

Universidad Central de Venezuela
Facultad de Ciencias Económicas y Sociales
Escuela de Trabajo Social
Pasantías Profesionales

**INFORME DE PASANTIAS PROFESIONALES DE TRABAJO SOCIAL
EN EL CENTRO CLÍNICO DE ORIENTACIÓN Y DOCENCIA “LAS
PALMAS”
PERIODO FEBRERO-MAYO 2018**

Tutor Académico:

Prof. José Ibarra O.

Tutora Institucional:

Lic. Marilene Guevara

Bachilleres:

Buitrago, Estefanía C.I.V-22760474

Hernández, Ariany C.I.V- 20792042

Caracas, Junio 2019



Universidad Central de Venezuela
 Facultad de Ciencias Económicas y Sociales
 Escuela de Trabajo Social
 Comisión de Trabajo Especial de Grado



Veredicto de Trabajo Especial de Grado

Reunidos en: *La sala de Consejo de Escuela*

en fecha: *30/05/2019*

los profesores:

- 1.- *Karelem Díaz*
- 2.- *Flor Bautista*
- 3.- *José Ibarra*

designados por el consejo de escuela de fecha:

para examinar el **informe de pasantías** titulado:

Informe de pasantías profesionales de Trabajo Social en el Centro Único de Orientación y Docencia "Las Palmas", Período Febrero - Mayo 2018

presentados por los bachilleres:

Nombre y apellido	C.I
1.- <i>Buitrago Estefanía</i>	<i>22.760.474</i>
2.- <i>Hernández Ariany</i>	<i>20.792.042</i>
3.-	

hemos decidido evaluarlo con la calificación de:

APROBADO

Jurado evaluador	
Tutor <i>José Ibarra</i>	Firma
Jurado <i>Karelem Díaz</i>	Firma
Jurado <i>Flor Bautista</i>	Firma <i>Flu Bautista</i>



Agradecimientos

A Dios por ser quien nos permitió llevar esta experiencia a cabo para crecer como personas y profesionales.

Al Centro Clínico de Orientación y Docencia (CCOD), y su grupo de trabajadores por ser la institución que nos acogió para desarrollar nuestras pasantías profesionales.

A nuestros tutores, institucional y académico Licenciada Marilene Guevara y profesor José G. Ibarra O., por ser los guías en esta importante experiencia académica y profesional.

Al equipo multidisciplinario del CCOD, quienes con sus conocimientos aportaron herramientas para que este proceso culminara con éxito.

Y particularmente, a nuestras familias y amigos que directa o indirectamente nos apoyaron a lograr esta grandiosa meta que hoy alcanzamos de manera exitosa y satisfactoria.

Buitrago Estefanía

Hernández Ariany

Dedicatoria

Dedico este informe a Dios por haberme creado y dado la oportunidad de estudiar esta hermosa carrera, por haber recibido clases de tan excelentes profesores y hacerme parte de la casa de estudios que vence las sombras. Por ser mi principio y mi fin le dedico a mi Padre celestial cada logro que me ha permitido alcanzar. A Dios gracias por darme a mi familia quien me educo y acompaño en el proceso de descubrir mi vocación.

A mi abuela que ya descansa en el cielo, mujer que me enseñó que no hay mayor expresión de amor que el servicio a otros, por cada uno de sus sacrificios para que pudiese culminar mis estudios. Por cada desayuno, almuerzo, cena, taza de café o té, por todas sus atenciones a lo largo de mis estudios, por brindarme su casa como mi casa durante 4 años de la carrera, por ser mi consejera y por cada regaño cuando me desenfocaba.

A mi mamá que siempre decía “venimos al mundo para aportar a la humanidad” y a mi papá que me ayudo a valorar el esfuerzo y el trabajo honesto. Por ser las personas que me brindaron todo el amor y cuidado con esfuerzo para ser las plataformas que me impulsaran a mayores logros.

A mi esposo Kevin por apoyarme y amarme mientras mantenía la luz prendida en las noches para estudiar, por ser paciente conmigo y acompañarme en mis momentos difíciles. Por hacerme reír cada día y por abrazarme cada vez que lloro, por ser mi compañero de vida este es el primer logro de muchos que te dedicare amigo mío, amado mío, esposo mío.

A mi hermano que siempre me llamo hippie pero que también soñaba conmigo CON tener una fundación para niños. A mi tía Rosa y Carmen que siempre decían “estudie, estudie para que sea mejor persona cada día”. Por apoyarme desde mi niñez y ser como otras abuelas para mí.

A mis tutores José Ibarra y Marilene Guevara por guiarnos en el proceso de las pasantías y estar dispuestos a apoyar a la juventud venezolana en su formación y crecimiento a pesar de la situación país, por creer, sembrar y regar. Sé que algún día Dios recompensara todo su esfuerzo y cosecharan de la nueva Venezuela.

Al equipo multidisciplinario del CCOD por brindarnos un espacio de crecimiento y por ofrecernos sus consejos, conocimientos y acompañamiento en nuestro accionar profesional en la institución.

A todos mis profesores etesistas por brindarme herramientas y conocimiento, a aquellos que se quedaron, a aquellos que son parte de la diáspora y dejan el nombre de nuestra Venezuela en alto, y a aquellos que partieron hacia el descanso eterno (Gerardo y Elizabeth) Dios los tenga en su gloria.

Estefanía Buitrago

Dedicatoria

Agradezco principalmente al creador de mi vida, de mi existencia, vale más resaltar que es nuestro señor Dios, por siempre estar presente en cada paso que doy, por brindarme paciencia y sabiduría en este camino llamado vida, pues si el nada de este esfuerzo sería posible, ya que en esos momentos donde quise desistir por diversas factores me refugie en él y seguí adelante. Gracias Dios por estar en cada momento de mi vida y ser yo la niña de tus ojos.

A mis padres por ser ese pilar fundamental para mi vida, por estar presente en cada uno de mis logros y brindarme la mejor educación, por ser quienes son, por su apoyo y dedicación, por estar siempre a mi lado.

Madre te agradezco todo el esfuerzo y preparación profesional que has vivido a mi lado, pues tú eres mi inspiración para aprender cada día, siempre con ese espíritu de sabiduría y entendimiento, por esos días de desvelo, apoyando mi crecimiento profesional y siendo mi guía en cada uno de los trabajos realizados. Gracias infinitas gracias.

Padre los agradecimientos son infinitos pues tu eres mi base fundamental, tanto tu como mi mamá siempre han sabido llevarme por el camino del bien y ser excelentes guías de vida. Es poco lo que te puedo decir en estas líneas, pues siempre he podido contar con tu apoyo, con respecto a mi crianza y la de mi hijo, por ser mi chofer cada mañana y en cada momento que lo he necesitado, por ser el hombre que eres, por inculcarme tu responsabilidad y puntualidad ante la vida. Te Amo Papá y eres, y serás el mejor hombre del mundo.

Le agradezco a Dios y a la vida por otorgarme uno de los regalos más preciados de mi vida, mi hermano Adolfo José Gregorio Hernández Castillo, mi negro bello agradezco cada intervención al escucharme muchas veces confundida con respecto a alguna asignatura o trabajo de mi carrera, que aunque tu fuerte sean los números, te detenías analizar y aprender de mis estudios profesionales. Gracias

Dios como no darte las gracias por todo lo que me has brindado y le sigues brindando a mi vida, por mi Familia y principalmente por mi Hijo Sebastián Andrés, quien desde muy pequeño me acompañó a las aulas de la UCV y descubrió la magia que se encuentra desde sus bibliotecas y pasillos, por apreciar ese majestuoso verde que rodea nuestra casa de estudio y respirar esa paz que emanan nuestros árboles y tierra de nadie. Hijo te amo con todo mí ser y te agradezco por ser mi motor de vida y siento una gran responsabilidad al criarte, pero sobretodo le doy gracias a Dios por traerte a mi Vida y enseñarme cada día lo bella que ella es.

Rubén José como no darte las gracias por entenderme y apoyarme en mi ejercicio profesional, por sentarte a ver y analizar esos casos que ameritaban un escucha de tu persona, por ser mi abogado en esos momentos de sosiego, por tu amor y cariño, por ser mi apoyo en esos momento de incertidumbre. Gracias Amor

Le Agradezco a todos y cada uno de los profesores de mi Escuela de Trabajo Social, pues son unos seres ejemplares con vocación y de los cuales aprendí mucho, desde analizar un texto hasta, hablar con los árboles, pues con cada uno de ustedes aprendí que esta carrera es completa, que nos debemos a la gente, que somos los encargados de escuchar y orientar a la sociedad, para poder tener seres y mejores familias. Desde que entre a estudiar esta carrera me di cuenta que todo en esta vida es

una casualidad, y no como dicen mucho un casualidad, porque aprendí a valorar mi núcleo familiar y a cada uno de los seres con los que trabajo a diario.

En especial les doy las gracias a mi Profesor José Ibarra y Marilene Guevara por ser nuestros tutores y guiarnos en nuestro quehacer profesional, darnos las herramientas necesarias para poder ejercer nuestra carrera y ser excelentes profesionales. A la Lic. Sonia Toná por todo su apoyo y profesionalismo que la caracteriza, por enseñarme cada una de sus experiencias y ser mi guía en los primeros años de mi experiencia laboral.

Al Centro Clínico de Orientación y Docencia por abrirme las puertas y confiar en mi persona para ejercer mi carrera, a la Lic. Jaqueline Rivero por su confianza y enseñanzas en la clínica y por siempre escucharme con respecto a cualquier dudo o inquietud que necesitara.

Gracias en general a todo el equipo multidisciplinario pues gracias a sus aportes y enseñanzas logramos realizar este trabajo.

Ariany N. Hernández Castillo

Contenido

Agradecimientos.....	ii
Dedicatoria	iv
Dedicatoria	v
Contenido	viii
Lista de Cuadros.....	xiv
Lista de Gráficos	xv
RESUMEN.....	xvi
INTRODUCCIÓN.....	17
CAPITULO I.....	21
MARCO INSTITUCIONAL.....	21
Reseña Histórica.....	21
Misión.....	22
Visión	23
Servicios brindados en la Institución:	23
Estructura Organizativa.....	24
CAPITULO II.....	26
MARCO TEÓRICO	26

Salud Mental.....	26
El Trabajador Social en Salud Mental.....	27
Roles del trabajador social en salud mental	30
Métodos del Trabajo Social en Salud Mental.	32
Metodología clásica.....	33
Trabajo social de grupos.....	34
Modelos de Intervención en el trabajo social.	36
Intervenciones para la prevención en salud mental.....	43
Intervenciones para las promociones de la salud mental	44
Las narrativas de la enfermedad y la intervención en lo social.....	44
Trabajo Social Clínico	46
Sujetos de intervención	48
Familia.....	48
Tipos de familias	50
Salud mental y familia.....	52
Bases legales.....	56
Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV).....	56
Ley del Trabajo Social.	57
Ley Orgánica para la Protección del Niños, Niñas y Adolescentes.	58

Ley Orgánica de la Salud	59
Propuesta de Ley de Salud Mental para Venezuela	59
CAPITULO III	61
SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA	61
Pasantías Profesionales.....	61
El Proyecto de Reforma Curricular de la ETS (1994), definen el espacio de las pasantías como:	62
Metodología empleada	63
Metodología clásica.....	64
Trabajo Social de grupo	72
Sistematización.....	73
Objetivo General	76
Objetivos específicos.....	76
La justificación de la sistematización de experiencias.	76
Unificando la experiencia vivida en el Centro Clínico de Orientación y Docencia durante las Pasantías Profesionales será dividida en tres momentos:	78
Primer Momento.....	78
Tiempo de Pasantías.....	79
Levantamiento de informe social.	80

Fases, actividades y fecha de las pasantías.....	89
Planificación de las pasantías.	90
Segundo momento: proceso de intervención y definición de la propuesta de las pasantes en el Centro Clínico de Orientación (CCOD).	93
Matriz DOFA	94
Los factores de riesgo presentes en las narraciones de los familiares para justificar el abuso sexual son los siguientes:.....	97
Necesidades en población infantil atendidas en el CCOD	99
Abordaje Grupal	100
Abordaje individual	102
Caso de Abordaje Individual	102
Motivo	103
Síntesis descriptiva	103
Antecedentes e historia evolutiva	104
Situación económica, laboral y formativa	106
Situación residencial.....	107
Relaciones sociales.....	108
Diagnóstico.....	109
Clasificación diagnóstica.....	109

Dictamen.	109
Pronóstico.	110
Tercer momento: ejecución de la propuesta y cierre de las pasantías.	112
Fase A. Descripción de la propuesta	113
Fase B. Planteamiento de la propuesta.	114
Análisis de la Situación de estudio.	115
Fase C: Diseño de la Propuesta Institucional	116
“PROBLEMAS QUE AFECTAN A LA DINÁMICA FAMILIAR DE LA POBLACIÓN QUE ES ATENDIDA EN EL CENTRO CLÍNICO DE ORIENTACIÓN Y DOCENCIA PERIODO FEBRERO-MAYO 2018”.	116
Fase D. Justificación de la Propuesta	117
Fase E. Propuesta Institucional:	120
CONCLUSIONES.....	121
RECOMENDACIONES	122
Referencias consultadas	123
Anexos.....	127
Anexo N° 4	127
Anexo N° 5	128
Anexo N° 3	129

Anexo N° 7	130
Anexo N° 5	131
Anexo N° 9	135
Anexo N° 10	136
Anexo N° 11	137
Anexo N° 12	139
Anexo N° 13	140
Anexo N° 14	144
Actividad N° 1. ¿Qué es el Abuso Sexual Infantil?	146
Actividad N° 2. ¿Qué Podemos hacer Frente a una Situación de Abuso Sexual?	147
CASO N°1: PAULA.....	148
Fin del taller.....	149
Anexo 15 Control de Asistencia a los talleres:.....	150

Lista de Cuadros

CUADRO N° 01: ESTRUCTURA ORGANIZATIVA DEL CENTRO CLÍNICO DE ORIENTACIÓN Y DOCENCIA. ELABORADO POR EL DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS CCO (2009).....	25
CUADRO N° 02 ROLES DEL TRABAJADOR SOCIAL EN SALUD MENTAL. TOMADO DE: TRULLENQUE, E (2010).	31
CUADRO N° 03. PASOS PARA EL MÉTODO DE CASO. ELABORACIÓN PROPIA BASADO EN JORGE H. TORRES (1986, P.186-188).....	34
CUADRO N° 04. MODELOS DE INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL, ELABORACIÓN PROPIA BASADA EN J. VISCARRET (2014).....	42
CUADRO 05. TIPOS DE FAMILIA. ELABORACIÓN PROPIA BASADA EN RONDÓN (2011).....	52
CUADRO N° 06. METODOLOGÍA Y MÉTODOS DEL TRABAJO SOCIAL. ELABORACIÓN PROPIA BASADOS EN JORGE H. TORRES (1986) P. 185.	64
CUADRO N° 07. FASES DEL MÉTODO DE CASO. ELABORACIÓN PROPIA BASADA EN INFORMACIÓN DE LA REVISTA DE SERVICIO SOCIAL DE LA UNIVERSIDAD CONCEPCIÓN DE CHILE (1998)	70
CUADRO N° 08. HORARIO DE PASANTÍAS. ELABORACIÓN PROPIA.	79

