si un poco sí, porque bueno yo no caminaba, a bailar no pude ir más. Si tuve limitaciones. De hecho ya el hecho de bañarme en la ducha, cosas de la vida cotidiana. El caso de la mano misma la tenía para arriba...y ahora hago de todo, lavo la ropa.

¿Tuviste que hacer alguna modificación en la vida cotidiana?

Bueno, como pasaba todo el día es como que tuve que hacer otras actividades, no sé leer libros...yo antes no leía, va leía nada más las cosas que estudiaba. Y bueno de hecho empecé a leer libros porque no se me pasaba más. Un amiga me prestó un libro que se llama "El secreto" y bueno ya casi lo termino.

En caso afirmativo:

¿Tomaste alguna actitud frente a estas dificultades/limitaciones?

Y pensar que esto es pasajero.

¿Qué diferencia encontrás entre el antes y el después de la internación/externación en tu vida personal?

Y bueno yo quiero volver a estudiar, menos el tema de animaciones que hacía antes. Bueno volver a trabajar no sé, pero en marzo se vuelven a inscribir para retomar la carrera mía y me voy a anotar porque me faltaba lo último, nada la residencia. Sí, quiero continuar la vida que llevaba antes.

¿Contaste con algún tipo de red de apoyo social desde el momento que fuiste externada del hospital?

Sí, mi familia, mis amigos, tuvieron que ver con mi recuperación. No te voy a mentir había momentos en que me ponía a llorar y me preguntaba porque a mí. Estaba enojada más que nada con la vida y no entendía porque a mí, si yo no hice nada malo,

no tomaba, no me drogaba; no entendía porque viste. No entendía. Pero bueno después se supera. Que se yo, cuando me agarraban esos momentos de bajón trataba de estar con mis amigos, visitar a mi tía, despejarme viste...

En el caso afirmativo:

¿Qué diferencia encontrás entre el antes y el después de la internación/externación para con tu red de apoyo social?

Es como que ya me animo a estar sola. No me gusta depender de nadie. Pero esto de no tener plata es una dificultad porque no me gusta depender de nadie.

¿Cuáles son tus sentimientos actuales frente a la situación en la que te encontrás?

Yo creo que a mí me cambio un montón el aspecto de ver la vida, de disfrutar cada momento. Lo único que noto es que yo estoy muy alterada, ya me decís algo y como que voy a la pelea. Yo antes era muy sumisa, muy calladita. Y ahora nada que ver, me hice más fuerte después del accidente, crecí, me ayudo un montón a madurar. De hecho en marzo quiero arrancar a estudiar. Quiero salir otra vez al mundo.

Capaz que voy a tener que afrontar cosas no me va a ser fácil. Pero bueno voy a tener que poner voluntad, fuerza. Ya el hecho de subir al colectivo me cuesta, la gente misma...como que me mira...pobrecita una chica joven. Antes me importaba lo que la gente, pensaba o decía, ahora aprendí a que no me importa, primero yo después yo. No sé si está bien o está mal, pero es así.

¿Qué consideras que hoy es un facilitador y un obstáculo para reinsertarte?

Y mi nueva actitud...yo hable con varias profesionales del Rocca, y dijeron que es normal porque yo tuve un gran cambio en mi vida. Yo no voy a volver a ser la que fui antes. Es algo en la vida que me marco y me marco para siempre. Ahora trato de ser espontánea, de ser yo misma y siento que estoy preparada para salir al mundo. Antes es como que le tenía miedo a la gente, me callaba la boca. Y ahora no, nada que ver. Siento que me hago respetar.

Andrés

Presentación.

¿Cuándo tuviste el accidente?

El 6 de diciembre de 2010

¿Cómo fue?

No, en ese momento se me borró todo. Después me contaron cuando salí de coma. Me choco un colectivo que cruzo en rojo, me arrastró 80 metros. Cerca de la cancha de Huracán. Tenía 25 años el pibe, 3 meses en la empresa.

¿Qué hacías antes?

Trabajaba en la agencia y yo justo a fin de año estaba en tratativa de vender la agencia y trabajar en la cervecería Quilmes y justo me pasó esto, todo para atrás. También atendía con ella la perfumería. Compraba y vendía motos, siempre para juntar más plata

¿A qué te dedicabas?

