

ACERCA DE LA INTERVENCIÓN, DE LA IDENTIDAD Y ESPECIFICIDAD DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA TEMÁTICA DE LA MATERNIDAD ADOLESCENTE

Miguel, María Petrona

Hospital Interzonal H.I.G.A Luisa C. de Gandulfo,

Lomas de Zamora, Provincia de Buenos Aires

mariapmichel@gmail.com

RESUMEN

El presente trabajo se propone recuperar el aporte del Trabajo Social al campo de la salud, a partir de la reflexión sobre la experiencia realizada en la temática de maternidad adolescente. en el Hospital Luisa C. De Gandulfo, Lomas de Zamora, Provincia de Buenos Aires.

La actividad desarrollada por el Servicio Social Hospitalario en la atención de madres adolescentes, permite elaborar un análisis en dos niveles. Por un lado, identificando los componentes que constituyen la intervención del trabajador social en el campo de la salud, así como su articulación con la práctica profesional de otras disciplinas que se desempeñan en el hospital.

Por otra parte, reconociendo las distintas dimensiones que conforman el fenómeno de la maternidad adolescente, inclusive las percepciones del equipo de salud respecto a este tema. Al respecto, la iniciativa parte de desmitificar las cuestiones vinculadas a esta temática, que operan como obstaculizadores para una atención integral.

¹ Miguel, María Petrona: Profesional de Planta concursado, del Hospital H.I.G.A Luisa C de Gandulfo, Lomas de Zamora, Provincia de Buenos Aires.- Master Internacional en Gestión Social y Gerenciamiento Público- USAL; Maestranda en Trabajo Social; Pontificia Universidad Católica de Sao Pablo- Brasil.. Lic. en Servicio Social, UBA - Investigadora Nacional- Ex – Becaria Histadrut Israel- Ex – Becaria OEA- Ex – Becaria Ministerio de Bienestar Social – República de Guatemala. Docente Titular : Teoría y Metodología de las Instituciones y Campo II (Licenciatura en Trabajo Social). Facultad de Ciencias Sociales de la UNLZ.

En este marco, los objetivos se refieren a:

Delimitar el rol del Trabajador Social dentro del Servicio de Obstetricia con relación al abordaje de la maternidad adolescente.

Profundizar aspectos relacionados a la identidad y especificidad del Trabajo Social.

Dar a conocer un modelo dinámico de intervención orientado a la atención integral de la madre adolescente

Promover la necesidad de abordar esta temática desde un enfoque interdisciplinario

La construcción del modelo de abordaje se centra en la sistematización de la práctica profesional, cuyos ejes principales son: el diagnóstico integrado, la inclusión de distintas disciplinas, la articulación con otros sectores, la movilización del usuario y su entorno como sujeto activo en la producción de salud.

PALABRAS CLAVE

Trabajador social, identidad, maternidad adolescente

ABSTRACT

ABOUT INTERVENTION, IDENTITY AND SPECIFICITY OF SOCIAL WORKER IN THE TEENAGE MATERNITY

This work pretends to regain the Social Work appliance in the health field, from the experience made in teenage maternity in the Hospital Luisa C. De Gandulfo, Lomas de Zamora, Provincia de Buenos Aires.

The activity developed in the Hospital Social Service in teenage mothers attention allows to elaborate a two level analysis. In one hand, identifying the components that constitute the social worker intervention in health and also stating their articulation with the professional practice of other disciplines that develop in a hospital.

By the other hand, recognizing the different dimensions that make the teenage maternity phenomenon, even the perceptions of the health team respect this issue. So to this, the initiative comes from demystifying the issues related to this subject that operate as obstacles for integral attention.

KEYWORDS

Social worker, identity, teenage maternity

ACERCA DE LA IDENTIDAD, ESPECIFICIDAD Y ROL DEL TRABAJO SOCIAL EN EL CAMPO DE LA SALUD:

La referencia histórica de la especificidad de Trabajo Social remite a las llamadas formas de ayuda y de asistencia social, no como meros antecedentes, sino como las prácticas de donde se desprende el Trabajo Social como una profesión.

Las formas de ayuda y asistencia no son etapas cronológicas de una supuesta evolución de Trabajo Social, sino que son prácticas previas y autónomas a esta práctica profesional. Cada una de ellas surgió y se desarrolló ante los efectos de diferentes circunstancias sociales y en distintos procesos, y hasta el día de hoy se continúa ejerciendo la caridad y filantropía, la beneficencia y la política, simultáneamente al desarrollo de Trabajo Social como quehacer profesional.