Lista de Gráficos

Gráfico N° 01. Ciclo de intervención del trabajador social, Autor: Buitriago, E. (2019).....	47
Gráfico 2. Pasos del método de caso. Autor: Buitriago, E (2019). Según: Richmon, M (1.922).....	67
Gráfico 3. Fases del método de caso. Autor: Buitriago, E. (2019) basada en información de la revista de Servicio Social de la Universidad Concepción de Chile (1998).....	73
Gráfico 4. Grupos de población atendida por el CCOD cuadro de elaboración propia bajo las estadísticas del CCOD.....	97
Gráfico 5. Población atendida en el CCOD que ha sido víctima del abuso sexual. Elaboración propia según estadísticas del CCOD.	97
Gráfico 06. Genograma caso individual, elaboración propia a partir de información suministrada por el paciente.....	105
Gráfico N° 07. Actividades realizadas por las pasantes durante el proceso de definición de propuesta institucional. Elaboración propia (2018).....	113
Gráfico 08.Fases de la Propuesta Institucional. Autor: Buitriago, E. (2016).....	116

Universidad Central de Venezuela
Facultad de Ciencias Económicas y Sociales
Escuela de Trabajo Social
Pasantías Profesionales

**INFORME FINAL DE PASANTÍAS PROFESIONALES EN EL CENTRO
CLÍNICO DE ORIENTACIÓN Y DOCENCIA (CCOD)
PERÍODO FEBRERO-MAYO 2018**

Autores: Buitrago Estefanía y Hernández Ariany

Tutor: Prof. José Ibarra

RESUMEN

El Centro Clínico de Orientación y Docencia (CCOD) es una institución de larga trayectoria en el área de la salud mental que se encuentra en la actualidad adscrito al Ministerio del Poder Popular para la Salud, se ha dedicado a brindar atención en el área de la salud mental a niños, niñas y adolescentes, hombres y mujeres, brindando atención integral a la familia. En esta atención integral participa un equipo de especialistas conformado por médicos pediatras, psiquiatras, psicólogos, sociólogos, trabajadores sociales, psicopedagogos, terapeutas de lenguaje, educadores, entre otros. En lo que respecta al área social, los trabajadores sociales son quienes abordan la atención integral de la familia desde un enfoque clínico de la disciplina para la salud mental.

La pasantía profesional en la institución se realizó bajo la conducción del método de caso y diferentes modelos de intervención bajo el enfoque del trabajo social clínico. De igual manera, se tomó como marco referencial al autor Oscar Jara, con el Método de Sistematización de Experiencia para describir la acción académico profesional, se definieron tres momentos: inserción institucional, intervención y definición de la propuesta, y desarrollo y ejecución de la propuesta institucional

Por consiguiente, el aporte institucional estuvo orientado en una serie de talleres preventivos a los usuarios y el acompañamiento de casos junto al equipo multidisciplinario.

DESCRIPTORES: Salud Mental, Trabajo Social Clínico, Dinámica Familiar.

INTRODUCCIÓN

En la guía de salud mental de FEAFES (s/f) Federación Extremeña de Asociaciones Familiares y de Personas con Trastorno Mental se hace cita a la OMS (Organización Mundial de la Salud) la cual define la salud mental como “un estado de bienestar”; La salud como globalidad sería, por tanto, “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad”.

Para la revista de Derecho UNED numero #4 (2009) la definición de salud mental puede variar según sea el ámbito desde el cual se conceptualiza y también el contexto sociocultural en el que se da. Una de las definiciones entendida desde lo social es “el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural, con el fin de alcanzar dicho equilibrio se hace necesario que las personas tengan garantizada su participación en el mundo laboral, intelectual y social para así poder alcanzar su bienestar y una adecuada calidad de vida que la hagan sentirse integrada en plenitud en la sociedad donde se desarrollan como seres humanos” Partiendo de esta definición la Revista de Derecho UNED se basa en el informe mundial de la salud de la OMS 2001 y en anteriores resoluciones de la Unión Europea, reconociendo entonces que la salud mental “es fundamental para la calidad de vida y productividad de las personas, las familias, la comunidad y los países, y se establece la importancia y la urgencia de afrontar los retos actuales y ofrecer soluciones”

Considerando que lograr el bienestar biopsicosocial, solo es posible a través de la unión de esfuerzos, sentimientos y propósitos que permitan la adecuada integración de la familia dentro de la sociedad. Su objetivo principal es brindar asistencia a niños,

jóvenes, adultos, parejas y grupos familiares en los aspectos preventivos y curativos del desarrollo y la salud mental.

El artículo 1, del Reglamento Académico para las Pasantías Estudiantiles Universitarias en Empresas e Instituciones emitido por el Consejo Universitario de la Universidad Central de Venezuela (1998), define las pasantías como un conjunto de actividades de formación integral, en las que se conjugan estudio y trabajo. Su finalidad primordial es hacer más apto al estudiante para su futuro profesional y para su participación en el desarrollo socioeconómico independiente del país.

De acuerdo a lo antes descrito, la presentación de este informe más que representar un requisito con carácter obligatorio dentro de las exigencias académicas, representa una oportunidad al estudiante para tener contacto directo con la realidad laboral abordando retos, desafíos y oportunidades vivenciales como experiencia laboral.

En este sentido el Centro Clínico de Orientación y Docencia nos brindó la oportunidad de desarrollar todos los conocimientos impartidos en la Escuela de Trabajo Social, abriendo la posibilidad de realizar talleres, observar abordajes técnicos en la recolección de informes sociales a pacientes atendidos en la clínica, cuya misión es brindar salud mental y calidad de vida.

El Centro Clínico de Orientación y Docencia, es una Institución constituida por profesionales de distintas disciplinas que prestan atención en las áreas médicas, educativas, psiquiátricas, psicológicas y sociales. Su objetivo fundamental es brindar asistencia a niños, jóvenes, adultos, parejas y grupos familiares en los aspectos preventivos y curativos del desarrollo y salud mental. Tortolero, I. (2009).

Para lograr bienestar emocional y mental, es posible a través de la unión de esfuerzos, sentimientos y propósitos que permitan la adecuada integración de la familia dentro de la sociedad. El objetivo principal del Centro es brindar asistencia a niños, jóvenes, adultos, parejas y grupos familiares, en prevención salud mental y calidad de vida.

El Centro Clínico De Orientación y Docencia, es un ente adscrito al Ministerio Popular para la Salud, ubicado en la Calle Maracay, Quinta Dalmay, urbanización Las Palmas, Parroquia El Recreo, Caracas, Distrito Capital, las pasantías se realizaron en el periodo febrero – mayo 2018, en un total de trescientas ochenta y cuatro (384) horas.

Para la elaboración del presente informe emplearemos el método analítico, permitiendo procesar la información recabada en la duración de las pasantías. La recopilación de información se realizará a través de las técnicas de la observación, revisión de documentos, instructivos, textos bibliográficos, y las recomendaciones dadas por la tutora institucional, las cuales permitirán orientar la investigación y diseño final del presente informe, está basado en la experiencia adquirida en el Centro de Salud y será expuesta en los capítulos siguientes.

Para tal fin se elaboraron tres (3) Capítulos los cuales se encuentran clasificados de la siguiente manera: Capítulo I. Marco Institucional, se refiere a la los antecedentes de la institución, sus bases legales, sistema organizativo entre otros.

En el Capítulo II, se presenta Marco Teórico, consiste en el sustento teórico del proceso de pasantías permitiendo la interpretación de resultados en forma ordenada y coherente e interpretando hipótesis y resultados.

El Capítulo III: corresponde a la Sistematización de la Experiencia, se refiere al análisis e interpretación ordenada lógicamente, basada en la experiencia de los actores, produciendo conocimientos significativos que posibilitan la comprensión teórica de futuras investigaciones.

CAPITULO I

MARCO INSTITUCIONAL

En este capítulo se enunciarán los antecedentes históricos, ubicación geográfica, misión y visión del Centro Clínico de Orientación y Docencia.

Reseña Histórica.

El Informe de Gestión emitido por la Secretaria de Salud, Alcaldía Metropolitana de Caracas (2006), reseña lo siguiente: El 15 de Octubre de 1936, se funda la Inspectoría de Salud, con el nombre de Junta de Beneficencia Pública del Distrito Federal, como órgano público para prestar servicios de salud a personas de escasos recursos y no amparadas por el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales o el sistema privado de salud, bajo el mandato Presidencial del General Eleazar López Contreras (1936-1941). En el año 1937, se funda el Centro Clínico De Orientación y Docencia, por la Asociación Venezolana de Mujeres bajo la denominación de Casa Correccional de Menores, patrimonio moral y material de la Junta de Beneficencia Pública del Distrito Capital Federal, cuya data se aproxima a los ochenta y un (81) años de funcionamiento.

Este Centro de salud nace para dar respuestas a la problemática en salud mental; dirigido especialmente en la etapa infanto-juvenil y luego expandiendo atención a los grupos familiares de estos. En 1959, surgen nuevos enfoques en el estudio y tratamiento dirigido a los pacientes con problemas conductuales, pasando de casa de observación a clínica de conducta en el año 1960, en la Dirección del Dr. Hernán Quijada, con el objetivo de garantizar la salud mental, conductual e integral del niño, niña y adolescente. Para el año 1964, el equipo directivo conformado por el director

Dr. Héctor Jaime Daza, El Sud-Director Dr. Fernando Acuña y la supervisora Maestra Aurea Luz De Barrios, la clínica de conducta cumple las siguientes funciones seminternado, labor pedagógica, enseñanza musical, enseñanza de deportes, labor docente, labor de penetración en la comunidad y club de adolescentes. Para el año 1983 se realizaron consultas extra-institucionales lo cual permitió ampliar la cobertura de servicios en las áreas de psicopedagogía, orientación vocacional y profesional, motivo por el cual se modificó la denominación a Centro Clínico de Orientación y Docencia, hasta la actualidad tiene funciones educativas, informativas y preventivas, de ayuda a toda la comunidad en general, realizando más de 40.000 consultas anuales, entre niños, niñas, adolescentes y adultos. Revista histórica del Centro Clínico de orientación y docencia. Rivero Jacqueline, (2018)

Ubicación geográfica del Centro Clínico de Orientación y Docencia

El Centro Clínico de Orientación y Docencia se encuentra ubicado en la calle Maracay, Quinta Dalmay, urbanización Las Palmas, Parroquia El Recreo, Caracas.

Misión

El Centro Clínico de Orientación y Docencia es una Institución de Salud especializada en el área de salud mental, con una data de funcionamiento de 60 años de trayectoria en la urbanización Las Palmas, prestando asistencia ambulatoria a niños, niñas, adolescentes, adultos y grupos familiares, bajo la concepción del hombre como ente bio-psicosocial, en los aspectos preventivos y curativos del desarrollo y la salud mental. Rivero, J. (2005)

Visión

En el Centro Clínico de Orientación y Docencia buscamos constituirnos como un centro de atención para la salud mental referencial en el país, brindando un abordaje integral de los casos a través de su equipo multidisciplinario de profesionales. Por esto se programan actividades asistenciales, de promoción y prevención a la salud mental, para brindar la mayor calidad y eficiencia de servicios, capaz de Integrar y ejecutar los diferentes programas y actividades a desarrollar en función de las necesidades que presenta la población de usuarios que asisten a la consulta. Rivero, J. (2005)

Servicios brindados en la Institución:

- **Pediatría:** El área de pediatría presta asistencia médica pediátrica mediante la prevención, diagnóstico y tratamiento en niños y jóvenes. Se ofrece una atención en la cual se integra el enfoque médico con el estudio de los factores psicológicos, familiares y sociales.
- **Psiquiatría:** Abordar las condiciones y trastornos psiquiátricos de los niños, niñas, adolescentes y adultos, que lo requieran para mejorar su calidad de vida.
- **Psicología:** Diagnosticar trastornos emocionales y conductuales en niños, niñas, adolescentes y adultos, para una mejor adaptación en la sociedad.
- **Psicopedagogía:** Diagnosticar trastornos en el aprendizaje en niños, niñas y adolescentes, para una mejor desenvolvimiento en el área educativa.
- **Trabajo social:** Facilitar los procesos de intervención de tratamientos en cualquiera de las áreas de trabajo, mediante: Atención a la familia, levantamiento de informe social, contactar intervención institucional para una

mejor utilización de recursos, apoyo en charlas socio educativas y trámites/ gestiones inherentes a los pacientes en su proceso de tratamiento.

- Terapia del lenguaje: evaluamos, diagnosticamos y tratamos los trastornos del habla, del lenguaje y de la comunicación de los niños, adolescentes y adultos.
- Terapia ocupacional: promovemos el desarrollo de habilidades y capacidades básicas típicas en los niños en edad pre-escolar, escolar y adolescente, de acuerdo a las diferentes áreas de desarrollo para favorecer su desempeño ocupacional en las tareas y actividades comunes de su edad.