Compraba y vendía motos y tenía la mensajería.

¿Dónde vivías? ¿Con quién?

Mira mi papá tiene la casa a 4 cuadras. Esta casa es de mi abuelo. Yo acá vivo con ella desde 2010.

¿Cuánto tiempo permaneciste internada/o?

3 meses en el Roca y 3 meses en el Penna. Vine a mi casa y comencé en Burzaco con rehabilitación ambulatoria y al día de hoy no hago más nada. En Burzaco hago pileta, hidroterapia y también en una clínica de Lomas.

¿Pudiste armar algún vínculo en el hospital en ese tiempo?

Si con Lucas, con el otro chico...yo no hablo bien y el otro chico menos que yo, yo todo por seña; que se llama Cristian. Con él hablábamos todo por seña, él no decía ni a. Lo agarro una patota y casi lo mato, lo tiraron a una vía...

¿Volviste a ver a esas personas?

No, ni por mensajes, porque no escribía...a veces con Lucas le mandaba mensajes y con Noelia a veces hablábamos por facebook. Después al día de hoy, hablo siempre con tres chicas residentes, dos se recibieron y una se recibe el mes que viene creo.

¿Consideras que te ayudaron en algo?

Cuando estaba ahí, si, me ayudaron a comunicarme. Me contaban cosas, yo contaba. Me ayudaron a acordarme de cosas. Cuando estaba en el Penna no me acordaba de

nada. Cuando estaba en el Rocca me empecé a acordar más y empecé a hacer amistades. Con la de T.O, con los chicos que estaban internados ahí, con todos, que nada que ver donde yo estaba. Estaban en otro lugar. Jugábamos siempre al dominó. Y cuando yo me fui de alta me hicieron una carta que firmaron todos los chicos.

¿Hace cuanto tiempo se produjo la externación del hospital de rehabilitación?

En junio, 9 meses

¿Qué actitud tomaste frente a los cambios producidos por el TEC al llegar a tu casa?

Cuando vine del Rocca, yo ya venía los fines de semana. En el otro hospital yo estaba totalmente aislado (Adriana: No se acordaba de nada), cuando estuve en el Rocca paso mucho porque venía los fines de semana.

¿Con que limitaciones te encontraste al volver?

Cuando volví del Rocca notaba que yo no era igual, no tenía la misma movilidad hasta el día de hoy el habla. Ahora hablo un poco mejor, eh...cuando me fui del Rocca me paraba un poquito, ni caminaba. Cuanto estuve un mes? No podía ni caminar ni hablar.

¿Tuviste que hacer alguna modificación en la vida cotidiana?

Yo a fines de diciembre vendí la mensajería, no la tengo más. Me di la baja de autónomo para jubilarme un tiempo, y cuando yo trabaje en una empresa en blanco me doy de baja. Por eso me estoy haciendo el trámite de la jubilación. Creo que en abril tengo una junta médica. Es todo un tema...

Yo acá en casa trato de hacer lo más posible, lavo los platos, hago la cama; salimos a pasear. Mañana justamente tenemos el bautismo de mi ahijado en Mercedes vamos a allá con mis papás.

¿Tomaste alguna actitud frente a estas dificultades/limitaciones?

Y...no es lo mismo que antes, este accidente me limitó un montón, deci que uno está vivo...yo tenía un 4% de posibilidades de vida, estaba más muerto que vivo y por un lado esto de no poder hablar me limitó mucho. Yo me sentía mal. Yo no podía trabajar, hacer cosas, me limitó un montón, es como que a mí me cortó la vida...es todo un tema...

¿Qué diferencia encontrás entre el antes y el después de la internación/externación en tu vida personal?

(Adriana: Hubo cambios, pero bueno hay que adaptarse a todo), los cambios fueron porque yo siempre estaba en casa más tiempo. (Adriana: antes del accidente él era una

persona que nunca estaba en casa, estaba con los autos, con las cosas...y de repente cuando llego acá se encontró en que no podía. Y bueno tuvo sus altibajos de que no podía moverse para ningún lado, de que no podía salir para ningún lado y bueno era difícil...) Estar tanto tiempo en casa me mata, a veces me voy para salir... Ahora estamos un poco mejor...desde que él se dio cuenta que puede caminar y bajar el cambio. Cuando me dieron el alta en el Rocca vine a mi casa y arme las dos motos. Puse en marcha las dos motos, la chocada (que no parecía que le había pasado nada, estaba peor yo) y la otra. Me fui a buscar repuestos de la moto y la arme, me duro una semana. También vendí el auto, como yo siempre compraba y vendía..., ahora no tengo más nada. En setiembre por ahí, me compre otro auto.