Desde este encuadre, entiendo al Trabajo Social como una profesión centrada en una práctica social crítica, que encuentra su especificidad en la producción de conocimiento, a través de un proceso de reflexión – acción.

La identidad profesional es una construcción histórica, compleja, polifacética, contradictoria. En esta perspectiva, ya no hay espacio para hablar de una identidad, sino de identidades plurales, siempre contingentes y precarias.

"El tema de la identidad no se sitúa sólo en una encrucijada, sino en varias."(Lévi-Strauss)

No se podría decir nada de la identidad sin aludir a la diferencia que es la que la distingue, la que le fija sus contornos. Aristóteles dice que toda diferencia tiende a una 'precisión específica' que la defina como tal diferencia, por lo que buscará separar lo de una cosa, de lo de las demás cosas, lo que le permitirá señalar y defender las fronteras o límites de cada cosa separada, afirmando a cada una en su peculiaridad, -esto es, en su identidad-, que la afirmará, a su vez, frente a las otras cosa(Aristoteles).

Por su parte, Hegel afirma la misma idea al expresar que es la diferencia la que determina la identidad, como es la identidad la que define la diferencia.

De tal manera, que es mediante la diferencia que yo existo como una unidad distinta y, por lo tanto, distinguible por los Otros. Es por la distinción con que me define mi

diferencia, que proyecta una forma y un carácter discernible para los demás y no me diluyo en un mar de lo homogéneo. Así, soy yo quien reafirma mi propia identidad al constatar mi diferencia con respecto a los Otros que los hace distintos a mí, y es a la vez la identidad de los Otros la que define la diferencia que constatan en mí. No puedo evadirme de la diferencia aún cuando me esforzara en fundirme en otro cuerpo.

Lo que interesa es la interdependencia entre la identidad personal y el mundo social.

E. H. Erikson hace notar la relación mutua entre la identidad del hombre y el mundo que lo rodea, en el sentido que el hombre busca dar identidad a este mundo, de modo tal que, a su vez, este mundo pueda darle identidad a él.

Desde estas relaciones y representaciones, un sujeto -sea individual o colectivo- construye su autoimagen y la imagen del otro: la identidad se estructura, se mantiene o se modifica en relación con otros.

Para el Trabajo Social, la identidad no es solo una definición acordada por el colectivo profesional, tampoco es una serie de rasgos o características que portamos, sino que es todo ello y además, también se constituye de la mirada que los otros construyen sobre nosotros. La mirada de los otros marca profundamente nuestra mirada sobre nosotros mismos, y es por ello que también nos constituye.

Nuestro campo de intervención, viene siendo poblado por múltiples sujetos, que no están sólo en la pobreza, ni cautivos de las Políticas Sociales del Estado.

Es posible hablar de un campo de intervención pertinente a nuestra disciplina que se delimita recuperando ciertas constantes de las diferentes lógicas del campo social, y que se estructura como campo profesional. Es decir, hay un núcleo duro de nuestra identidad que se mantiene, y que de alguna manera hace -sin caer en planteos esencialistas- a la esencia de nuestro oficio y al sentido de nuestra profesión. Ese núcleo duro radica en que el Trabajo Social -que, como toda práctica social, está estructurada por una situación macrosocial estructurante- significa una intervención social con el propósito de transformar o estabilizar cierto aspecto de la realidad social. En tanto práctica social, y distinguiendo a las prácticas por su objeto, "Trabajo Social es al mismo tiempo una práctica distributiva y una práctica cultural".

Preguntarse por los sujetos es preguntarse por su modo de subjetivación, esto es, cómo las condiciones de vida se internalizan en la estructura de personalidad. En términos de Sartre, implica preguntarse qué hace el hombre con lo que han hecho de él.

No hay pensamiento a priori en este terreno que sea fructífero. Es necesario atender a ciertos modos de subjetivación propios de prácticas sociales concretas y situadas.

Por otra parte, haciendo eco de la noción que indica que las Ciencias Sociales trabajan con “objetos que hablan” (Bourdieu, 1983) es imposible soslayar la problematización del objeto de nuestra disciplina: nuevos sujetos que construyen o redefinen, según se trate, nuevos objetos de intervención.

La Teoría Social ha admitido como constitutiva a ella la categoría de DIFERENCIA, abriendo así camino a distintas posibilidades de construcción a este respecto. En consecuencia hoy es saludable para el Trabajo Social hablar de la construcción teórica de su objeto tanto de estudio como de intervención, admitiendo diferentes conceptualizaciones según sea el marco teórico que se tome como referencia.