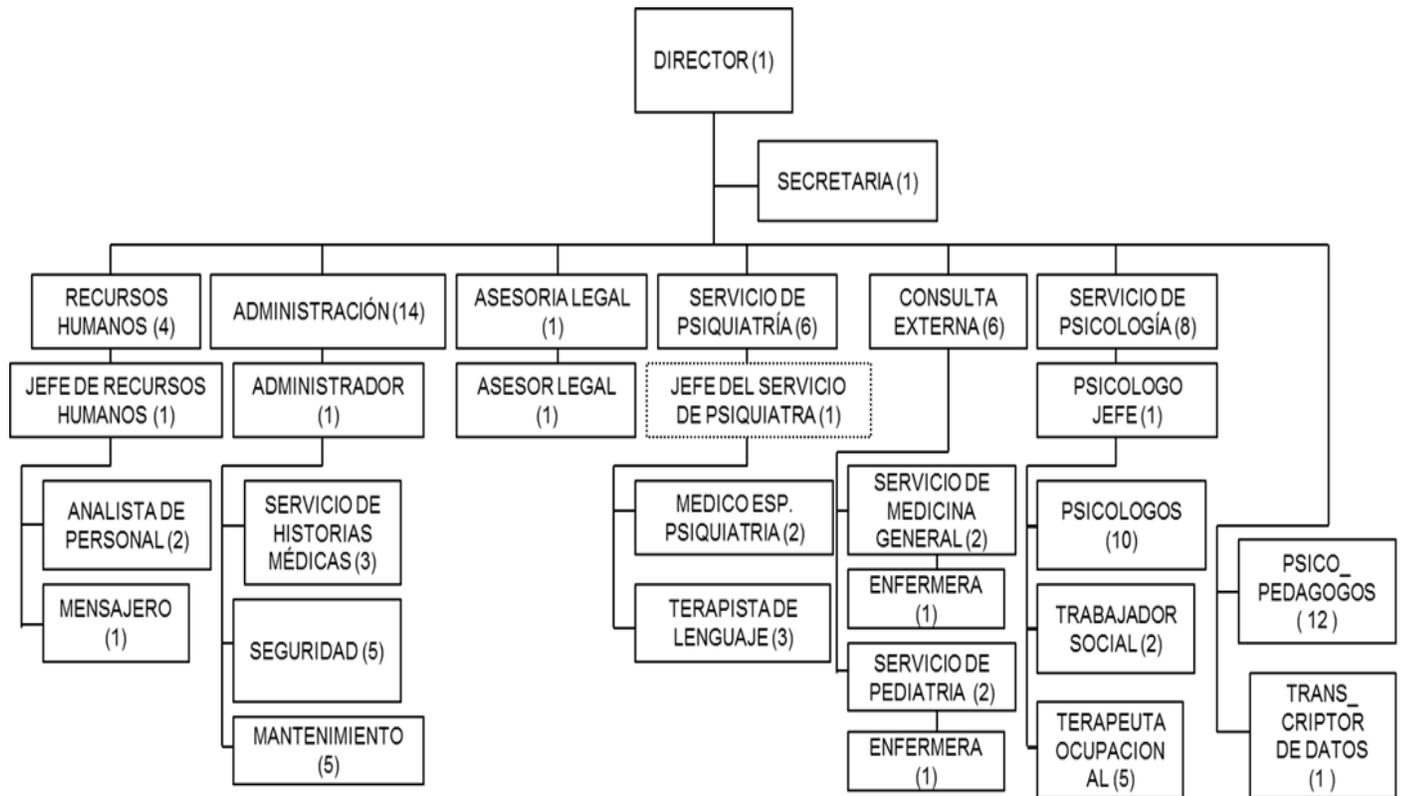
Igualmente se ofrecen talleres y cursos, desarrollados para abordar las diferentes patologías y diagnósticos observados en la clínica del paciente, con el objeto de reforzar tratamientos a los pacientes y educar a los familiares, para el apoyo terapéutico en el hogar. Estos son algunos de los talleres que se dictan en el Centro Clínico:

- Los hijos no se divorcian. Dictado por la licenciada Yuraima Cruz (Jefe de Psicología)
- Valores en Familia. Dictado por la licenciada Sonia Toná (Trabajadora Social)
- Prevención de drogas. Dictado por la licenciada Gladys León (Psicóloga)
- Escuela para padres. Dictado por la licenciada Yamileth Torr (Psicóloga).

Estructura Organizativa

Según Franklin E. (2004), autor del libro Organización de Empresas, el organigrama es: la representación gráfica de la estructura orgánica de una institución o de una de sus áreas, en la que se muestran las relaciones que guardan entre sí los órganos que la componen. En relación a lo antes expuesto el organigrama es la

estructura organizacional, determina como está distribuida la institución, en este caso el Centro Clínico de Orientación y Docencia. Se muestra a continuación:



Cuadro N° 01: Estructura organizativa del Centro Clínico de Orientación y Docencia.

Elaborado por el departamento de recursos humanos CCO (2009)

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

El presente capítulo representa las bases teóricas y legales que fundamentan el siguiente informe de pasantías. De esta manera, este se encuentra con aspectos relacionados a salud mental, Trabajo Social Clínico y Modelos de Intervención.

Esto brindará un panorama que justificará la labor que desempeña el trabajador social en el área de la salud mental, la importancia del profesional en esta área, para así lograr la inserción, y la sanidad dentro de la familia de las personas que son atendidas por afecciones o enfermedades mentales.

Salud Mental

Actualmente la Organización Mundial de la Salud (OMS 2001), define la salud mental como: “Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. (p1).

De acuerdo a lo antes planteado, podemos decir que: la salud mental es el estado de bienestar y funcionamiento emocional, psicológico y social que puede sentir un ser humano, siendo esta una base fundamental para afrontar situaciones a nivel emocional y social de un individuo en todas las etapas de su vida.

De igual forma encontramos en el informe de la OMS (2004), el tema sobre la promoción de la Salud Mental, donde se indica lo siguiente: “ni la salud física, ni la salud mental pueden existir solas, pues el funcionamiento de las áreas mentales,

físicas y sociales son interdependientes. Además, la salud y la enfermedad pueden existir simultáneamente”.

De lo anterior, podemos entender que el individuo es un ser complejo, puede existir con salud plena de cuerpo y mente; pero que

Por otra parte la salud mental y los problemas mentales están determinados por diferentes factores que interactúan en forma social, psicológica y biológica.

En este sentido continua la OMS (2004), indicando: “la salud mental de cada persona puede verse afectada por factores y experiencias individuales, la interacción social, las estructuras y recursos de la sociedad, y los valores culturales. Está influenciada por experiencias de la vida diaria, en la familia, la escuela, en las calles y el trabajo. La salud mental de cada persona afecta a su vez la vida de cada uno de estos dominios y por lo tanto, la salud de una comunidad o población”.

El Trabajador Social en Salud Mental

Méndez, Wraage y Costa en su artículo Trabajo Social en el campo de la salud mental. (2012) Plantean que “La intervención social en el campo de la salud mental fue una de las primeras prácticas que realizó el trabajo social desde sus orígenes”, ya que, citando el planteamiento de Mary Richmond en Social Diagnosis (1917), “la insania y la debilidad mental nos llevan más lejos aún de lo que nos lleva el alcoholismo, a internarnos en el territorio en el cual los datos médicos y los sociales no se pueden separar tácitamente”.

Basado en esto, la influencia de los factores sociales es determinante en la evolución de la enfermedad que padece la persona, y por tanto en su desarrollo

personal; identificamos la profesión del Trabajo Social como esencial para el mantenimiento de unos factores que no sólo no perjudiquen, sino que favorezcan la evolución de la enfermedad.

Eva M. Garcés Trullenque (2010) ubica el inicio de la labor del trabajador social en los hospitales psiquiátricos a principios del siglo XX, a partir de la iniciativa de Adolph Meyer quien “consideraba que era necesaria para el tratamiento de los pacientes una completa información sobre las intervenciones sociales, Métodos del Trabajo Social en Salud Mental, Trabajo Social Individual y Familiar en Salud Mental, Trabajo Social de Grupo en Salud Mental”. Revistas Científicas Complutences, Trullenque. E (2010).

A través de la búsqueda de incluir el factor social dentro de los diversos factores que influyen en la salud mental los psiquiatras de diferentes instituciones comenzaron a apreciar el valor de los datos sociales y en consecuencia el papel del trabajador social se va reconociendo e incorporando como parte de los Equipos de Salud Mental.

Trullenque, E. (2010) destaca que el Dr. Sarro creó en 1953 la tercera Escuela de Trabajo Social en España está en particular estaba bajo la dependencia de la Cátedra de Psiquiatría del Hospital Clínico, esto causó:

Influencia de la psiquiatría social y el conocimiento del trabajo de las trabajadoras sociales psiquiátricas de los centros de salud mental americanos. Es en esta Escuela se incorpora en el Currículo profesional del Trabajo Social disciplinas como la Psiquiatría y la Psicología Dinámica, que acortan la distancia entre las líneas básicas de formación con respecto a los demás países occidentales. (p. 334)

La labor del trabajador social sobre todo en los llamados manicomios o centros psiquiátricos abrió paso a la profesión y evidencio la necesidad de la intervención desde un enfoque clínico. Para la revista Dial net Prospectiva No. 17, la intervención del trabajador social en el campo de la salud mental no ha sucedido por haber recibido una invitación de otras disciplinas que intervienen en el campo, es decir, psiquiatras, psicólogos, neurólogos, enfermeros, entre otros. Por el contrario surge de la “necesidad que el campo tiene de integrar lo que el trabajo social sabe hacer, y de esta manera poder abarcar la complejidad de los fenómenos que ocurren en él”. R. Méndez, Wraage y Costa, (2012), p. 407.

Estableciendo que la intervención social juega un papel fundamental en el campo de la salud mental a través de los roles que ejerce el trabajador social como dinamizador de procesos sociales familiares garantizando en este caso la ayuda para que las personas mentalmente disminuidas puedan recibir el tratamiento adecuado y mejorar su capacidad de inserción social.

Este quehacer profesional en el campo de la salud mental se resume en el:

“desarrollo de capacidades psicosociales adecuadas, para saber abordar su situación personal, así como una capacidad para desarrollar sus recursos personales y los que le ofrece el medio social, es decir, enseñarles a gestionar su nueva vida como personas con un determinado problema”. Carballeira, E. (2016)

Para Barg, L (2006), “La salud mental es parte de la salud integral de las personas y se relaciona con las condiciones de vida, con las posibilidades de desarrollo afectivo, emocional, intelectual y laboral, y con la capacidad de integración al medio social y cultural”. Por tanto el trabajador social en salud mental, tiene un enfoque de

la salud mental mucho más amplio que el de la enfermedad mental y su tratamiento clínico, trabajando junto al equipo de salud mental en rehabilitación y reinserción social sin dejar de lado la promoción y prevención de la salud procurando la integración de las diferentes disciplinas (p. 337)

Es importante diferenciar cuales son las funciones del trabajador social con el rol profesional que desempeña, estas han sido delimitadas por los propios profesionales del trabajo social en el trayecto de su quehacer ya que esto no se encontraba dispuesto desde las instituciones que contrataban a los trabajadores sociales.

Para Trullenque, E. (2010) define una serie de funciones básicas que debe cumplir el trabajador social en la salud mental:

Roles del trabajador social en salud mental	
Función de atención directa	<p>Atención prestada a individuos, familias y grupos que presentan o están en riesgo de presentar problemas de índole social, en relación con un problema de salud.</p> <p>Todo ello llevado a cabo mediante un proceso que incluye análisis de la demanda y detección de situaciones de riesgo y/o de necesidades individuales y/o familiares, valoración socio-familiar, diagnóstico social, planificación de la intervención social, y Discusión del caso con el equipo profesional, para estructurar un plan de trabajo en función de las necesidades detectadas.</p>

<p>Función preventiva, de promoción e inserción social</p>	<p>Con el objetivo de conseguir la adecuación personal al medio social y familiar del enfermo mental, mediante la aceptación e integración del mismo a través de los recursos normalizados, los recursos específicos dirigidos a este colectivo (Programa residencial, ocupacional, de ocio y tiempo libre, laboral), fomentar la creación de grupos de autoayuda, asociaciones de familiares y afectados.</p>
<p>Función de coordinación</p>	<p>Dentro del equipo de salud mental la función que el trabajador social tiene es incorporar el factor social de los problemas de salud mental, colaborando en la continuidad de cuidados, aportando los recursos necesarios para la integración e reinserción social del enfermo mental, incluyendo su intervención en el tratamiento de los problemas psico-sociales.</p>

Cuadro N° 02 Roles del trabajador Social en Salud Mental. Tomado de:

Trullenque, E (2010).

Para Pellegrero, N., (1992) “al trabajador social se le considera como el especialista de lo social y en las organizaciones y servicios sociales”. El trabajador social cuenta con la preparación para asegurar el adecuado desempeño de las relaciones comunitarias. Por tanto, debe conocer los servicios del entorno e informar tanto a los

usuarios y a las familias como a los compañeros del equipo, para poder incorporarlos a los planes de actuación individualizados. Guimon, (2002) p. 342.

El profesional del trabajo social a través de su práctica en el campo de salud mental en el cumplimiento de sus roles y funciones ha desarrollado metodologías, técnicas y modelos de intervención para la atención de los casos, haciendo énfasis en el desarrollo personal del individuo y su interacción con el entorno familiar y social.

Métodos del Trabajo Social en Salud Mental.

La palabra método según el diccionario etimológico de Chile (2001) deriva del “latín methodus y éste del griego meta más allá, después. Es una preposición que da idea de movimiento y odos significa camino”; es decir, método quiere decir “camino hacia algo”, “persecución”, esfuerzo para alcanzar un fin o realizar una búsqueda.

De ahí Ezequiel Ander Egg (1982) lo define como:

“Camino a seguir, mediante una serie de operaciones y reglas fijadas de antemano, de manera voluntaria y reflexiva para alcanzar cierto fin. La noción cubre varias significaciones: en primer lugar, en sentido filosófico general o global, hace referencia al conjunto de actividades intelectuales que, con prescindencia de contenidos específicos, establece procedimientos lógicos, formas de razonar, que hacen accesible la realidad a captar. Los métodos ayudan a una mejor utilización de los medios para acceder al conocimiento de la realidad, a fijar de antemano una manera de actuar racional y eficaz, a operar sobre la misma realidad y a evaluar los resultados de la acción” (p. 15)

Por otro lado, para Jorge H Torre (1986), “los métodos son recursos indispensables en la gestión profesional, que permiten avances y resultados satisfactorios en el desarrollo de los propósitos y funciones predeterminadas” (p.184)

Según Jorge H. Torres (1986), “en el trabajo social los modelos se han tomado como modelos de intervención empírica” esto atendiendo las necesidades en el momento del desarrollo de la disciplina desde una práctica asistencialista, preventiva y promocional, esto permite el desarrollo de teorías a través de investigaciones científicas para la construcción científica de la profesión. (p.184)

En la intervención del Trabajo Social hay una serie de métodos que han sido prolifera en guías de intervención empírica que han permitido al Trabajador Social una orientación racional en su quehacer profesional. Dentro de las cuales se catalogan tres métodos “clásicos” o metodología tradicional, la metodología integrada y los modelos de intervención.

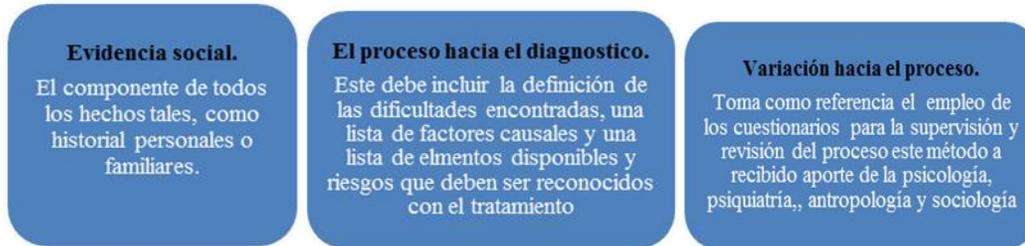
Metodología clásica

Método de Trabajo Social de Caso

Según Jorge H. Torres (1986) este método tiene su origen en los pioneros de la asistencia social como Juan L. Vives, Octavia Hill, F. Chalmers, Edwin Chadwich, F. Ozanon, Mary Richmond, entre otros.