¿Cómo te llevabas antes y ahora con ella?

(Adriana: Nosotros van a hacer 4 años que estamos juntos, y nos conocemos desde que tenemos 14 años. Éramos amigos) pero lo que pasa que nos conocemos desde que tenemos 14, éramos amigos.

¿Contaste con algún tipo de red de apoyo social desde el momento que fuiste externado del hospital?

No, en el Rocca no fue nadie, solamente estaba ella (Adriana). Estaba prohibido que te vayan a visitar (Adriana: No estaba prohibido, había un horario de visita de 17 a 19 hs. Lo único que estaba prohibido era que se queden con vos día y noche, que al principio me dejaban solamente quedarme 2 veces.

¿Qué diferencia encontrás entre el antes y el después de la internación/externación para con tu red de apoyo social?

Antes del accidente tenía amigos, amigas, un montón. Tengo amigos, no tanto como antes, antes tenía un montón, pero después te das cuenta como son las personas. Mis hermanos estuvieron durante cuando estuve internado, pero nunca tuvimos mucha relación. Yo tengo 2 hermanos, uno me lleva 6 años y el otro 7; ellos dos siempre anduvieron juntos, yo no.

¿Qué respuesta/s respuestas o no encontraste de los mismos?

Todos estaban por lo que yo tenía, yo siempre fui o soy muy humilde, yo ganaba bien, tenía auto nuevo y siempre lo usaban mis amigos...Nos íbamos de viaje, cargábamos las cosas en el auto y nos íbamos. Y bueno ahí te das cuenta quiénes son tus amigos y quiénes no. Yo “amigos” tenía muy pocos, después te das cuenta quien esta y quien no está.

¿Cuáles son tus sentimientos actuales frente a la situación en la que te encontrás?

Ahora yo estoy esperando curarme, y estar yo mejor. Esto creo que es muy lento, mira que yo le pongo pilas. Mira una piba me prestó la bici fija y a veces hago, no mucho porque en el Rocca me dijeron que te agarra espasticidad, y hago eso. Yo me siento limitado, no soy el mismo de antes. Yo quiero estar bien y trabajar de vuelta. No puedo vivir de la jubilación. Cerramos la perfumería y ella se fue a trabajar con un cliente mío que vende equipos de electro medicina. Mi proyecto es estar bien yo, caminar bien, hablar bien. Yo ya de fono tengo el alta. Yo si digo las palabras bien lentas las digo bien

¿Qué consideras que hoy es un facilitador y un obstáculo para reinsertarte?

Y un facilitador es toda la garra que pongo, (Adriana: algo que lo ayudo a tener paciencia es estar todo el día frente a la computadora, antes no le daba bolilla; ahora está todo el día hablando con los amigos). Yo en la compu veo autos por internet, motos; el auto que me compre lo compre en mercado libre hablo con chicos y chicas compañeros míos de la secundaria. Con el auto salgo me distraigo, voy a la clínica...Una vez un hombre me vio manejar y me dijo que no parece que yo hubiese tenido un accidente...adentro del auto ni te das cuenta...

Constanza

¿Qué significó el TEC de tu pareja para vos?

Cuando me entere que me llamo el policía porque yo estaba en el negocio, yo pensé que él iba a tener una pierna quebrada o el brazo quebrado pero nada más, y cuando lo vi y nos dijeron el parte médico de cómo él estaba, es como que se te viene el mundo abajo. No lo puedes creer, decís como haces ahora para seguir. Porque nosotros teníamos la perfumería, la mensajería, él tenía los chicos trabajando...Fue lo peor de lo peor.

¿Anteriormente realizaban actividades en conjunto? ¿Compartían actividades?