Por lo tanto, se afirma un proceso de reconfiguración del campo profesional: a él ingresan prácticas y representaciones sociales que emergen en torno a situaciones conflictivas que atraviesan los sujetos al vivenciar la ruptura de ciertas redes sociales, lo cual obstaculiza la realización de procesos que satisfagan sus deseos y necesidades (materiales-económicas; culturales; sociales o simbólicas). Todo ello, cualquiera sea el escenario desde el que estos sujetos participan en la producción-reproducción de la existencia social y en la distribución del ingreso, que indica niveles diferentes de consumo. Alejándome de posiciones economicistas, se reconoce en la actualidad que la posición en el campo económico es sólo uno de los ejes de integración o exclusión: hoy cobran también relevancia otras posiciones, como la de género, la étnica, el capital cultural, el capital social, las preferencias sexuales y otras.

Los profundos cambios a que asistimos dejan así un campo “minado” de identidades y prácticas sociales que hoy desafían la eficacia, eficiencia y oportunidad de las intervenciones profesionales, y en particular del Trabajo Social.

La intervención profesional tiene una intencionalidad transformadora que parte de la perspectiva política integral, y desarrolla una metodología específica, situada y concreta. Su accionar incorpora la óptica de los sectores populares, lo que conlleva una exigencia ético-política, de defensa y promoción de la dignidad y los derechos humanos, y de valoración de la cultura popular.

Trabajo Social interpela a la cuestión de la ciudadanía ya que se entabla a nivel de los derechos sociales, concebidos como espacio de construcción de sujetos que se emancipan de las limitaciones básicas que su condición le impone a su disposición.

El Trabajo Social ocupa un lugar privilegiado en el terreno de la acción social en relación a la ciudadanía o a la descuidadización.

El trabajador social interviene directamente sobre los problemas sociales, combinando recursos de distinta naturaleza y abordando en forma simultánea objetivos de tipo educativo, organizativo y operativo (en el sentido de la resolución de problemas).

Estas tres dimensiones de la práctica profesional permiten responder a las demandas concretas, y al mismo tiempo contribuir al protagonismo de los beneficiarios que se constituyen en actores sociales, asumiendo una actitud activa en la resolución de sus problemáticas. Asimismo, el enfoque educativo se orienta a reconocer capacidades y saberes de los usuarios como sujetos portadores de conciencia crítica.

Para abordar los interrogantes respecto a la legitimación del trabajador social como profesional, cómo lo consideran los demás profesionales del equipo de salud y sobre todo, cómo se posiciona el trabajador social en el accionar cotidiano; se torna imprescindible analizar las categorías profesional y trabajo y la relación entre ambas.

Profesional presupone saberes específicos, metodología de intervención propia, recursos y limitaciones en esos recursos, en tiempos y en sus propios saberes.

Según Yamamoto, profesional implica un sujeto con competencia para proponer, negociar, defender su campo de trabajo, sus cualificaciones y funciones. Requiere además, aprehender de la realidad para encontrar posibilidades pasibles de ser transformadas en proyectos alternativos de trabajo.

La constitución como profesión del trabajo social, según Netto, sucede al insertarse en el mercado de trabajo, o sea al establecerse la relación de asalariado, donde el trabajador social se hace vendedor de su fuerza de trabajo.

Ambos autores se enmarcan en una perspectiva histórico-crítica respecto al origen del trabajo social, desde la cual el mismo desempeña un papel político, cuya función se explica por la posición en la división social del trabajo.

Por lo tanto la práctica profesional está condicionada por las relaciones entre Estado y Sociedad Civil, o sea las relaciones entre clases. La constitución e institucionalización del trabajo social como profesión depende de una progresiva acción del Estado en la regulación de la vida social, esto es cuando toma a su cargo enfrentar las manifestaciones de la cuestión social.

La labor del trabajador social en el campo de la salud se configura a partir de dos ejes. Uno de ellos está determinado por el trabajo asistencial, tendiente a aliviar la situación de enfermedad y lograr la rehabilitación y reinserción social, mediante la orientación y la acción terapéutica sobre el individuo y su núcleo familiar, y la articulación de recursos del sistema de atención de la salud.

El otro eje se refiere a la promoción y prevención de la salud, orientado a fortalecer los aspectos saludables en el ámbito individual y colectivo, promoviendo hábitos y prácticas saludables mediante la labor educativa y organizativa, y facilitando la conjunción de recursos sanitarios y sociales para lograr una mejor calidad de vida.

Dentro del campo de la salud, la especificidad del Trabajo Social se hace manifiesta en la capacidad profesional para facilitar el trabajo interdisciplinario y la articulación intersectorial.