Para Mary Richmond, en su obra social diagnosis (1917), este método tuvo su origen junto con la carrera, cuando toma contacto con las sociedades organizadas de la caridad. En esta obra M. Richmond también plantea una guía metodológica para

realizar un diagnóstico o una diagnosis social. Este libro contiene tres apartados que son los principales pasos en la metodología del Trabajo Social:



Cuadro N° 03. Pasos para el Método de Caso. Elaboración propia basado en Jorge H. Torres (1986, p.186-188)

Este método fue gestado a partir de la necesidad que se presentaba en el contexto histórico, dándose su desarrollo en el área médica y psiquiátrica. Para Jorge H. Torres (1986) este método se da con mayor énfasis y se especializa en el área de la Salud Mental en 1918 a partir de escasas de psiquiatras provocada por la Primera Guerra Mundial por lo cual los trabajadores sociales tuvieron la necesidad de especializarse en Psiquiatría.

Es por esto que el proceso del Trabajo Social de Caso tiene una nomenclatura médica que consta del estudio social, diagnóstico y tratamiento. Esta última se añade luego de que estudios en la psiquiatría logran avances significativos.

Trabajo social de grupos.

El método grupal tiene su inicio en las formas de trabajo social organizado por la Iglesia que ofrecía distintos tipos de actividades. Según Jorge H. Torres (1986) este método “tiene aparición en la acción profesional y se reconoce oficialmente en 1946 en la reunión de la Conferencia Nacional de Trabajo Social en Búfalo, Nueva York,

promovido por los estudios de grupo de la asociación Americana para el estudio del Trabajo Social de Grupo”. (p.192)

Según Ander-Egg (s/f) señala que el Trabajo Social de Grupos es una intervención que se da en un conjunto de personas, que con su propósito intenta el crecimiento individual del grupo y a través del grupo. El desarrollo del grupo hace tareas específicas que además debe tener en reflejo para su medio social; no solo en un grupo, sino también fuera. Dice que quien trabaja con los grupos debe dominar las técnicas grupales y debe tener habilidades de relación, y hace referencia a una relación que le permite actuar con los otros.

Jorge H. Torres (1986) destaca que este método cuenta con aportes de otras ciencias sociales como la sociología, la psicología la ciencia política, la psiquiatría y la pedagogía. Por ejemplo:

“Los expertos en sociología, construyeron la teoría de grupo, los psiquiatras aportan el lenguaje de terapia grupal, las ciencias políticas orientan las luchas de poder, la pedagogía instrumentaliza los procesos para el manejo de grupos y las técnicas de enseñanza-aprendizaje colectivo” (p.193)

En el ámbito de la Salud Mental Jorge H. Torres (1986) también resalta que en 1930 se registra la aparición de escritos sobre el uso del “Trabajo de Grupo Terapéutico”, “el grupo y la higiene mental”, y otros escritos sobre salud construidos desde el grupo.

El informe de la Asociación Americana de Trabajo de grupo (1949) citado por Jorge H. Torres (1986) indica que:

“El trabajador de grupo capacita a distintas clases de equipos de tal forma que la interacción del grupo y el programa de actividades contribuya al crecimiento del individuo y a la consecución de metas sociales deseadas. Los objetivos del trabajador de grupo incluyen previsión para el desarrollo personal de acuerdo con la capacidad y la necesidad individual además la motivación del individuo hacia la mejora de la comunidad y el propio reconocimiento de sus derechos, habilidades y diferencias con otros hombres”. (p.195)

El proceso de intervención de este método se da de manera similar a la de caso, es decir, estudio social de grupo, diagnóstico social y plan de tratamiento, y tratamiento.

De igual modo se puede observar que este método guarda relación con la Salud Mental ya que nace de la necesidad de hacer terapias a grandes cantidades de personas debido a la guerra y las secuelas que esta dejó en la sociedad.

Modelos de Intervención en el trabajo social.

La complejidad de situaciones que se nos presentan en nuestro quehacer profesional, requieren de técnicas y metodología adecuadas. Para poder intervenir en la complejidad es necesaria una adecuada formación, que nos brinde el conocimiento y manejo del mayor número de modelos de intervención posible, que posibilite la comprensión de la situación psicosocial del sujeto en todas sus dimensiones y el desarrollo profesional dentro de equipos interdisciplinarios con distintos enfoques teóricos. Por tanto, debemos integrar en nuestro quehacer profesional modelos teóricos adecuados a los procesos en los que intervenimos, según la psicopatología del paciente, y el problema objeto de intervención.

Trullenque, E. (2010) plantea que los trabajadores sociales “debemos formular un planteamiento más riguroso de nuestros criterios a la hora de decidir qué orientación de la práctica, qué enfoque, qué perspectivas y qué intervenciones deben utilizarse en relación con ciertos tipos de problemas. Estos pueden ser valorados utilizando diferentes enfoques de evaluación”. (p.346)

Viscarret, J. (2007) en su obra “Modelos y métodos de intervención en el Trabajo Social” nos da una aproximación a los diferentes conceptos de los modelos, en la opinión del autor estos son una “herramienta fundamental de análisis, descripción y predicción de los que la ciencia dispone para llevar a cabo la sistematización, control y comprensión de los aspectos más relevantes de la realidad física y social.”

J. Viscarret (2014) también opina que los “modelos son generados a partir de la ciencia y sirven de esquema creado a partir de un conjunto de enunciados teóricos y observación”. Es por esto que el autor considera que mientras mayor conocimiento y manejo en la práctica de diferentes modelos se tenga, el profesional podrá garantizar una mayor adaptación al problema que se va a intervenir, ya que los modelos sirven para orientar y guiar la práctica profesional

Viscarret opus cit. (2014) le da la responsabilidad a Mary Richmond de generar esa necesidad de aplicación científica a la intervención en Trabajo Social en su obra “Social Diagnosis” (1917). Germain (1970):

“Mary Richmond aplicó el modelo médico a los clientes sociales con dificultades, detallando un protocolo y una forma sistemática de aplicar la lógica y el método científico a la práctica profesional. A través del diagnóstico social se efectuaba una indagación de los hechos y datos de la vida de la persona necesitada que permitía

determinar las causas básicas de las dificultades sociales y personales del caso.”

(p.301)

Friedlander (1977) opina que “la intervención se planificaba basándose en la investigación precedente y el diagnóstico social, la interpretación de las condiciones específicas para la conducta y las reacciones del solicitante fundadas en su personalidad individual”. (p. 178)

Viscarret (2014) señala que “las distintas series de modelos no son entes aislados, simplemente, son formas diferentes de analizar los hechos o problemas sociales, diferentes formas de observarlos, que condicionan la forma de intervenir sobre ellos”.

(p. 303)

Es por esto que podemos observar como algunos modelos no han perdurado en el tiempo, y otros han permanecido pese a los cambios sociales, otros están emergiendo con fuerza. Cada modelo de intervención debe estar fundamentado en la investigación desde el Trabajo Social. Los modelos que tienen mayor consistencia teórica y metodológica y que históricamente han ejercido una mayor influencia en la práctica del Trabajo Social, son:

Para J. Viscarret (2014) en el ámbito de las ciencias sociales tomaron fuerza progresivamente corrientes teóricas como el psicoanálisis, el conductismo, el cognitivismo, el funcionalismo, el estructuralismo, la teoría de los sistemas, el existencialismo o el humanismo. “Corrientes nacidas con la voluntad de explicar los cada vez más complejos fenómenos humanos y sociales y que deslumbraron al Trabajo Social por dicha capacidad”. (p. 296)

Los profesionales del Trabajo Social tienen en dichos modelos una base teórica que permite entender los problemas y conflictos sociales, y así poder explicarlos, pronosticarlos, prevenirlos y en su caso solucionarlos.

A raíz de su utilización, surgieron una gran variedad de enfoques metodológicos, de formas diferentes de hacer el Trabajo Social. A continuación se presentarán y dará una breve explicación de los modelos que han tenido mayor impacto y trascendencia en la práctica del Trabajo Social.

Modelo	Características
<p>Modelo psicodinámico Du Ranquet (1996)</p>	<p>Coloca primordial atención a los problemas económicos y sociológicos del cliente, se empezó a otorgar mayor importancia al conocimiento de sus problemas psicológicos y emocionales. Además acentuó la tendencia a perder de vista los aspectos institucional y social (p. 310)</p>
<p>Modelo intervención en crisis J. Viscarret (2014)</p>	<p>Se introdujo a la práctica del Trabajo Social ya que los profesionales de esta disciplina interactúan permanentemente con personas, familias, comunidades en situación de crisis, estas situaciones necesitan de una respuesta rápida y eficaz. Por esto es que se suele clasificar dentro de las denominadas terapias breves de</p>

	<p>intervención, este modelo es aplicable a los casos en alta vulnerabilidad. (p. 312)</p>
<p>Modelo centrado en la tarea J. Viscarret (2014)</p>	<p>No toma concepciones teóricas ni metodológicas prestadas de otras disciplinas científicas, sino que ha sido desarrollado por completo desde el Trabajo Social y para el Trabajo Social, Este modelo está orientado a brindar respuesta práctica, breve y eficaz centrándose en la consecución de unos objetivos específicos y en la ejecución de unas tareas, con el fin de solucionar un determinado problema. (p. 315)</p>
<p>Modelo conductual Cognitivo J. Viscarret (2014)</p>	<p>Tiene en cuenta las situaciones especiales que controlan la conducta del problema, más que los factores que han contribuido a su desarrollo. Prima el aquí y el ahora.</p> <p>La naturaleza de la intervención es alterar el comportamiento del usuario en formas definidas para que sus problemas disminuyan o desaparezcan, por medio de la revisión y evaluación periódicas. (p.319)</p>

<p>Modelo humanista y existencial J. Viscarret (2014)</p>	<p>El modelo humanista y existencial es un modelo que ha tenido una gran repercusión en el Trabajo Social, porque proponen, más que unas determinadas técnicas de intervención o una determinada estructuración de la misma, una filosofía de intervención que se encuentra muy acorde con los pilares en los que se asienta el Trabajo Social, como son el máximo respeto a la persona que necesita apoyo y la no imposición del proceso de intervención. (p. 321)</p>
<p>Modelo critico- radical</p>	<p>El Trabajo Social crítico sostiene que los usuarios no son ni parcial ni totalmente culpables de las circunstancias personales y sociales a las que se enfrentan, sino que apuntan a los orígenes sociales y a las estructuras sociales como causantes de dicha situación opresiva. La intervención desde este enfoque busca brindar a los usuarios mayor conciencia a través de un proceso de transformación mediante el cual la persona se convierte en protagonista de su cambio individual y social. (p.325)</p>

<p>Modelo gestión de casos</p> <p>J. Viscarret (2014)</p>	<p>Ubica el nacimiento de este modelo junto a la preocupación por los recursos sociales disponibles con el fin de poder efectuar una práctica profesional más eficaz. Podemos decir que la gestión de casos es un modelo que aparece en el Trabajo Social como resultado de la preocupación por ofrecer una intervención cada vez más eficiente, eficaz y al mismo tiempo más económica. Para tal fin, se adoptan fundamentos teóricos que provienen de disciplinas más relacionadas con la economía, la empresa y el comercio.(p.326)</p>
<p>Modelos sistémico</p> <p>J. Viscarret (2014)</p>	<p>Modelo que aporta un referente teórico claro y una metodología que permite analizar, pensar, identificar y diseñar estrategias para la acción del trabajo social actual, además propone un modelo de intervención que permite que diferentes métodos prácticos de intervención puedan ser integrados dentro del mismo marco, tomando como referencia la teoría general de los sistemas. (p.327)</p>

Cuadro N° 04. Modelos de intervención del trabajo social, elaboración propia

basada en J. Viscarret (2014)

Cada uno de los modelos presentados en el cuadro es aplicado por el trabajador social en el área de la salud mental, esto dependiendo del requerimiento del paciente. Por esto el trabajador social previo a aplicar alguno de estos modelos debe haber pasado por un proceso de diagnóstico del paciente acompañado por el equipo multidisciplinario, sobretodo en caso de enfermedad mental grave.

Para Luis T. Gómez (2017) además de estos modelos el trabajador social en su papel dentro de los equipos multidisciplinarios de la salud mental debe aplicar una intervención en el área social, este tipo de intervención se da en tres aspectos:

Intervenciones para la prevención en salud mental.

Según Mazek & Haggerty (1994) “esta se caracteriza por su enfoque de reducción de los factores de riesgo y la promoción de factores de protección relacionados con un trastorno mental o problema de conducta, con el objetivo de reducir su prevalencia e incidencia”.

Se conoce la clasificación de prevención en salud pública como primaria, secundaria y terciaria. A continuación se describen los tres tipos de prevención primaria

La prevención universal: son las intervenciones que se dirigen al público en general o a todo un grupo determinado que no ha sido identificado basándose en el riesgo.

La prevención selectiva: dirigido a individuos o grupos de la población cuyo riesgo de desarrollar un trastorno mental es significativamente más alto que la media, y se evidencia por factores de riesgos biológicos, psicológicos o sociales.

La prevención indicada: esta se dirige a personas identificadas como alto riesgo, con signos o síntomas de un trastorno mental, mínimos pero detectables, o marcadores biológicos indicando una predisposición para un trastorno mental, pero que no cumplen los criterios de diagnóstico para trastorno en ese momento.

Intervenciones para las promociones de la salud mental

Según Luis T. Gómez (2017) “los programas que promocionan la Salud Mental no sólo funcionan, sino que además contribuyen a un mayor bienestar mental y aumentan la calidad de vida a nivel individual y comunitario. La prevención es igualmente eficaz cuando es aplicada a distintas edades y grupos con niveles de riesgo diferentes”. (p. 4)

Luis T. Gómez (2017) también opina que es “vital reducir los problemas de salud mental donde la promoción y prevención. Pero esta creciente problemática solo se podrá combatir si la futura política de salud mental tiene como objetivo la sostenibilidad de distintos organismos y prácticas para la misma, y si se dirige por igual, a la prevención y al tratamiento, logrando un equilibrio mejor entre ambos.

Las narrativas de la enfermedad y la intervención en lo social

Carballeda (2007) citado por Luis T. Gómez (2017) establece que dentro de esas diferentes modalidades de intervención, la escucha forma parte de todo el proceso del quehacer en la práctica diaria.