Antes del accidente, 2 meses antes yo me mude acá, porque yo vivía con mis padres en Mercedes, porque estaba trabajando allá y solo venía los fines de semana para verlo a él. Él tenía una chica en el teléfono en la mensajería y él un día me dijo que no me fuera más, que me quedara; y bueno me puso a mí en el teléfono para estar juntos. Yo entonces me vine a vivir acá. Y entonces estábamos casi todo el tiempo en contacto.

En el caso de respuesta positiva: ¿Cuáles?

...Entonces estábamos casi todo el tiempo en contacto como trabajábamos juntos. Además íbamos a comer, porque no somos de ir a los boliches a bailar, ir a la casa de los chicos; hacíamos todo juntos.

¿Mantuvieron contacto durante la internación?

Si, Él cuando entro al Rocca, yo vivía ahí con él, yo cuando él entraba el lunes, yo también me hacía mi bolso. Así que yo estaba con él y atendía el teléfono...Hasta que la doctora me dijo que yo no podía estar más; pero él quería que yo este con él. Me quedaba a dormir, comía en el hospital, me bañaba en el hospital, todo, como que yo no tenía vida, era solamente estar ahí. Y eso te cansa un poco, pero era lo que él necesitaba. Y encima a él se le mete algo en la cabeza y no entendía que la doctora no me dejaba quedarme a dormir, no me importa, me decía, te tenes que quedar igual. Una vez se peleo con la doctora porque no me dejaba y a raíz de esa pelea me dejó quedarme. Y a raíz de eso me dijo la doctora que me quedara 2 días y yo me escondía. Pero como había una relación buena con los enfermeros yo me quedaba sin que la doctora se dé cuenta.

¿Se realizaron cambios en el hogar? ¿La rutina de la familia?

El tuvo el accidente y estaba trabajando en la mensajería. Yo decía como hago..., y bueno los chicos aparte de trabajar con él, uno era amigo de él. Y entonces como yo casi que vivía en el hospital ellos se encargaban de hacer todo, yo lo que hacía de vez en cuando, cuando me llamaban a mi celular un cliente, yo levantaba los viajes y lo asaba por Handy a los chicos. A sí que estaba en el hospital con él, atendiendo el teléfono, pero la mayor parte de las cosas los chicos me daban una mano en ese sentido. Hubo un cambio en la rutina, en todo sentido, porque "él dependía de mí", porque era la persona que estaba siempre con él. Él no podía hacer muchas cosas, él podía cambiarse, con sus limitaciones pero se cambiaba solo, lo único que hasta el día de hoy no se baña solo

¿Qué actitud tomaste frente a los cambios producidos por el TEC en Fabio al llegar nuevamente a la casa?

Y si hubo cambios en todo porque él dependía de mí, porque era la persona que estaba siempre con él. El podía cambiarse y yo por ahí lo ayudaba a ponerse las zapatillas y él se ataba los cordones o sea con sus limitaciones pero se cambiaba solo. Lo único que hasta el día de hoy no se baña solo, porque nosotros tenemos bañera...y entrar a la bañera, eh yo tengo miedo que se caiga y que le pase algo porque la bañera es muy resbalosa. Entonces prefiero ayudarlo yo a bañarse, lo ayudo a entrar a la bañera, pero es cuestión de estar mirándolo. Y después yo le pongo el shampoo y el se lava solo, lo enjuago lo único, lo ayudo a salir, lo seco; él por ahí se seca pero la espalda, la parte de atrás lo ayudo a secarse... y eso cambio un montón. Digamos que él se hizo súper dependiente de mí al principio.

¿Tuviste que realizar alguna modificación en tu vida cotidiana?

Y si.

En caso afirmativo: ¿Tomaste alguna actitud frente a estas dificultades/limitaciones?
¿Cómo se atravesaron esos cambios?

Y bueno fue así y yo soy la persona que está al lado de él, y lo tengo que ayudar en todo. Y fuimos superándolo a medida que él fue avanzando. Yo cuando tuve la oportunidad de ir a trabajar afuera, yo sufría, yo decía como va a ser él tiene una escalera para subir, para bajar. Aparte yo soy una persona que se que él lo puede hacer pero yo le estoy atrás, Fabio cuidado con esto, con aquello; capaz que no le va a pasar nada, pero tengo miedo que se caiga, que no sé algo...Y a veces digo que ya no parezco tanto la novia sino que lo cuido como si fuera un hijo, ya pasa por otro lado. Lo que pasa es que él quiere ser el mismo y todavía no puede y se descarga con cualquier cosa.