El trabajador social como parte integrante del equipo de salud, cumple un rol de sintetizador y mediador entre profesionales y pacientes, abriendo canales de diálogo y horizontalizando el vínculo entre el efector y el usuario. Esto se hace posible por la flexibilidad del rol, legitimado en la mirada integral del individuo y su entorno, y en la posibilidad de acceso a la problemática cotidiana de la gente y el análisis de su relación con el proceso de salud-enfermedad.

En cuanto a la articulación con otros sectores, sean efectores públicos, privados u organizaciones de la comunidad, se incluyen dentro del abordaje del Trabajo Social en el campo de la salud. Es decir, hace énfasis en las capacidades, potencialidades y habilidades de los distintos actores para resolver los problemas de "enfermedad" y mejorar las condiciones de vida de la comunidad.

La vinculación con otros sectores fuera del sistema de atención de la salud permite optimizar la disponibilidad de recursos, generando un trabajo en red a través de espacios de colaboración e intercambio. Estos producen un efecto sinérgico en los esfuerzos por producir salud en la población.

BREVE ANALISIS DE LA MATERNIDAD ADOLESCENTE

El análisis de esta temática se realizó a partir de los Estudios de la Mujer, con el objeto de elaborar conceptos nuevos y específicos que permitan atravesar la barrera de los estereotipos sobre el embarazo y la maternidad adolescente, pero también teniendo en cuenta los cambios operados en el rol social de la mujer en los últimos 50 años. Estas modificaciones en el macro-contexto influyeron en la forma de concebir el fenómeno, objeto de nuestro trabajo.

La maternidad en edades tempranas era, no hace muchos años, una práctica regular y esperada. Correlativamente a ella el lugar asignado y aceptado por la mujer también era otro. El "ser madre" como ámbito de realización de la mujer dentro de un funcionamiento social, ha sufrido grandes modificaciones.

La maternidad sigue siendo muy importante en la vida de la mujer, pero no excluye otros proyectos e intereses. Estos proyectos e intereses son los que han crecido, desplazando temporalmente el advenimiento de la maternidad e institucionalizando otros espacios de realización social de los que antes estaba excluida.

El embarazo adolescente empieza a aparecer como preocupación social en la década del '70. En 1974, la OMS comienza a prestarle atención dentro de la temática de la salubridad adolescente, lo plantea como un problema creciente y de capital importancia.

Como se menciono anteriormente, a raíz de los cambios socioeconómicos operados en las ultimas décadas y del impacto que estos han tenido sobre la población, la fecundidad ha descendido en forma sistemática tanto en nuestro país como en todo el continente. Sin embargo, este descenso no tuvo la misma intensidad en todos los grupos sociales, manifestándose una mayor proporción de embarazos entre los sectores más pobres, en las mujeres más jóvenes y en las zonas rurales.

En este marco, el embarazo adolescente aparece ligado a los sectores populares, donde

la pobreza, la desarticulación familiar, las migraciones, el desempleo y el bajo nivel de instrucción son factores que se combinan en la constitución de este fenómeno, ubicándolo como una "situación de riesgo" que lleva a un proceso de transmisión intergeneracional de la pobreza

Al respecto, existe una gran variedad de estudios que resaltan la mayor exposición de las adolescentes y sus hijos a la morbilidad materno-infantil, y otros efectos psicosociales sobre la madre y el niño como la interrupción del ciclo educativo, las desventajas en el ingreso al mercado laboral y la dificultad para formar pareja, lo que estaría evidenciando el carácter negativo del fenómeno en cuestión.!

Por otra parte, algunos autores señalan que no debe hablarse necesariamente de la madre adolescente como madre sola o soltera, porque una importante proporción de ellas viven con su pareja. También se plantean grandes diferencias entre la adolescencia temprana (10 a 14 años) y la tardía (15 a 19 años) siendo en este grupo donde se localiza la mayor parte de los embarazos

Con relación al riesgo de abandono del sistema educativo, se remarca que estas jóvenes dejan la escuela antes del embarazo y en general por la necesidad de trabajar y aportar a la economía familiar o para cumplir otras obligaciones en el hogar.

1 -Sanchez, D. y Valdes, X.