Las narrativas en el proceso de intervención en salud pueden enumerar una serie de cuestiones posibles. Por un lado, la existencia de un narrador genera una forma

determinada de escucha. Es decir, la narración puede ser condicionada, atravesada y constituida desde el narrador, pero también desde el lugar de la escucha desde lo social. Este tipo de narración va dirigida a otro, del cual se tiene una construcción simbólica definida. No son iguales las narraciones de la enfermedad en todas las disciplinas que intervienen en ese campo (médicos, psicólogos, enfermeros, trabajadores sociales, entre otros), pero también esta narrativa dentro de cada campo está condicionada por el modelo de intervención que se utilice. (p.5)

Esta forma de intervención a través de la narrativa es considerada una forma de hacer terapia postmoderna, Tarragona (2006) citado por Gómez, L. (2017) atribuye la creación de este tipo de terapia a “Michael White, trabajador social australiano y David Eptson, antropólogo de origen canadiense. Estos autores comenzaron a trabajar juntos desde los años ochenta y a partir de esa fecha desarrollaron esta forma de hacer terapia que ha ganado adeptos alrededor de todo el mundo” (p. 5)

En el contexto de la salud mental es necesario usar cada uno de los modelos con versatilidad adaptándolo con discernimiento sobre cuál o cuáles de ellos es pertinente aplicar según sea el caso. El trabajador social en la salud mental debe estar constantemente en un ciclo de observación, diagnóstico, tratamiento y evaluación.

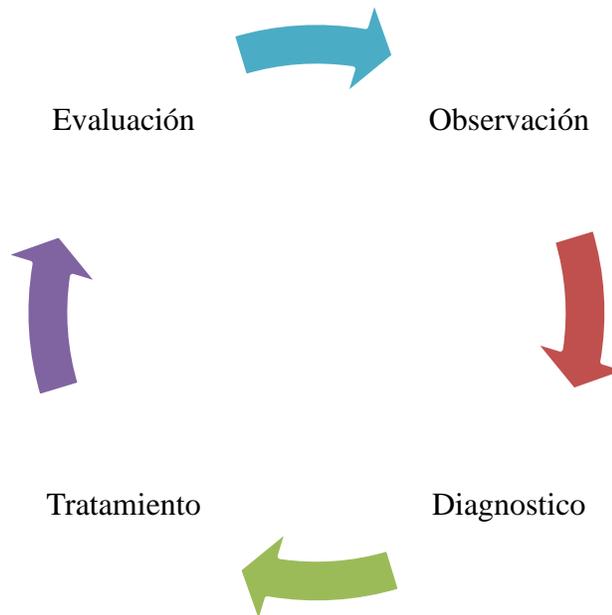


Gráfico N° 01. Ciclo de intervención del trabajador social, Autor: Buitriago, E. (2019)

Trabajo Social Clínico

Desde la década de 1960 como Castellano (1962) hasta Rodríguez, Gómez & Mangas (2014) han manifestado en sus publicaciones el papel que desempeña el Trabajo Social en la práctica clínica “reconociendo nexos con corrientes psicoterapéuticas, psicosociales y psiquiátricas” Tomás. W. Huaiquiche G.; Cecilia Bastías P. (2016).

Para entender el enfoque del Trabajo Social Clínico es necesario conocer la definición de clínica, por esto la revista electrónica de Trabajo Social de la

Universidad de Concepción en Chile (2016) cita a Alayrangués (2011) quien señala que:

La clínica es una ciencia, inicialmente médica hoy en día extendida a otras disciplinas como la Psicología, la Sociología y el Trabajo Social, que se fundamenta en la escucha del otro y en la acción que de ésta se deriva. Requiere una recopilación cuidadosa del conjunto de los factores intervinientes y del establecimiento de una relación cuasi personal e interpersonal entre usuarios y trabajadores sociales. También implica una interpretación ordenada y a la vez intuitiva de los datos y de las relaciones. (p.35)

El Trabajador Social y cofundador junto a Diego Barría de la CITSC (Comunidad Internacional del Trabajo Social Clínico), publica en su blog un artículo (febrero 2018) en el cual expresa:

La clínica es una práctica multidisciplinar, y lo clínico (su objeto) es transdisciplinar, en España y en todo el mundo. Dentro de la práctica clínica, los métodos psicoterapéuticos son uno de los más utilizados, y es frecuente, escuchar voces a favor de apropiarse de manera exclusiva de la práctica clínica y psicoterapéutica, como sucede en el caso de determinado sector de la Psicología y la Psiquiatría.

Según Antipán & Reyes (2013 p. 4) mencionan que: “el Trabajo Social Clínico nace del Casework (Trabajo Social de Caso), complementándose con los modelos de

Trabajo Psicosocial o Terapia Psicosocial y se fortaleció con el ejercicio profesional de trabajadores sociales en servicios psiquiátricos”.

El campo del Trabajo Social Clínico es un campo que se encuentra en desarrollo en la actualidad, existen varias iniciativas en países europeos como España para incluir en la formación del profesional del Trabajo social el ámbito clínico ya que es un área en la que los trabajadores sociales se desenvuelven constantemente y es necesaria la especialización en métodos enfocados en este ámbito. Esta iniciativa ha sido trasladada a países de Latinoamérica como Chile, Costa Rica y Colombia con exponentes en el área como Ángela Quintero, Diego Barría, entre otros.

Sujetos de intervención

Familia

La conceptualización de familia es amplia. La familia según Páez (1984) es "un grupo de personas entrelazadas en un sistema social cuyos vínculos se basan en relaciones de parentesco fundados en lazos biológicos y sociales con funciones específicas para cada uno de sus miembros". (p. 23).

Otro concepto más amplio de familia es aportado por Ribeiro, 2000 es el siguiente:

Cada familia es una unidad de vida personal. En cierta manera, podríamos decir que cada familia es lo que son los individuos que la componen, el grupo que forman, las relaciones que establecen entre ellos, los valores que comparten o se disputan, los contactos que tienen con sus otras familias, con otras personas y con otros medios de vida, sus actividades de subsistencia, sus diversiones, etc. (p. 48).

La familia entonces no es solo una institución conformada para la procreación sino que es ese espacio en donde el ser humano tiene el primer contacto de sociabilización donde se desarrolla la personalidad, aprende los roles que tendrá que desempeñar en su crecimiento, la forma de comunicarse, los ejercicios de autoridad y satisfacción de las necesidades básicas.

Para el Centro Clínico de Orientación y Docencia (CCOD), la evaluación de la realidad familiar y social de los usuarios, es uno de los objetivos principales de la intervención para un acompañamiento en el proceso hacia la Salud Mental, dado que la dinámica interna y externa de la familia y de sus miembros es un factor determinante en la recuperación psico-social del niño, niña, adolescente y adulto. Por esto los usuarios tienen un primer contacto con el trabajador social para un triaje en el cual el trabajador social junto a la familia da una primera percepción de la problemática.

En este particular, el Archivo de Medicina Familiar (2005), refiere:

La evaluación de la familia es inherente al trabajo habitual del equipo de salud en el primer nivel de atención. Se puede concebir como un proceso fundamental para realizar intervenciones promocionales y preventivas a favor de la salud, establecer diagnósticos, manejo y tratamiento y en su caso rehabilitación o paliación; este proceso implica obtener de los individuos y sus familias información relacionada con los elementos que intervienen en el proceso-salud- enfermedad, su análisis, y la planeación de estrategias y toma de decisiones en el contexto biopsicosocial. (p.18).

En el abordaje y evaluación de las familias participan un equipo multidisciplinario conformado por médico, psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales, quienes

brindan las orientaciones, sugerencias y recomendaciones a los familiares mediante la intervención individual y grupal.

Aquin (2003) relaciona otro aspecto con la familia, este es el orden social, el cual posee dentro de sí, un vector que tiene que ver con la moral, con el discernimiento; la familia es la encargada de proteger, transmitir y reproducir valores (p.90). Este mismo autor también señala que:

La vida en familia puede promover la formación de valores y capacidades para un ejercicio activo de ciudadanía impulsando la cooperación con otros, la solidaridad y la acción colectiva, pero también puede formar en valores que sustentan prácticas individualistas, autoritarias y violentas. (p.91).

Tipos de familias

Las familias son diversas y cada una posee características que las diferencian de otras. Algunos autores dividen ciertas características como su tamaño, composición, hábitos, valores, creencias y las refieren como tipos, modelos o estilos de familias.

Barrera (2008), define los estilos de familias como “ese conjunto de relaciones interpersonales entre miembro de un determinado núcleo y la cultura propia que de él se desprende” (p.17).

En opinión de Rondón (2011), existen nueve (09) tipos de familias, con diferentes características que se presentan a continuación:

Tipos de familias	
Familia extensa	Integrada por miembros de más de dos generaciones, donde los abuelos, los tíos y otros parientes comparten la vivienda y participan en el funcionamiento familiar.
Familia funcional o flexible	Caracterizada porque logra satisfacer las necesidades de los individuos que la conforman, con límites claros, flexibles y permeables entre sus miembros.
Familia nuclear o nuclear-conyugal	Constituida por el hombre y la mujer, o dos mujeres u hombres, los hijos, unidos por lazos de consanguinidad que conviven el mismo hogar y desarrollan sentimientos de afecto, intimidad e identificación.
Familia homoparental	Relación estable de hecho o matrimonial entre dos personas del mismo sexo, que tienen hijos por intercambios de uno o ambos miembros de la pareja, por adopción y/o procreación asistida.
Familias biculturales o multiculturales (transnacionales)	Están formadas por aquellos matrimonios o parejas mixtas, en las cuales el origen étnico o la primera nacionalidad de uno de sus miembros es distintas ej.: franco- venezolano.

Familia mixta simple	Familia nuclear que ha sido alejada de su hábitat por situaciones de desplazamiento forzado y que se encuentran en un proceso de duelo durante el cual se une a otra tipología familiar.
Familia mixta compleja	Familia nuclear que ha sido alejada de su hábitat por situaciones de desplazamiento forzado y que durante su proceso de duelo se une a otras tipologías familiares más complejas.
Familia monoparental	Conformada por el o los hijos y el padre o la madre, asumiendo la jefatura masculina o femenina. La ausencia de uno de los progenitores puede ser total, o parcial cuando el progenitor que no convive continua desempeñando algunas funciones.
Familia simultanea o reconstituida	Conformada por la unión de cónyuges, donde uno o ambos provienen de separaciones y divorcios de anteriores vínculos legales o de hecho, que aportan hijos y tienen a su vez hijos en su nueva unión.

Cuadro 05. Tipos de familia. Elaboración propia basada en Rondón (2011).

Salud mental y familia

Aquello que involucra a individuos en la sociedad, involucra a las familias; son roles y funciones que están destinadas a cumplir, principalmente aquellos asuntos que intervienen afectando su cotidianidad generando diversas situaciones a veces de crisis

y conflicto en sus vidas como son por ejemplo, la crianza de los hijos, las relaciones de pareja, los procesos de separación, etc.

La organización familiar, como ya se mencionó, ha sufrido cambios adquiriendo nuevas formas, convocando nuevas definiciones de la familia asociadas a su estructura, ampliando los tipos de familia ya conocidos. Según Pastor (1988):

Las auténticas organizaciones sociales sólo surgen entre poblaciones humanas que hayan alcanzado algún grado de civilización. Dentro de estas organizaciones se encuentran ciertas instituciones que generarían estrategias para la solución y satisfacción de necesidades. La familia es una institución, que regula ciertas acciones sociales referidas a necesidades, tales como procreación, sexo, aceptación, seguridad afectiva, educación, producción y consumo de bienes económicos. (p.17).

Para satisfacer estas necesidades debe cumplir algunas funciones así por ejemplo, tiene que poder organizarse de distinta manera en cada etapa y contar con recursos apropiados y adaptables, en su interacción con el medio.

Sin embargo a pesar de estas generalidades, es casi imposible no notar lo que diferencia a una familia de otras, pudiendo afirmar que no existen dos familias iguales, fundamentalmente en el uso de ciertos cánones relacionadas con su estructura y dinámica. La alteración en la estructura y dinámica familiar se ha denominado disfunción del sistema familiar.

Para Almonte y Musalem, (2006) la disfunción familiar es un concepto que provoca algunas controversias en torno a su amplia utilización, porque de alguna manera la denominación actual significa una especie de estigmatización del grupo familiar, asociándose muy frecuentemente a familias monoparentales; comúnmente,

mujer jefa de hogar, a cargo de los hijos, hace suponer que es una familia que no “funciona” de manera normal.

Para Almonte y Musalem. (2006):

El funcionamiento inadecuado o disfuncional de un subsistema (parental, conyugal, parento-filial y fraterno) o de la familia como conjunto puede estar en relación a sus metas, sus derechos y deberes, su organización, estructura y presentarse en dimensiones tales como: la comunicación, los límites, la jerarquía, el compromiso emocional, la adaptación a los cambios, la resolución de conflictos, la toma de decisiones (p. 458).

La Salud Mental y su relación con la familia es una comprensión bastante extendida; ello en el entendido que el concepto de salud es mucho más que la ausencia de enfermedad, siendo ésta una verdad ya confirmada. Por lo que la realización de diagnósticos sociales asociados al individuo y sus familias ya sea como antecedente o consecuencia de los mismos es un aspecto importante del tratamiento.

Existe también la comprensión de que fenómenos macro sociales inciden en la generación de grupos de población llamadas, actualmente en riesgo social, que viven en la marginalidad, de tal manera que la intervención considera orientaciones para detectar y disminuir factores de riesgo predisponentes de situaciones futuras de conflicto en el ámbito de la Salud Mental.

Según Navarro, Fuertes y Ugidos (1999) estos riesgos están afectando gravemente la familia debido a: El abuso físico y psicológico de los niños se está convirtiendo en un síndrome médico social cada vez más arraigado España. Un cierto número de

estudios han demostrado que entre un 84 y un 97% de los padres utilizan en algún momento con sus hijos el castigo físico. (p.80).

Este contexto de violencia involucra no sólo a quienes agreden, como personas incapaces de controlar sus impulsos o descompensados emocionalmente, sino que además compete al conjunto del grupo familiar. Si bien se podría señalar que una familia de escasos recursos posee menos elementos para hacer frente al estrés normal que significa la crianza, éste es un problema transversal, por lo mismo está vinculado a un trabajo con la comunidad, de tal manera que existe una red social funcionando que ayude a prevenir o tratar adecuadamente este tipo de problemas de Salud Mental.

Las familias consultantes en el servicio público son mayoritariamente aquellas de bajos recursos y en Salud Mental se incorporan otras, aquellas que no atendiéndose exclusivamente en la atención primaria en salud, poseen dificultades en planos relacionales, del tipo de vínculos que poseen y no poder resolver algunos conflictos, llegando inclusive a su judicialización; medio principal por el que se vinculan con el CCOD.