¿Qué diferencia encontrás entre antes y ahora en tu vida personal para con Fabio?

Como que a veces está muy nervioso...él cambio y hay veces que vos decís basta al toque. Pero bueno pasa también por el amor. Porque yo a veces estoy cansada y después lo veo y bueno hay que tenerle paciencia...ya va a pasar. Creo que pasa por ahí, porque si yo no lo hubiese querido, creo que no hubiera aguantado.

¿Contaste con algún tipo de red de apoyo social desde el momento que tu pareja fue externado del hospital de rehabilitación?

Mi vieja me ayudó un montón, cuando él estuvo internado, mi vieja se vino de Mercedes 3 meses a vivir acá, y ella como que me suplantaba para que yo pueda venir a descansar, a bañarme...Lo que pasa que cuando él empezó a estar mejor no quería que me fuera. Que no te vayas, que lávame vos, que cámbiame vos. Que quería que lo cambie los pañales yo, y la madre le quería cambiar y él decía que no, que ella no lo hacía como yo, que esto que lo otro y era como que tenía que estar ahí sí o sí. Yo si no podía verlo era como un dolor que sentía, que hasta el día de hoy me pregunto porque le paso. Pero bueno... no sé. Fue bronca, dolor y ahora que él está mejor eh me da un poco más de pilas, pero igual yo siempre le doy para adelante.

¿Qué diferencia encontrás entre el antes y el después de la internación/externación de tu pareja para con tu red de apoyo social?

No yo con mis familias no note una diferencia y no soy de tener amigas, yo soy más amiga de las novias de los amigos. Siempre fui yo sola, y mi madre y la madre de él, que nos ayudaba, que ella se quedaba a la noche; yo me quedaba durante todo el día. Pero no, estuve sola digamos...En el Rocca teníamos un vínculo muy fuerte con la mamá de Lucas y con la mamá de Cristian y con la mamá de Noelia. Ese vínculo me sirvió estando ahí, porque nos dábamos fuerza una a la otra. Pero me sirvió en ese momento, porque después él salió de alta, todos salieron de alta y la verdad que no...

¿Cuáles son tus sentimientos actuales frente a la situación en la que te encontrás y se encuentra tu pareja?

Yo estoy bien, porque él está bien. Estoy como un poco agotada de todo, pero estoy bien...ósea si él está bien...recién ahora me está cayendo la ficha. Ahora como que se siente todo, pero porque uno se relaja o decís ya paso lo peor, él ya está bien, ya camina, sale. Él me conoce como soy yo, él sabe que antes yo era una persona que si veía a alguien mal lloraba, yo soy así re sensible; y cuando a él le paso lo que le pasó, no lloraba delante de él, trataba de ser fuerte aunque a veces no podía, pero bueno trate de cambiar eso. Ahora nuestros proyectos son aparte de que él se cure, formar una familia, tener nuestra casa...

¿Qué consideras que hoy es un facilitador y un obstáculo para atravesar esta situación?

Ahora que empecé a trabajar a fuera me ayuda bastante, pero por ahí cuando viene mi mamá a visitarme, después no porque yo soy una persona que está acá, siempre acá, no es que salgo; si salgo, salgo con él sino no salgo. No soy una persona de ir a visitar a nadie. Estoy todo el día acá. Es tratar de estar fuerte mentalmente y acompañarlo y que todo vaya bien. Hay que tener fe y meterle para adelante.