En el Gran Buenos Aires las mujeres entre 15 y 19 años constituyen el 18.6% de las mujeres en edad reproductiva, aportan el 2.7% de nacidos vivos y el 1.2% de embarazos perdidos. En este grupo de edad, aquellas jóvenes menos escolarizadas duplican el número de hijos respecto a las más educadas, el promedio es de 1 hijo contra 0.7. INDEC, 1996

Los niños nacidos en hogares pobres, donde por mala inserción en el mercado productivo-laboral tienen bajos ingresos, se desarrollan en condiciones de nutrición y atención desfavorables con poco acceso a la educación y a la salud, convirtiéndose en adultos que no logran ocupaciones de alta productividad, replicando así las condiciones de pobreza de sus progenitores en un círculo intergeneracional de pobreza. CELADE, 1998

El 60% de los embarazos en adolescentes ocurre entre los 18 y 19 años. Existe un 3% correspondiente a menores de 14 años, los que presentan características bio-psico-sociales diferenciales. Pantelides, 1995

Este modelo comienza aplicarse en la década del 50, y se basa en la concepción de sistema como un conjunto de elementos interdependientes que se agrupan en los subsistemas que lo componen y mantienen una relación de afectación mutua con el medio. Es primordial analizar la función que cumple cada integrante del sistema, como forma de comprender su funcionamiento. Franco, M. Y Blanco, L. 1998

Este modelo también se conoce como Modelo de Consejo y es el que más habitualmente se utiliza en el quehacer profesional del trabajador social. Franco, M. Y Blanco, L. 1998

Por otra parte, algunos autores señalan que no debe hablarse necesariamente de la madre adolescente como madre sola o soltera, porque una importante proporción de ellas viven con su pareja. También se plantean grandes diferencias entre la adolescencia temprana (10 a 14 años) y la tardía (15 a 19 años) siendo en este grupo donde se localiza la mayor parte de los embarazos

Con relación al riesgo de abandono del sistema educativo, se remarca que estas jóvenes dejan la escuela antes del embarazo y en general por la necesidad de trabajar y aportar a la economía familiar o para cumplir otras obligaciones en el hogar.

Siguiendo esta línea de investigación, se destaca que muchas veces las experiencias de maternidad temprana en los sectores populares urbanos están relacionadas a la transmisión familiar y a patrones culturales remanentes del patrón reproductivo rural. Es decir, que, para esas adolescentes la maternidad es una modalidad de resolución del "conflicto de pasaje" entre la niñez y la adultez que implica este período vital, en un contexto de vida precario que limita otras posibilidades de acceso al status social adulto. En este sentido, la maternidad es el proyecto de vida más importante de dichas adolescentes.

Dentro de ese contexto, el riesgo no estaría asociado directamente al embarazo o la experiencia de maternidad, sino más bien a las situaciones de inequidad generadas alrededor del acceso a la educación, la salud y el trabajo, lo que implica dificultades

para lograr condiciones de vida digna de la madre y el niño.

ACERCA DEL ABORDAJE HOSPITALARIO EN ESTA PROBLEMÁTICA:

Para poder abordar este tema, debemos realizar algunas distinciones que faciliten la conceptualización de un fenómeno tan heterogéneo y diverso. Muchos consideran al embarazo adolescente, como un problema. Nos preguntamos: ¿Por qué? ¿Es un problema

para la adolescente y su familia?, ¿ Es un problema para la sociedad?.. ¿ Es un problema para el Estado?.

Tal recorte de carácter operativo permite localizar a los actores que intervienen o participan de la problemática, como así también, dilucidar hacia quienes deben orientarse las políticas de Salud, las que de un modo directo o indirecto tendrán como destinatarias y beneficiarias a las jóvenes.

Debemos deslindar otros factores que se entrecruzan con esta temática: como la adopción, o en otro rango de problemas el aborto, el abuso, el incesto, el tráfico de niños, la prostitución, la explotación, etc. Estos constituyen problemas en sí mismos que pueden anteceder o preceder al fenómeno de nuestro interés y que requieren de conocimientos especiales e intervenciones de distinto orden que sería conveniente no mezclar en su análisis y conceptualización y que, en general, se encuentran confusamente tratados en numerosos análisis sobre la problemática.

En el embarazo adolescente - fuera de estos marcos- es de otro orden de cosas lo que pareciera tener que prevenirse. Así no estamos hablando de un problema en sí mismo, sino que estamos tratando de dar cuenta de sus dimensiones problemáticas. Dentro de estas dimensiones debemos mencionar el rol que adquiere la institución hospitalaria como promotora de la Salud Integral o como iatrogénica- al no abordar de manera operativa e interdisciplinaria a la joven embarazada y su contexto.