Bases legales

Las Bases legales son el fundamento que permite establecer el conjunto de derechos, deberes y principios fundamentales que deben regir a la nación. Según Villafranca (1995) “Son leyes, reglamentos y normas necesarios en algunas investigaciones cuyo tema así lo amerite” (p.51). En el caso de esta investigación citaremos algunos artículos y normas de nuestra Constitución vigente, así como otras normas citadas por diferentes organismos que amparan la salud mental en el ámbito nacional e internacional, entre otros.

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV)

El Artículo 83, de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (CRBV), establece: “La salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República” C RBV (2009, p. 22). De acuerdo a lo indicado en la máxima venezolana, tomaremos este referente para identificar al profesional del Trabajo Social, como agente activo en las políticas de estado, participando en la implementación de talleres, promoción y orientación de planes de salud, en nuestro caso la salud mental. El Centro Clínico de Orientación y Docencia, es una institución pública cuyos objetivos están orientados a la prevención, orientación, educación y

aspectos curativos en pro de la salud mental y mejorar la calidad de vida de niños, niñas, jóvenes, adultos, parejas y grupos familiares mediante terapias aplicadas por el equipo multidisciplinario, integrado por médicos (psiquiatras, pediatras y medicina general), psicólogos, terapeutas del lenguaje y ocupacional, psicopedagogos, y trabajadores sociales, todos ellos apoyados en Ley Orgánica de la Salud (LOS)

La ley orgánica de la salud, promulgada por el Congreso de la República de Venezuela, el 11 de Noviembre de 1998 bajo la Gaceta Oficial N° 36.579. Es la encargada del funcionamiento de las instituciones en materia de salud del todo el territorio nacional y se refleja la búsqueda del bienestar social colectivo y la prevención de las enfermedades. En su Artículo 2. “Se entiende por salud no sólo la ausencia de enfermedades sino el completo estado de bienestar físico, mental, social y ambiental” (1998, p. 1). Tomando en cuenta este artículo, visto desde la mirada del profesional del Trabajo Social, a quien mueve la preocupación por el otro, quien padece y sufre por no tener una calidad de vida que garantice su inclusión en las actividades cotidianas de la sociedad, como una de las tantas preocupaciones a la que se dedica el profesional del Trabajo Social.

Ley del Trabajo Social.

Según la Ley de Ejercicio del Trabajo Social, promulgada en la Gaceta Oficial N. °: 39.020, del 19 de septiembre del 2008, en el Capítulo I, Artículo 2, define al trabajo social como: “una disciplina científica que tiene como pilar fundamental el ser humano y centra su atención en las interacciones entre las personas y su ambiente social...” (P.1). En este sentido, centramos nuestras pasantías, la ayuda y orientación al paciente que asiste a consulta como un derecho de salud mental.

En relación a lo anterior, la Organización de las Naciones Unidas (ONU 1976), defiende: “el acceso igual y oportuno a los servicios de salud básicos y preventivos, curativos y de rehabilitación, así como a la educación en materia de salud; programas de reconocimientos periódicos; tratamiento apropiado de enfermedades, afecciones, lesiones y discapacidades frecuentes, preferiblemente en la propia comunidad; el suministro de medicamentos esenciales, y el tratamiento y atención apropiados de la salud mental”. Para la ejecución de las pasantías, partimos del derecho equitativo a la salud, como garantía social de una atención de calidad para todos los pacientes que asisten a diario al Centro Clínico de Orientación y Docencia. Es importante señalar que al centro de salud, asisten niños, niñas, adolescente y sus grupos familiares, en este aspecto, nos apoyaremos en la Ley Orgánica para la Protección del Niños, Niñas y Adolescentes, para brindar y asegurar tratamientos acordes a las necesidades, respetando el marco jurídico que los ampara.

Ley Orgánica para la Protección del Niños, Niñas y Adolescentes.

En este aspecto la Ley Orgánica para la Protección del Niños, Niñas y Adolescentes (LOPNNA 2015), el Artículo 2, Define a los Niños, Niñas y Adolescentes, como: “... toda persona con menos de doce años de edad. Se entiende por adolescente toda persona con doce años o más y menos de dieciocho años de edad.” Para encuadrar las edades de atención de esta población, de acuerdo a las necesidades. Luego en el Artículo 6, se refiere a la Participación de la Sociedad: “... para lograr la vigencia plena y efectiva de los derechos y garantías de todos los niños y adolescentes. El Estado debe crear formas para la participación directa y activa de la sociedad en la definición, ejecución y control de las políticas de protección

dirigidas a los niños y adolescentes.”. En este aspecto basamos el anterior referente, al papel importante que asume el trabajador social, en el cumplimiento de los derechos de la población infanto-juvenil, su rol es proteger, velar e implementar programas y estrategias que permitan el funcionamiento adecuado de las instancias jurídicas que coordinan la aplicación de la ley, en pro de la calidad de vida y el bienestar social de todos los pacientes cuyas características ampara la ley en referencia.

Ley Orgánica de la Salud

La ley orgánica de la salud fue promulgada por el Congreso de la República de Venezuela, el 11 de Noviembre de 1998 bajo la Gaceta Oficial N° 36.579. Es la encargada del funcionamiento de las instituciones en materia de salud del todo el territorio nacional y se refleja la búsqueda del bienestar social colectivo y la prevención de las enfermedades. En su Artículo 2. “Se entiende por salud no sólo la ausencia de enfermedades sino el completo estado de bienestar físico, mental, social y ambiental” (1998, p. 1).

Propuesta de Ley de Salud Mental para Venezuela

En la propuesta de la Organización Panamericana de la Salud (OPS 2017), contempla entre sus acciones la elaboración de una Ley de Salud Mental, para la cual la oficina regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) presta su colaboración, a través de la asesoría del consultor internacional Hugo Cohen, médico psiquiatra, quien junto al equipo del Consejo Nacional de Derechos Humanos, el Viceministerio de Salud Colectiva del Ministerio del Poder Popular para la Salud, y

una red de expertos conformada por académicos, sociedades científicas y otras autoridades nacionales, trabajan para su ejecución.

Según un artículo publicado en el portal web de la Organización Panamericana de Salud (2017) “La Ley apunta fundamentalmente a que la Salud Mental se incluya como un área más de la atención de la salud. Toda persona tiene derecho a ser atendida en su comunidad e incluida activamente en su cotidianidad. Esto constituye un cambio de paradigma. Actualmente el trastorno mental se asume con vergüenza, temor, o terminar en un hospital psiquiátrico, lo que generalmente empeora la situación de la persona”, explica Cohen, experto en Salud Mental de la OPS/OMS.

La Ley de Salud Mental es la ratificación de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, suscrita por el Gobierno venezolano en la sede de las Naciones Unidas, en Nueva York, en 2006. “La Ley expresa que toda persona es capaz hasta que se demuestre lo contrario, más allá del diagnóstico que tenga”, enfatiza Cohen. (OPS, 2017)

CAPITULO III

SISTEMATIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA

El siguiente capítulo contara con la información referente a las pasantías profesionales, la metodología utilizada en el trascurso de la misma, el plan de trabajo ejecutado y el análisis de la experiencia a través de la sistematización de experiencias durante el tiempo cumplido por las pasantes en el centro clínico de orientación y docencia en el Dpto. De Trabajo social.

Pasantías Profesionales

Las pasantías profesionales en la República Bolivariana de Venezuela están regidas bajo un marco legal a partir de la publicación del decreto de pasantías en la gaceta oficial n° 31.141 fechada el 29 de diciembre del año 1976, se ordena la creación del programa nacional de pasantías en la industria, dirigido a estudiantes que cursan los dos últimos años de profesiones técnicas y tecnológicas, estableciendo la cooperación entre el Ministerio de Educación y la Fundación Educación Industria (FUNDEI).

La normativa bajo la que se encuentra regido el presente informe de pasantías es la normativa de pasantías de la escuela de Trabajo Social de la Universidad Central de Venezuela basada en el reglamento aprobado por el Consejo Universitario y Las Normativas de la Facultad de Ciencias Económicas y Sociales.

Es entonces según la normativa de pasantías de la Escuela de Trabajo Social (1999) que las pasantías profesionales son “consideradas como una actividad realizada por los estudiantes bajo la tutoría tanto de la institución como de los

profesionales designados por los centros de trabajos donde se efectúa. Está orientada hacia la formación integral del futuro egresado en áreas de las ciencias sociales, en las que se conjugan estudio y trabajo. Su finalidad primordial es hacer más apto al estudiante para su futuro desempeño profesional y para su participación idónea y eficaz en el desarrollo integral e independiente del país”.

El ejercicio de las pasantías profesionales en su ejercicio requiere de un tiempo mínimo de duración de trescientas ochenta y cuatro (384) horas académicas en dieciséis (16) semanas. Los pasantes junto con los tutores se pondrán de acuerdo con la institución pública o privada del espacio para cumplir este requisito.

Los estudiantes aprenderán de la institución como poner en práctica lo aprendido durante el tiempo de formación en la carrera obteniendo así las herramientas y conocimientos prácticos de la institución y a su vez los estudiantes aportarán el análisis a través del conocimiento académico, dando un enfoque crítico para el crecimiento de cada una de las partes.

El Proyecto de Reforma Curricular de la ETS (1994), definen el espacio de las pasantías como:

“Espacio académico del plan de estudios, dirigido a proponer al estudiante una experiencia práctica concreta en un sector del mercado ocupacional que le permita confrontar críticamente el espacio académico y el entorno institucional. Ello supone insertarse en procesos reales que exigen además de conocimientos, el desarrollo de habilidades y destrezas profesionales que posibiliten sintetizar su experiencia profesional en el área en la cual le correspondió actuar”. (p. 61).

Para lograr lo anteriormente definido, los estudiantes se proponen como objetivo académico aplicar las competencias de la disciplina de Trabajo Social clínico, durante el proceso de pasantías profesionales en el Centro Clínico de Orientación y Docencia. Estas pasantías profesionales finalmente busca el aplicar todos los conocimientos aprendidos y aprehendidos durante el tiempo de estudio previo de la carrera para beneficiar a la comunidad científica y académica, la institución y al país, todo esto a partir de la sistematizada teórico-metodológica de esta experiencia profesional.

Metodología empleada

En las pasantías profesionales se construye el espacio que les da a las pasantes la oportunidad de investigar y aplicar la metodología aprendida que sea pertinente para alcanzar los objetivos previstos. Durante el tiempo dispuesto para las pasantías profesionales en el Centro Clínico de Orientación y Docencia, las pasantes en el ejercicio, en el departamento de trabajo social implementaron un enfoque metodológico tradicional del trabajo social como lo es el método de caso y de grupo. Estos métodos aplicados desde un enfoque del trabajo social en la salud mental o también conocido como trabajo social clínico.

Tomando en cuenta la opinión de Jorge H. Torres (1986) las pasantes no solo se enfocaron desde una metodología tradicional del trabajo social, sino también tomaron

en cuenta la metodología integrada y los modelos de intervención. Quedando divididos estos métodos de la siguiente forma:

Metodología o modelo	Método
Clásica	Trabajo social de caso. Trabajo social de grupo... Trabajo social de comunidad.
Integrada	Integrado. De concientización. Único. Básico.
Modelos de intervención	Acción transformadora. Intervención de la realidad. Militancia del compromiso. Materialismo histórico.

Cuadro N° 06. Metodología y métodos del trabajo social. Elaboración propia

basados en Jorge H. Torres (1986) p. 185.

Metodología clásica

Como se refleja en el cuadro anterior esta metodología se divide en tres métodos. El primero es el método de caso representa el inicio del enfoque de intervención del trabajo social mediante el cual a través de un proceso de ayuda planificado y conscientemente dirigido, modifican o solucionan problemas y necesidades en el área de funcionamiento social de los seres humanos. Este método está comprendido por

tres pasos, según lo propuesto por Mary Richmond en *What is Social Case Work* (1922); estudio, diagnóstico y tratamiento.

El estudio posibilita el diagnóstico, en este paso se recoge información sobre el individuo afectado, su grupo familiar, condiciones socio-económicas, ambientales, entre otros. Esta información es recolectada a través de técnicas o instrumentos.

El diagnóstico que conduce al conocimiento del caso y orienta el tratamiento. En este paso el trabajador social trata de identificar y apreciar la naturaleza del problema en relación con la personalidad del cliente y con los recursos internos y externos de éstos y en la relación con los medios que el organismo dispone para ayudarlo.

El tratamiento, cuyos pasos deben llevar a la solución del problema individual. El tratamiento supone la prestación de servicios que están en relación con los diversos problemas que se han determinado en el diagnóstico, cuya solución se ha convenido entre el cliente y el trabajador social.



Gráfico 2. Pasos del método de caso. Autor: Buitriago, E (2019). Según: Richmon, M (1.922)

Es importante resaltar que el concepto propuesto por Mary Richmond (1917) es un concepto en el que el trabajo social aunque llevaba implícito la práctica clínica esta tenía un ejercicio más educativo. Aquellos procedimientos fueron básicamente

consejos, orientación y educación, los que claramente no representan la concepción clínica de la intervención que hoy se practica.

De igual modo Mary Richmond en su obra *Social diagnosis* (1917) citada por Jorge H. Torres (1986) plantea que este método “permite a la profesión un proceso para la atención sistemática del individuo afectado” todo esto en función de los datos obtenidos por el trabajador social que permita a este la definición de la “situación social problematizada del cliente para su adecuada orientación en las llamadas agencias o instituciones de asistencia social” (p. 186)

Es por esto que Ximena Méndez (1998) ve que la atención del Trabajador Social Clínico, está en “establecer un equilibrio entre las necesidades personales del cliente y las oportunidades que le ofrece la vida, propiciando un cambio interno en las personas acercando los recursos existentes en el medio social, para su satisfacción”. El Trabajo Social Clínico, puede implicar intervenciones en la situación social, tanto como en la situación de la persona.

Así como Mary Richmond, propone en el método de caso (1917) tres pasos a seguir que son; estudio, diagnóstico y tratamiento. Jorge H. Torres (1986) asevera que estos pasos son tomados de la nomenclatura médica debido a que Mary Richmond tenía un constante contacto en esta área y la concepción paramédica, también se añade la fase de tratamiento debido al ejercicio del trabajador social en el área psiquiátrica. Entonces se puede observar que la práctica clínica del trabajo social no es algo que se ha dado recientemente sino que lleva una gran trayectoria.