Bibliografía

- AZNAR, Andrea y GONZÁLEZ, Castañón, Diego. “¿Son o se hacen?: El campo de la discapacidad intelectual estudiado a través de recorridos múltiples”. 1º edición. Editorial Noveduc. Buenos Aires. 2008.
- BARG, Liliana. “Los vínculos familiares, reflexiones desde la práctica profesional”. Espacio Editorial. Buenos Aires, 2004.
- BLASCO, Enriqueta en DELL’ANNO, Amelia y otros. “Alternativas de la diversidad social: Las Personas con Discapacidad”. 1ª edición Buenos Aires: Editorial Espacio 2004.
- BLASCO, Enriqueta. “Calidad de vida y autodeterminación. Reflexiones sobre el programa de acogida en un hogar para personas con graves discapacidades” en DELL’ANNO, Amelia y otros. “Alternativas de la diversidad social: Las Personas con Discapacidad”. 1ª edición Buenos Aires: Editorial Espacio 2004.
- BLASCO, Enriqueta. “Reflexiones sobre la ley N° 24.901 y su relación con los actuales paradigmas sobre la disparidad” en La nueva mirada de la discapacidad. Material de Cátedra. Seminario Discapacidad, Rehabilitación y Sociedad Actual. 2010.
- BOLWY, J. Porches of morning. Int. J. Psychoanal. 1961.
- BORDIEU, Pierre. Cosas Dichas. Gedisa. Buenos Aires. 1988.
- BOVER BOVER, A. “Cuidadores informales de salud del ámbito domiciliario: percepciones y estrategias de cuidado ligadas al género y la generación” en Luxardo, Natalia. “Morir en casa: El cuidado en el hogar en el fin de la vida”. 1ª edición. Buenos Aires. Biblos. 2010
- BROGNA, Patricia (comp.). “Visiones y revisiones de la discapacidad”. Fondo de cultura Económica. México. 2009.
- BURY, M. “Chronic Illnes as Biographical Disruption” en Sociology of Health and Illness. Departament of Health and Social Care. Royal Holloway, University of London. Londres. 1982.
- CANALES CERÓN, Manuel. Sociologías de la vida cotidiana. 1995.
- CARBALLEDA, Alfredo Juan Manuel. La intervención en lo social como dispositivo. Una mirada desde los escenarios actuales. Revista Nacional de México. UNAM. 2011

- CARBALLEDA, Alfredo Juan Manuel. Trabajo Social y padecimiento subjetivo, N° 3. Colección Cuadernos de Margen. Espacio Editorial. Buenos Aires. 2009.
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. 2006.
- DE JONG, Eloísa. “Trabajo social, familia e intervención” en “La familia en los albores del nuevo milenio. Reflexiones interdisciplinarias: un aporte al Trabajo Social”. Eloísa de Jong, Raquel Basso, Marisa Paira (compiladoras). Espacio Editorial. Buenos Aires, 2001.
de vida y enfermedad”.
- DELL’ANNO, Amelia y otros. “Alternativas de la diversidad social: Las Personas con Discapacidad”. 1ª edición Buenos Aires: Editorial Espacio 2004.
- DÍAZ y otros. “Cuaderno de investigación N°3. Significados del trabajo, Identidad y ciudadanía. La experiencia de hombres y mujeres en un mercado laboral flexible”. Centro de estudios de la mujer.
- Diccionario de la Lengua Española. Espasa-Calpe. 2005.
- Diccionario de la Real Academia
- DRA. VON ZESCHAU, María Jesús. “TEC: Bases para el Tratamiento de Rehabilitación. 17-5-2011”. Hospital Manuel Rocca. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Curso de Medicina de Rehabilitación. Año 2011.
- FERNÁNDEZ RÍOS. 2003. en GARCÍA VIÑIEGRAS, Carmen R. Victoria. Calidad de vida. Aspectos teóricos y metodológicos. Paidós. Buenos Aires. 2008.
- GARCÍA VIÑIEGRAS, Carmen R. Victoria. Calidad de vida. Aspectos teóricos y metodológicos. Paidós. Buenos Aires. 2008.
- GARRIDO RAMÍREZ en BROGNA, Patricia (comp.). “Visiones y revisiones de la discapacidad”. Fondo de cultura Económica. México. 2009.
- GOFFMAN, Erving. Estigma, la identidad deteriorada. 1963. 2º Edición. Buenos Aires. Amorrortu. 2008
- GONZÁLEZ CHÉVEZ, Lilian. “Capital social y transferencia de saberes entre las mujeres del subproletariado urbano” en Luxardo, Natalia. “Morir en casa: El cuidado en el hogar en el fin de la vida”. 1ª edición. Buenos Aires. Biblos. 2010
- GOYENECHE, Rosana; PICCININI, María Teresa. El arte de acompañar: niños y adolescentes. 1ª edición. Buenos Aires. Letra Viva. 2011.
- HARVEY L, Roig MT. “Coloquio Europeo sobre la familia del traumatizado craneoencefálico. Resumen y conclusiones”. Bruselas, 1987.