Intervenir en esta temática requiere del compromiso de la totalidad de profesionales

involucrados, siendo su trabajo legitimado desde la propia estructura hospitalaria. Es imprescindible que se aplique, previo conocimiento, y tenga plena vigencia dentro de nuestro Hospital, las normas programáticas nacionales y provinciales de la Salud Integral del Adolescente. En cuanto a nuestro tema en cuestión, dar plena vigencia, previo análisis y capacitación de todo el personal involucrado, a las normativas existentes de la Maternidad Adolescente.

Al respecto, recordamos la responsabilidad del sistema sanitario en el logro de mayores niveles de equidad en la salud de la población. Esto implica reconocer el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes con relación a la información sobre su propio cuerpo y sobre la prevención de patologías, la atención ginecológica y obstétrica, la disponibilidad de métodos para regular la fecundidad y otras cuestiones que atañen a garantizar su salud sexual y reproductiva.

RELATO DE LA EXPERIENCIA: MODELO DINÁMICO DE INTERVENCIÓN:

El profesional aborda a la joven madre desde su inserción en el Consultorio Externo de Obstetricia . Este abordaje lamentablemente no se realiza de una manera interdisciplinaria, solo se accede a un enfoque multidisciplinario a través de las derivaciones e interconsultas.

El Servicio Social ve a la joven cuando es derivada. En la entrevista inicial se realiza un primer acercamiento a su realidad actual, en función de los siguientes aspectos:

DIMENSIÓN EMBARAZO Y MATERNIDAD:

si el embarazo actual fue planificado o no
conocimiento de métodos de planificación familiar(tipos)
si ha sido aceptado
opinión acerca de cómo se ve ejerciendo el rol de madre(qué es ser madre).
lugar que ocupa su futuro hijo/a dentro de sí y dentro de su contexto
si cuenta con pareja(estable o no)

si cuenta con apoyo de otros vínculos afectivos que la sostengan.

DIMENSIONES DEL CONTEXTO:

familia

vínculos

apoyo externo(incluye recreación).

trabajo

sistema educativo

patologías de orden psico-social

obstáculos y posibilitadores del contexto

DIMENSIONES SOCIODEMOGRÁFICAS:

edad

etnia

nivel de instrucción

capacitación laboral(formal o informal)

ocupación

religión

dirección(zona de residencia)

estado civil

nacionalidad

Las diferentes dimensiones cuentan con un conjunto de variables necesarias para poder arribar a un diagnóstico social presuntivo, que indique:

-GRADO DE ACEPTACIÓN HACIA EL EMBARAZO

-CONDICIONES PARA EL CUIDADO DEL EMBARAZO Y DEL HIJO POR NACER

-EL LUGAR DEL PADRE(PAREJA)

-EL LUGAR DE LA FUNCIÓN PATERNA(otros: abuelos, tíos).

-APOYATURA DEL MEDIO

-FUNCIONALIDAD O DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR

Cuando se advierte que la joven presenta alguna problemática de tipo personal o familiar, se establece un seguimiento asistencial familiar desde el Consultorio Externo, durante todo su proceso gestacional.

El espacio de entrevista con el Servicio Social, sea para consulta, orientación o contención, se mantiene abierto en todos los controles ginecológicos que realiza la joven. Este es un espacio flexible, donde puede integrarse su pareja o algún familiar que la adolescente o el profesional considere oportuno incluir.

Si bien no contamos con una estadística al respecto, podemos establecer que es muy pequeño el porcentaje de grupos familiares que son trabajados durante la gestación de la joven. En general, las adolescentes que demandan atención llegan solas.

Por otra parte, antes que ella egrese del Hospital junto a su hijo/a debe ser entrevistada por el Trabajador Social, quien previo diagnóstico social, aborda a los adultos responsables del egreso (padres, tíos, etc.). Esta tarea pretende rescatar la importancia del ejercicio activo del abuelazgo/a; tíazgo/a, brindando además orientaciones generales médico-sociales antes de dar el alta social definitiva.

Complementariamente a las actividades antes planteadas, se estableció un abordaje interdisciplinario que integraba lo aportado por Obstetricia y Trabajo Social. El Equipo de Coordinación de Psico-profilaxis para la Atención de la Mujer Embarazada y su Grupo Familiar, iniciado en el año 1992, ha trabajado con grupos de madres adolescentes abordando tres áreas: física, teórica y de reflexión.

Los aspectos físicos trabajados se refieren a los ejercicios de pre y post parto. En el área teórica se tratan temas vinculados al conocimiento del cuerpo, el proceso de embarazo, la nutrición, entre otros. Respecto al espacio de reflexión, tiene por objeto generar un clima grupal de solidaridad y confianza donde puedan expresarse dudas, temores o preocupaciones y debatir sobre temas de interés para el grupo.