La revista de Servicio Social de la Universidad Concepción de Chile (1998) propone en la metodología del trabajo social clínico de caso una serie de etapas que

van desde el conocimiento del problema hasta la evaluación de las alternativas de solución. Sin embargo:

“como sabemos esta estrategia de secuencias metodológicas resulta operativa para fines didácticos, que tiene que ver con el adiestramiento en el Trabajo de Casos, que posibilita la sistematización y la evaluación de la intervención, pero que en la práctica clínica suelen presentarse de modo integrado. Ciertamente los énfasis puestos en cada instancia son distintos dependiendo de la etapa metodológica en la que estemos interviniendo. El contexto general en que se da el proceso, es la entrevista, sea ésta en la oficina, el domicilio del cliente, en el trabajo o en el medio ambiente próximo relevante de algunos de los sistemas significativos, o de los sistemas disponibles en la comunidad” (p.10)

La revista de Servicio Social de la Universidad Concepción de Chile (1998) divide la metodología de casos en 5 fases, estas son:

Metodología	
Contacto con el problema	Incluye dos puntos de vista; sistémico, pueden ser clasificados como situacionales, del desarrollo y desde una perspectiva psicosocial los problemas pueden ser instrumentales y afectivo o emocionales. Esta etapa, se caracteriza porque habitualmente se dispone de una gran gama de antecedentes de los cuales es necesario identificar aquellos relevantes y

	discriminar en torno a aquellos que son sólo tangenciales.
Delimitación del Síntoma y Focalización.	Usualmente se recurre a fuentes colaterales de información que pueden estar dadas por las Instituciones en las cuales participa o puede acceder el cliente, pero fundamentalmente por quienes hemos denominado "Los Otros Significativos", que como su nombre lo indica son aquellas personas muy cercanas a la vida del cliente, cuya opinión tiene una significación y relevancia en sus actos y en su proyectiva social.
Determinación de Estrategias de Solución.	Tomar decisiones significa estimar y desestimar alternativas. Hay todo un universo de estrategias que van desde las simples corazonadas, hasta las más sofisticadas técnicas de resolución de problemas, pero está claro, que ésta instancia pone en juego la imaginación creadora del clínico. Es necesario analizar los pro y los contra de cada una de las estrategias posibles y a lo menos para cada una resolver:

	<p>¿Cómo hacerlo?; ¿Quién debe hacerlo?;</p> <p>¿Donde? y ¿A qué costo?</p>
<p>Formulación de un Plan de Intervención</p>	<p>Un plan no es otra cosa que una secuencia de pasos estratégicos que posibilitarán conseguir un propósito, por tanto, estructurar esta secuencia implica jerarquizar teniendo como fin último el foco intervenido previamente definido. El Plan se centra siempre en dos ejes intervenidos. El Eje del Manejo Ambiental, o trabajo indirecto, que corresponde a todas las acciones realizadas con los múltiples elementos del medio social que se constituyen en un complemento significativo para los esfuerzos que realiza el Trabajador Social en la intervención directa con el cliente. Eje de la Sustentación y Reflexión. Aquí se incluyen todas aquellas intervenciones que apoyan e influyen directamente en el cliente, que promueven la reflexión, facilitan la expresión de sentimientos y la racionalización, a fin de que éste, se conozca a sí mismo y sea capaz de objetivar sus necesidades.</p>

Ejecución del Tratamiento	Si la finalidad del tratamiento es siempre mejorar el funcionamiento psicosocial del cliente, es fundamental recordar que la intervención está siempre condicionada por la cultura, las costumbres y la esencia del cliente como persona, así como la aptitud y destreza del propio Trabajador Social.
Re-evaluación y Cierre.	Lo básico es tener claro cuánto cambio se logró y a propósito de qué se consiguió el cambio. Si el Caso tiene un inicio claro e identificable, el cierre debe asumir las mismas características. Si re-iniciamos la intervención, es eso, un nuevo foco que también tendrá un término, lo contrario implica seguir casos eternamente equivalentes a la vida del cliente, pues en su historia siempre habrán eventos que generen angustias, penas, rabias o necesidades materiales.

Cuadro N° 07. Fases del método de caso. Elaboración propia basada en información de la revista de Servicio Social de la Universidad Concepción de Chile (1998)

Con el paso del tiempo podemos observar como esta labor clínica del trabajo social se va especializando y llevando inserto más detalles y formas de intervención que son tomados de los principios básicos del enfoque clásico de Mary Richmond pero que ha ido evolucionando conforme las necesidades lo demanda. Es así como podemos ver que del estudio, diagnóstico y tratamiento, el Trabajo Social Clínico ha ido agregando pasos para no tener pacientes o clientes en un perenne tratamiento sino que este logre retomar o reformar su vida de un modo optimo con las herramientas necesarias para un adecuado desarrollo.



Gráfico 3. Fases del método de caso. Autor: Buitriago, E. (2019) basada en información de la revista de Servicio Social de la Universidad Concepción de Chile (1998)

Trabajo Social de grupo

También en el actuar de las pasantes en el CCOD se hizo uso del método de Trabajo Social de grupo, Jorge H. Torres (1986) utiliza el informe de la Asociación Americana de Trabajo de grupo, en donde se define este método como el que:

“capacita a distintas clases de equipos de tal forma que la interacción del grupo y el programa de actividades contribuya al crecimiento del individuo y a la consecución de metas sociales deseadas. Los objetivos del trabajador social de grupo incluyen previsión para el desarrollo personal de acuerdo con la capacidad y la necesidad individual y la adaptación del sujeto a otras personas, grupo y sociedad y el propio reconocimiento de sus derechos, habilidades y diferencias con los otros hombres” (p.195)

Para Jorge H. Torres (1986) este método aporta al profesional “una habilidad de mando que permite a los miembros del grupo utilizar sus capacidades al máximo y crear actividades socialmente constructivas”. (p.195)

Esta serie de métodos o modelos del Trabajo Social fueron las aplicadas por las pasantes en el centro ya que fueron las que respondían a la necesidad del momento en el que transcurrió la pasantía. Estos tienen relevancia en la práctica profesional clínica ya que con estas se busca insertar al paciente a la sociedad con herramientas que puedan ayudar a la mejora de la afección mental por la que esté atravesando y también la concientización o educación de los familiares para un mejor acompañamiento.

Sistematización

Teniendo en cuenta la metodología en la acción de las pasantes en el quehacer profesional, para poder vaciar las experiencias vividas, los logros alcanzados y las posibles recomendaciones se recurrió a la sistematización de experiencias.

La sistematización hace referencia principalmente a clasificar, ordenar o catalogar datos e informaciones; Entonces, se puede decir que en la sistematización de experiencias el objetivo es obtener aprendizajes críticos de nuestras experiencias a través de esa clasificación.

Las experiencias son procesos complejos y dinámicos que transcurren en el tiempo y están sujetas a ciertos factores que intervienen en ella. En las Orientaciones teórico-prácticas para la sistematización de experiencias realizadas por Jara, O. (2010) clasifica estos factores en los siguientes:

- Condiciones de contexto o momento histórico en que se desenvuelven.
- Situaciones particulares que la hacen posible.
- Acciones intencionadas que realizamos las personas con determinados fines (o inintencionadas que se dan sólo como respuesta a situaciones).
- Reacciones que se generan a partir de dichas acciones.
- Resultados esperados o inesperados que van surgiendo.
- Percepciones, interpretaciones, intuiciones y emociones de los hombres y las mujeres que intervenimos en él.
- Relaciones que se establecen entre las personas que somos sujetos de estas experiencias.

Tomando en cuenta esto Oscar Jara (2010), define entonces la sistematización como: “Aquella interpretación crítica de una o varias experiencias que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido en ellas: los diversos factores que intervinieron, cómo se relacionaron entre sí y por qué lo hicieron de ese modo. La Sistematización de Experiencias produce conocimientos y aprendizajes significativos que posibilitan apropiarse de los sentidos de las experiencias, comprenderlas teóricamente y orientarlas hacia el futuro con una perspectiva transformadora”.

Para Fantova, F. (2009), Define la sistematización como: “El proceso colectivo de registro y reflexión continuo que acompaña nuestras acciones, a través del cual vamos haciendo distinciones de lo que ocurre en la realidad local, generando así aprendizajes que van enriqueciendo nuestra acción y las de las comunidades con las que trabajamos, y, a partir de ello, van enriqueciendo la teoría sobre la acción social”.

Igualmente para Jara. O (s/f) propone una estructura para un análisis reflexivo, dinámico y continuo de la experiencia; compuesto por los siguientes tiempos:

Punto de partida: requiere ser partícipe de la experiencia y llevar registros de la misma.

Preguntas iniciales definen el objetivo, objeto y el eje a sistematizar: ¿Por qué sistematizar la experiencia? ¿Cuál es la experiencia a sistematizar? ¿Cuáles son los procedimientos a seguir?

Recuperación del proceso vivido: al cual se reconstruye la historia y se ordena y clasifica el proceso vivido.

Reflexión de fondo: se realizar una interpretación crítica de lo acontecido preguntando el ¿por qué? De los sucesos.

Los puntos de llegada: se establece conclusiones sobre lo ocurrido.

Objetivo General

Diseñar programas socio-educativos dirigidos a los sujetos de atención que asisten al Centro Clínico de Orientación y Docencia, con el fin de orientarlos en el reconocimiento de recursos personales y familiares, optimizando la dinámica familiar en la salud mental.

Objetivos específicos

1. Diagnosticar a través de la entrevista a los pacientes las necesidades socio-educativas.
2. Establecer de acuerdo a los resultados de las entrevistas, el diseño e implementación del programa.
3. Demostrar la pertinencia del trabajo social en el área clínica en su rol como dinamizador en los procesos familiares.
4. Comprobar cómo influye el círculo familiar en la calidad de vida y mejoría de la salud mental del paciente.

La justificación de la sistematización de experiencias.

Se realiza entrevista, en base al relato de la trabajadora social, entorno a las experiencias vividas desde su labor de intervención social que se vuelve diversa en medio de diferentes procesos de relación, con la institucionalidad, con las familias intervenidas y con el equipo de trabajo. El presente estudio nos permitió observar esta

experiencia en el campo de intervención de la Salud Mental, mediante el relato de sus protagonistas.

La intervención social, se inicia desde el comienzo de la relación con las personas que demandan atención y que son derivados desde los diversos servicios que se prestan en las instituciones gubernamentales y privadas, los cuales son atendidos en el Centro de Salud Mental por estar manifestando una problemática específica asociada a esta área.

Así como el Trabajo Social, es una base importante para las dinámicas e intervención familiar que entiende como unidad de trabajo a la familia y sus relaciones familiares, y considera el contexto en el cual ella está inserta. A través del trabajo social se aproxima la atención a los problemas psicosociales que afectan al grupo familiar, generando un proceso de relación de ayuda, que busca potenciar y activar tanto los recursos de las propias personas, como los de la familia y el entorno social. M. Paz Donoso y Paulina Saldias.

La intervención del profesional del Trabajo Social inicia con la acción organizada con las personas, grupos y comunidades. Orientado a superar las problemáticas que le impiden avanzar en el desarrollo humano, para mejorar su calidad de vida y posteriormente definir los pasos de la acción, iniciándose con la motivación de las personas que comienzan procesos de cambio respecto a estas problemáticas de Salud Mental.

La evaluación inicial que hace la trabajadora social, determina de alguna manera las acciones a seguir en el campo de la Salud Mental, definidas básicamente hacia la intervención familiar junto con el acompañamiento de la sintomatología (evaluada

previamente por el psicólogo o el psiquiatra, dependiendo del profesional que realice el primer acercamiento con el paciente), desde donde se especifica la metodología a seguir en la consulta, hasta lograr la inserción y calidad de vida del paciente y su grupo familiar.

Estos aspectos descritos fueron tomados en cuenta para la sistematización del presente informe en donde se determina tres momentos en los cuales se hace la reconstrucción del proceso de las pasantías profesionales en el centro clínico de orientación y docencia.

Unificando la experiencia vivida en el Centro Clínico de Orientación y Docencia durante las Pasantías Profesionales será dividida en tres momentos:

1. Primer momento: inserción de las pasantes el Centro Clínico de Orientación y Docencia (CCOD).
2. Segundo momento: Intervención, análisis y estudio de la problemática identificada, jerarquizada y seleccionada en el CCOD.
3. Tercer momento: definición y desarrollo de una propuesta institucional.

Primer momento: Inserción del equipo de pasantes en el centro clínico de orientación (CCOD).

Primer Momento.

En este primer momento se convocó a las pasante a una reunión con el tutor académico, Profesor José Ibarra y tutora institucional, la Licenciada Marilene Guevara, Trabajadora Social del CCOD, en los espacios de la institución, el día lunes 19 de febrero del 2018. En la cual se brindó a las pasantes una breve introducción del

proceso de actuación profesional en el Centro Clínico de Orientación y Docencia, las características de las pasantías y la fecha y horario tentativo para comenzar.

Tiempo de Pasantías

El horario estipulado por las pasantes junto con los tutores, académicos e institucional para cumplir con las 384 horas mínimas obligatorias establecidas por la Normativa de las Escuela de Trabajo Social, dividiéndose el horario de 7:30am a 10:30am los días martes, miércoles y jueves por parte de una de las pasantes hasta marzo por compromisos académicos, la otra pasante asistiría de 8:00am a 2:00pm de lunes a jueves, la primera cumplía este horario los días lunes y miércoles.

Pasante	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Estefanía Buitrago		7:30 am a 10:30 am	7:30 am a 10:30 am	7:30 am a 10:30 am	Planificación e investigación de las pasantías
Ariany Hernández	8:00am a 2:00pm	8:00am a 2:00pm	8:00am a 2:00pm	8:00am a 2:00pm	

Cuadro N° 08. Horario de Pasantías. Elaboración propia.

Durante la reunión la Licenciada Marilene Guevara expuso las labores del trabajador social dentro de la institución siendo una de las primordiales el ámbito del

trabajo social de casos, y el abordaje de los pacientes desde un enfoque clínico, la Licenciada Marilene Guevara describe sus funciones en el Centro Clínico:

Facilitar los procesos de intervención de tratamientos en cualquiera de las áreas de trabajo.

Levantamiento de informe social.

- Contactar intervención institucional para una mejor utilización de recursos.
- Apoyo en talleres socio educativas, trámites y gestiones a los pacientes en su proceso de tratamiento.
- Brindar atención directa a los pacientes
- Promover la promoción e inserción social, siendo estas varias de sus funciones dentro del Centro Clínico.

De acuerdo con la opinión de Ander-Egg, E. (2011): el método de caso nos permite como trabajadores sociales enseñar o educar al usuario para un aprovechamiento de la ayuda material, financiera, médica o moral que se le puede prestar.

Así mismo, en una cita de Alayrangues (2011), señala que el Trabajo Social en su ámbito clínico se fundamenta en:

“La escucha del otro y en la acción que de ésta se deriva. Requiere una recopilación cuidadosa del conjunto de los factores intervinientes y del establecimiento de una relación cuasi personal e interpersonal entre usuarios y trabajadores sociales. También implica una interpretación ordenada y a la vez intuitiva de los datos y de las relaciones”.