- LAZARUS Y FOLKMAN. 1984 en “Afrontamiento, Apoyo social, Calidad de vida y enfermedad” Rodríguez-Marín, Jesús y otros.
- LEVY Y ANDERSON. 1980. en GARCÍA VIÑIEGRAS, Carmen R. Victoria. Calidad de vida. Aspectos teóricos y metodológicos. Paidós. Buenos Aires. 2008.
- Ley 22.431 Sistema de Protección integral de las Personas con Discapacidad. 1981.
- Ley 24.901 Sistema de Prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad. 1997.
- LIC. AGUILAR PÉREZ, Irianis y DRA. GINARTE ARIAS, Yurelis. “Consecuencias neuropsicológicas de los traumatismos craneoencefálicos.” Revista cubana de medicina v.41 n.4 Ciudad de la Habana. Julio - Agosto 2002.
- LUXARDO, Natalia. “Morir en casa: El cuidado en el hogar en el fin de la vida”. 1ª edición. Buenos Aires. Biblos. 2010
- MALLARDI, Manuel W. y OLIVA, Andrea (comp) Aportes táctico – operativos a los procesos de intervención del Trabajo Social.
- MELILLO, Aldo; SUÁREZ OJEDA, Elbio Néstor y RODRÍGUEZ, Daniel. Resiliencia y Subjetividad. Los ciclos de la vida”. 1ª edición, 2ª reimpresión. Buenos Aires. Editorial Paidós. 2008
- NUÑEZ, Blanca. Familia y discapacidad. Lugar Editorial. Buenos Aires. 2007.
- PEÑA GALLARDO, C. “Repercusión de la discapacidad en la familia. Jornada sobre afectividad y discapacidad”. Barcelona, 1997.
- PÉREZ, Mariela. “Terapia Ocupacional en un Hospital de Agudos”. Apunte de la Carrera Terapia Ocupacional. UBA. Buenos Aires. 2006.
- POSSE, Federico; VERDAGUER, Silvia. La sexualidad de las personas discapacitadas. 2ª edición. Buenos Aires. Fundando Espacios. 1993.
- QUIROGA, H. “Democracia, ciudadanía y el sueño del orden justo” en CUSTO, Esther. Salud Mental y ciudadanía: Una perspectiva desde el Trabajo Social. 1ª edición. Buenos Aires. Espacio Editorial. 2008.
- ROBLES, Claudio. Supervisar ¿Para qué? Lo oculto tras la resistencia. Espacio Editorial. Buenos Aires. 2011.
- RODRÍGUEZ, Silvana. “Dilucidando desde el Trabajo Social dificultades y posibilidades de la intervención en drogadicción” en CARBALLEDA, Alfredo

Juan Manuel. Trabajo Social y padecimiento subjetivo, N° 3. Colección Cuadernos de Margen. Espacio Editorial. Buenos Aires. 2009.

- RODRÍGUEZ-MARÍN, Jesús y otros. “Afrontamiento, Apoyo social, Calidad
- ROJAS SORIANO, Raúl. Sociología Médica. Colección Folios Universitarios. 1995
- SARQUIS, Graciela; Zacañino, Liliana. “La resiliencia como herramienta. Quehaceres, haceres y deshaceres de un equipo de salud comunitaria. En MELILLO, Aldo y otros. Resiliencia y Subjetividad. Los ciclos de la vida”. 1ª edición, 2ª reimpresión. Buenos Aires. Editorial Paidós. 2008
- SCHUTS, Jaime. y otros. Redes, Vínculos y Subjetividad: Su recomposición como objetivo terapéutico. Lugar Editorial. Buenos Aires. 1999.
- SOMALÍA, Juan. La discapacidad en Argentina. Un diagnóstico de situación y políticas públicas vigentes al 2005. Fundación Par. 2005
- STOLKINER, Alicia. “Interdisciplina II: lo transdisciplinario como un momento o como un producto” en La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. Publicado El campo psi. Junio. 1999.