Además de las reuniones con embarazadas, mensualmente se organizaban asambleas familiares donde las jóvenes invitaban a referentes afectivos, desde un concepto de familia extendida. Estas asambleas sirvieron para acercar a la pareja y/o familia al

proceso de atención del embarazo, atendiendo dudas e inquietudes.

Este trabajo no ha convocado a la totalidad de embarazadas que se atienden en el hospital, pero por referencias de profesionales y de participantes del curso, llegan habitualmente mujeres de distintas procedencia. Al decir de los propios profesionales que las atienden al momento del parto, este se realiza con mayores niveles de éxito.

Cabe comentar que también existe un trabajo con el área legal, por medio de los Juzgados de Menores de la zona, cuando las situaciones que atraviesa la joven embarazada o su medio lo requieran.

Es importante señalar que el Personal profesional que se dedica a esto, debe además realizar otras múltiples tareas:

Realizar diariamente la Sala de Maternidad.

Efectuar entrevista de admisión en Pacientes menores de edad internadas.

Efectuar entrevistas a los grupos familiares de las jóvenes internadas.

Dar las altas sociales de las jóvenes internadas en el Servicio de Obstetricia.

Entrevistar a Jóvenes embarazadas de Consultorios Externos.

Atención de demandas del Servicio Social de Consultorio Externo.

Los últimos aspectos enunciados operan como obstaculizadores para poder realizar a pleno esta tarea. El resultado obtenido es la dispersión, evidenciándose limitaciones en la instrumentación de un seguimiento integral.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES FINALES:

Nuestra profesión se define fundamentalmente en el terreno de la intervención,

La lógica de la intervención responde a la necesidad de modificar, de transformar, de restituir, de cambiar, y a diferencia de la investigación, su eje no está centrado en el espacio racional sino que contiene a lo racional como MEDIACION, pero se define en el campo de la práctica real. Es la práctica real la que modifica; las ideas operan como

mediaciones, no transforman la realidad directamente sino como mediación. Pero es tan importante esta mediación, que si no se redefinen sus contenidos es imposible resignificar la práctica.

La práctica resignificada a partir del diálogo con otros, va constituyendo identidad.

La identidad no es una esencia fija e inmutable, sino un proceso de constitución histórico mediante una red de vínculos medianamente estables y significativos, y de relaciones que los sustentan.

El Trabajador Social como integrante del Equipo de Salud dentro del ámbito del Hospital Público, tiene una tarea de especial relevancia . Debido a su posición profesional e institucional, se enfrenta a la complejidad social que demanda respuestas oportunas.

En este marco, el trabajador social tiene capacidad de captar, analizar y comprender la multiplicidad de aspectos que conforman las problemáticas de salud y convocar a los distintos actores y movilizar recursos, dentro y fuera del sistema de salud, para que se comprometan en la resolución de los problemas emergentes.

Desde el punto de vista teórico-metodológico, el modelo de intervención aplicado se nutre de elementos referidos al enfoque sistémico, en cuanto a la utilización de herramientas socioterapéuticas en la atención de la adolescente y su grupo familiar, promoviendo un proceso de cambio y crecimiento a partir de interrelaciones positivas.

También se incorporan aspectos del modelo de counselling, centrado en la comprensión del sujeto demandante desde una actitud de respeto y acompañamiento activo en su proceso de construcción de autonomía.

Una tercera vertiente se encuadra en el abordaje de APS, como estrategia de promoción y prevención de la salud. El enfoque de salud integral permite un margen más amplio de acción, ya que incluye distintas dimensiones sociales, culturales, económicas y políticas que configuran el problema objeto de intervención.

El abordaje de la Maternidad Adolescente no debe estar solamente bajo el criterio de los agentes que intervienen en esa área, sino que debe encontrarse implementado como

Política Institucional prioritaria, inserta dentro del Plan Nacional y Provincial de la Salud Integral del Adolescente y que tienen como marco fundamental la Convención sobre los Derechos del Niño incorporada a nuestra Constitución Nacional.

En la práctica institucional se encuentran serias limitaciones para desarrollar una atención integrada a las/los adolescentes, que van desde la falta de espacios adecuados hasta la dificultad para reconocer a los adolescentes como sujetos de una atención específica.

Es necesario crear la suficiente sensibilidad en cuanto a este tema, para poder reconocer las propias limitaciones y potenciar las fortalezas institucionales y personales existentes. Se hace imprescindible revisar las prácticas de intervención realizadas por todos los efectores de salud, con el propósito de encontrar estrategias superadoras a las actuales, creando espacios para la capacitación y docencia permanente que posibiliten futuros abordajes integrales.

BIBLIOGRAFIA

- 1-Aristóteles 1969 "La Metafísica". En: Obras Completas, Editorial Aguilar, Madrid.
- 2-Bourdieu P. et al (1983) El Oficio del Sociólogo. Siglo XXI, México.
- 3-Centro Latinoamericano de Demografía CELADE. (1998) . Poblacion, salud reproductiva y pobreza. Mimeo.
- 4-Erikson, Erik H. 1969 "La Juventud: Fidelidad y Diversidad". Ediciones HORMÉ, Buenos Aires.
- 5- Franco, M. Y Blanco, L. (1998) Modelos de intervención en Trabajo Social. En Familia y Trabajo Social .Eroles, C. Coord. Editorial Espacio.

6-Hegel, G.W.F. 1966 "Fenomenología del Espíritu". Editorial del Fondo de Cultura Económica, México

7-Iamamoto, M.V. O : Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional. Ed. Cortez.

8-Lévi-Strauss, Claude et al. 1981 "La Identidad". Seminario. Ediciones Petrel, Barcelona.

9- Lopez, E. y otros. (1996) Infancia y condiciones de vida. Encuesta especial para el diagnóstico y evaluación de metas sociales. INDEC.

10-Netto, J.P. Capitalismo monopolista y servicio social. Sao Paulo. Ed. Cortez, 1992.

11- Pantelides, E. (1995) Maternidad Precoz. La fecundidad adolescente en Argentina. UNICEF

12-Sanchez, D. y Valdes,X. (1995) Conociendo y distinguiendo el Trabajo Social. En Concretar la Democracia. Colectivo Chileno de Trabajadores Sociales. Ed.Humanitas.

13-María Lúcia Martinelli, Servicio Social: Identidad y Alienación, Editora Cortez.

14- Garcia Salord, S. (1993) Especificidad y Rol en Trabajo Social. Ed. Humanitas.

15- Romero Saint Bonnet, C. (1995) Desarrollo histórico-teórico del modelo terapéutico de intervención en Trabajo Social. Biblioteca Virtual de Trabajo Social. Universidad de Costa Rica.

16- Vazquez, M. (1998) Problemáticas asociadas a la salud reproductiva en la adolescencia. La realidad del conurbano bonaerense. Maestría en Ciencias Sociales y Salud, CEDES - FLACSO. Mimeo

Sanchez, D. y Valdes, X.

En el Gran Buenos Aires las mujeres entre 15 y 19 años constituyen el 18.6% de las mujeres en edad reproductiva, aportan el 2.7% de nacidos vivos y el 1.2% de embarazos perdidos. En este grupo de edad, aquellas jóvenes menos escolarizadas duplican el número de hijos respecto a las más educadas, el promedio es de 1 hijo contra 0.7.
INDEC, 1996

Los niños nacidos en hogares pobres, donde por mala inserción en el mercado productivo-laboral tienen bajos ingresos, se desarrollan en condiciones de nutrición y atención desfavorables con poco acceso a la educación y a la salud, convirtiéndose en adultos que no logran ocupaciones de alta productividad, replicando así las condiciones de pobreza de sus progenitores en un círculo intergeneracional de pobreza.
CELADE, 1998

El 60% de los embarazos en adolescentes ocurre entre los 18 y 19 años. Existe un 3% correspondiente a menores de 14 años, los que presentan características bio-psico-sociales diferenciales. Pantelides, 1995

Este modelo comienza aplicarse en la década del 50, y se basa en la concepción de sistema como un conjunto de elementos interdependientes que se agrupan en los subsistemas que lo componen y mantienen una relación de afectación mutua con el medio. Es primordial analizar la función que cumple cada integrante del sistema, como forma de comprender su funcionamiento. Franco, M. Y Blanco, L. 1998

Este modelo también se conoce como Modelo de Consejo y es el que más habitualmente se utiliza en el quehacer profesional del trabajador social. Franco, M. Y Blanco, L. 1998

Para citar este artículo

Miguel, María Petrona (25-05-2009). ACERCA DE LA INTERVENCIÓN, DE LA IDENTIDAD Y ESPECIFICIDAD DEL TRABAJADOR SOCIAL EN LA TEMÁTICA DE LA MATERNIDAD ADOLESCENTE.

HOLOGRAMÁTICA - Facultad de Ciencias Sociales UNLZ, Número 10, V4, pp.131-150

ISSN 1668-5024

URL del Documento : <http://www.cienciared.com.ar/ra/doc.php?n=1084>