Al finalizar la reunión se procedió a realizar la presentación formal a las autoridades y al equipo multidisciplinario que conforma el centro clínico. Dicha presentación fue realizada por la Licenciada Marilene Guevara. En recorrido se conocieron a la psicólogo Betty Pacheco correspondiente al turno matutino y a los pasantes de dicho departamento estudiantes psicología de la Universidad Católica Andrés Bello (UCAB), también se conoció al equipo de psicopedagogas a cargo de la Licenciada Carmen Pita, la psiquiatra del turno matutino la Doctora Isabela Carcia. De igual modo, se visitó la unidad administrativa conformada por: Dirección a cargo de la Licda. Jacqueline Rivero, Psicólogo Clínico, la Coordinación de Administración ocupada por la Licenciada Consuelo Guerrero, la Coordinación de Recursos Humanos Licenciada Albi Castillo, y el analista de recursos humanos TSU. Elvis Gómez.

El día 20 de febrero se pautó el inicio de las pasantes dentro de la institución, dicho día se procedió a la planificación de las actividades dentro del Centro, bajo las directrices de la Lic. Marilene Guevara. Donde se programó la semana del 26 de febrero al 2 de marzo de 2018 la realización de las entrevistas iniciales con los pacientes, en acompañamiento de la trabajadora social, esta labor es de suma importancia dentro de la institución ya que es el primer contacto que tienen los pacientes con el centro y la evaluación del trabajador social. Dichos pacientes son remitidos a los profesionales del equipo multidisciplinario según sea la patología.

El día 21 de febrero se inició el proceso de recolección de la información bibliográfica institucional, la información fue suministrada por la jefa de recursos humanos Licenciada Albi Castillo y la directora del centro la Licenciada Jacqueline

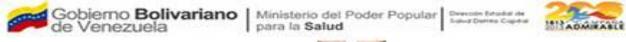
Rivero. Al no tener suficiente información histórica en los documentos suministrados el día 22 de febrero se realizaron entrevistas abiertas a algunos de los trabajadores con mayor antigüedad en la institución.

Los casos atendidos por las pasantes en triajes fueron un total de 15 donde la mayoría de los casos se trataban de personas referidas por psicopedagogos o directores de planteles educativos, el Consejo de Protección del Niño, Niña y Adolescentes, y tribunales. La población atendida se compone en un 85% de menores de edad y el 15% de adultos, algunos de los padres o representantes de los niños o adolescentes se les aconseja tomar también atención terapéutica según la evaluación de los profesionales.

Para los triajes estaba previsto atender un número de dos (2) a tres (3) casos por pasante cada día siendo atendidos por ambas un total de dieciséis (16) a veinticuatro (24) casos de triajes, el logro previsto no se alcanzó ya que muchas de las personas que se atienden en el centro se vieron impedidas a asistir por la problemática en materia de transporte y la escases de efectivo para pagar los pasajes. Esta situación afectó la asistencia en algunos casos del personal del CCOD quedando algunos pacientes sin atender, y reprogramando dichas citas posteriormente por los especialistas.

Durante la elaboración de los triajes las pasantes se familiarizaron con el instrumento utilizado por la institución, el cual está conformado por 4 campos; el primero, denominado historia del paciente, donde se vacía la información personal del usuario como nombre, motivo de consulta, nombre de los padres en caso de ser menor de edad, edad, dirección, grado de instrucción, institución donde estudia en

caso que estudie y números de contacto, el segundo campo, está destinado para recoger información del núcleo familiar, el tercero, recoge información socio-económica de la familia y la distribución ambiental del hogar, el cuarto campo, recoge observaciones del trabajador social en cuanto al caso, además de aquella información relevante para alguno de los especialistas del equipo. Se muestra a continuación el instrumento:




**CENTRO CLÍNICO DE ORIENTACIÓN Y DOCENCIA
INFORME SOCIAL DE PACIENTES**

Fecha: _____ Historia: _____ Trabajador Social: _____

MOTIVO DE LA CONSULTA: _____

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:
 Nombres y Apellidos: _____
 Lugar y Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____
 Cédula de Identidad: _____ Edo. Civil: _____ Grado de Instrucción: _____
 Estudia: Sí: _____ No: _____ Grado: _____ Institución: _____
 Teléfono celular: _____ Teléfono local: _____
 Trabaja: Sí: _____ No: _____ Donde: _____
 Cargo: _____ Ingreso Mensual: _____
 Dirección de Habitación: _____

ÁREA MÉDICO SOCIAL
 Asistencia Social que utiliza: Pública: _____ Privada: _____ Cual: _____

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	EDAD	GRADO DE INSTRUCCIÓN	OCUPACIÓN

GRUPO FAMILIAR:
ÁREA FÍSICO AMBIENTAL:
 Tipo de Vivienda: Quinta _____ Casa _____ Apto _____ Rancho _____ Hab _____ Otro _____
 Tenencia: Propia _____ Propia Pagando _____ Alquiler _____ Alojada _____ Invasión _____ Otro _____

SITUACIÓN SOCIAL:

OBSERVACIONES:

En opinión de las pasantes, este instrumento destinado para la información del núcleo familiar carecía de un espacio donde se pudiese hacer un genograma. En el campo de información socio-económica los datos que se pedían solo eran el estimado de ingresos, no contemplaba gastos, en alimentos, medicinas, servicios, entre otros que son importantes para entender la dinámica familiar. Por esta razón las pasantes realizaron un nuevo formato para los informes sociales de triajes, uno para adultos y otro para menores de edad en donde se añadió un campo para la información del representante, las fichas son las siguientes:

Centro Clínico De Orientación y Docencia

Informe Social de Pacientes adultos.

1. Trabajador social:

Fecha:

nº de historia:

2. Datos de identificación:

Apellidos y Nombres	
Fecha de Nacimiento	
Sexo	
Domicilio	
Estado civil	
Nacionalidad	
Cedula de identidad o Pasaporte	
Teléfono	
Grado de instrucción:	

3. Motivo de consulta:

4. Genograma familiar

5. Situación residencial:

- Tipo de vivienda:

Quinta: ____ Casa: ____ Apto: ____ Habitación: ____ Rancho: ____ Otro: ____

Propia: _____ Propia pagando: _____ Alquilada: _____ De familiar: _____

Ocupación ilegal: _____ Adjudicada Misión Vivienda: _____

- Distribución del espacio: _____

- Servicios Públicos y regularidad:

Agua:

Luz:

Recolección de basura:

Saneamiento y alcantarillado:

Accesibilidad:

6. Situación económica:

Ocupación o empleo: _____

Ingresos mensuales, semanales o diarios: _____

Ingresos familiares: _____

Gastos: Alimentos:

Servicios:

Educación:

Medicinas:

Otros:

Anexo N° 02. Informe Social de Paciente Adulto. Propuesta Buitriago, E. (2018)
 basada en el informe social del gabinete de trabajadores sociales de Jhonathan
 Regalado.

A continuación el informe social, para las personas menores de 18 años de edad:

Centro Clínico De Orientación y Docencia

Informe Social de Pacientes menores de 18 años de edad.

1. Trabajador social:

Fecha:

Nº de historia:

2. Datos de identificación:

Apellidos y Nombres	
Fecha de Nacimiento	
Sexo	
Domicilio	
Estado civil	
Nacionalidad	
Cedula de identidad o Pasaporte	
Teléfono	
Grado de instrucción:	

3. Datos del representante:

Apellidos y Nombres	
Fecha de Nacimiento	
Sexo	
Domicilio	
Estado civil	
Nacionalidad	
Cedula de identidad o Pasaporte	
Teléfono	
Grado de instrucción:	

4. Motivo de consulta:

5. Educación:

- Grado de instrucción:
- Colegio o institución:
- Dificultades en el aprendizaje:

- Dificultades en el habla:
 - Dificultades en relaciones sociales:
6. Genograma familiar:

7. Situación residencial:

- Tipo de vivienda:

Quinta: _____ Casa: _____ Apto: _____ Habitación: _____ Rancho: _____ Otro: _____

Propia: _____ Propia pagando: _____ Alquilada: _____ De familiar: _____

Ocupación ilegal: _____ Adjudicada Misión Vivienda: _____

- Distribución del espacio: _____
- _____
- _____

- Servicios Públicos y regularidad:

Agua: _____ Luz: _____ Recolección de basura: _____

Saneamiento y alcantarillado: _____ Accesibilidad: _____

8. Situación económica:

Ocupación o empleo: _____

Ingresos mensuales, semanales o diarios: _____

Ingresos familiares: _____

Gastos: Alimentos: _____ Servicios: _____ Educación: _____

Medicinas: _____ Otros: _____

Anexo N° 03. Informe Social de Paciente Adulto. Propuesta Buitriago, E. (2018)
 basada en el informe social del gabinete de trabajadores sociales de Jhonathan
 Regalado.

Fases, actividades y fecha de las pasantías.

Este primer momento tuvo una duración de dos semanas quedando dividida en dos fases con una semana de duración cada una, en el siguiente cuadro se grafican las actividades realizadas:

Fase	Actividades	Fecha
Inserción del equipo de pasantes	Primera reunión en institución con tutores académico e institucional.	Desde el 19/02 hasta el 23/02
	Presentación ante el equipo multidisciplinario del CCOD. Revisión bibliográfica institucional.	
	Realización de triajes acompañados de tutor institucional	Desde el 26/02 hasta el 02/03

Cuadro 9. Cuadro de actividades realizadas por las pasantes durante el primer momento de las pasantías, elaboración propia 2018.

Planificación de las pasantías.

Es importante señalar que en este primer momento se planificó cada una de las actividades que las pasantes realizarían en la institución, quedando de la siguiente manera:

ACTIVIDAD	FECHAS	
Reunión con la Trabajadora Social e inicio pasantías.	19/02/2018	20/02/2018
Recolección información Bibliográfica institucional.	21/02/2018	22/02/2018
Realización de triajes acompañadas por tutor institucional	26/02/2018	02/03/2018
Observación y evaluación de necesidades del CCOD	05/03/2018	09/04/2018
Diseño del taller preventivo de abuso sexual para niños	05/03/2018	09/04/2018

Facilitación del taller preventivo de abuso sexual para niños	15/03/2018	06/04/2018
Discusión de casos referidos por psicopedagogía	02/04/2018	02/04/2018
Enlace con instituciones en el Ministerio de Educación	02/04/2018	06/04/2018
Talleres de actualización Ministerio de Educación	16/04/2018	20/04/2018
Triajes realizados por las pasantes	23/04/2018	11/05/2018
Acompañamiento y discusión de caso conjunto con el psicólogo y psiquiatra.	23/04/2018	18/05/2018
Diseño taller preventivo de abuso sexual para padres	30/04/2018	04/05/2018

Facilitación del taller preventivo de abuso sexual para padres	07/05/2018	25/05/2018
Seguimiento de casos atendidos	30/04/2018	11/05/2018
Reunión tutores para sistematización	18/05/2018	18/05/2018
Cierre pasantías	21/05/2018	01/06/2018
Entrega de informe de pasantía a tutores para revisión	29/06/2018	29/06/2018
Presentación del informe UCV	Se desconoce	Se desconoce

Cuadro 10. Cronograma de actividades planificada por las pasantes, elaboración propia 2018.

Segundo momento: proceso de intervención y definición de la propuesta de las pasantes en el Centro Clínico de Orientación (CCOD).

La fase de intervención, definición y de diseño inició en el mes de marzo luego del proceso de observación, técnica dentro de la investigación. Pardinás (1984) quien define la observación como; la acción, de mirar detenidamente, el proceso de someter conductas de algunas cosas o condiciones manipuladas de acuerdo a ciertos principios. Conjunto de datos y conjunto de fenómenos. En este sentido, que pudiéramos llamar objetivo, observación equivale a dato, a fenómeno, a hechos. (pag.89)

Esta primer acercamiento le permitió a las pasantes analizar aquellos aspectos que se vivencia en el país en los actuales momentos, y cómo esto afecta a las instituciones en su funcionamiento, además de cómo las circunstancias económicas y sociales influyen negativamente en la dinámica familiar de los usuarios y trabajadores, revelándose como una de las causas de mayor incidencia en cuanto a la salud mental, según su experiencia en el Centro Clínico.

Matriz DOFA

En este orden de ideas, las pasantes aplicaron la matriz FODA o DAFO, según la recomendación del tutor académico, profesor José Ibarra, de manera que esta permitiera hallar estrategias que ofrezcan fortalezas, potencien oportunidades, y disminuyan las amenazas/debilidades, aportando soluciones a los problemas que se presentan a los pasantes en el desenvolvimiento de sus funciones.

<p>FORTALEZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • El pasante consolidó conocimientos a través de las experiencias adquiridas en las pasantías. • El pasante se identificó con el equipo multidisciplinario, y recibió el apoyo en las estrategias socio-educativas 	<p>OPORTUNIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • El Centro Clínico ofreció apertura a otros pasantes de la Universidad Central de Venezuela en el área de Trabajo Social. • Interés de los profesionales del Centro Clínico por continuar actualizando desempeño profesional.
<p>DEBILIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de recursos económicos para trasladarse al Centro de Salud Mental. • El pasante invirtió tiempo en el traslado de su residencia a la institución, restando horas al desempeño de las pasantías. 	<p>AMENAZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • La situación país, obliga al éxodo de profesionales del equipo multidisciplinario. • El no tener a todo el equipo multidisciplinario, dificulta la adquisición de herramientas didácticas a los pasantes.

Cuadro 11. Matriz DOFA del Centro bajo el enfoque de Humphrey (s/f). Autor: Hernández, A (2019)

De la matriz se desprenden varias estrategias para aprovechar las fortalezas y oportunidades brindando una posible resolución en cuanto a las debilidades y anulando las posibles amenazas para el funcionamiento óptimo de la institución. Burgelman (2002), define la estrategia como las acciones necesarias para llevar a la organización de lo que es a lo que quiere ser en el futuro. Entre las estrategias resultantes la creación de alianzas con instituciones gubernamentales, privadas, universidades y comunidad es una de las más relevantes para lograr la mejora de la institución.

A partir de las estadísticas que maneja cada departamento que conforma el equipo multidisciplinario se llegó a los siguientes hallazgos:

- Se determinó que la población atendida en el CCOD se compone en un 85% de menores de edad y el 15% de adultos. De la población infantil 60% fue víctima de abuso sexual y de la población adulta el 20% admitió haber sufrido abuso sexual durante su niñez o adolescencia. A continuación se presenta los gráficos que confirman esta aseveración.

Población atendida en el CCOD

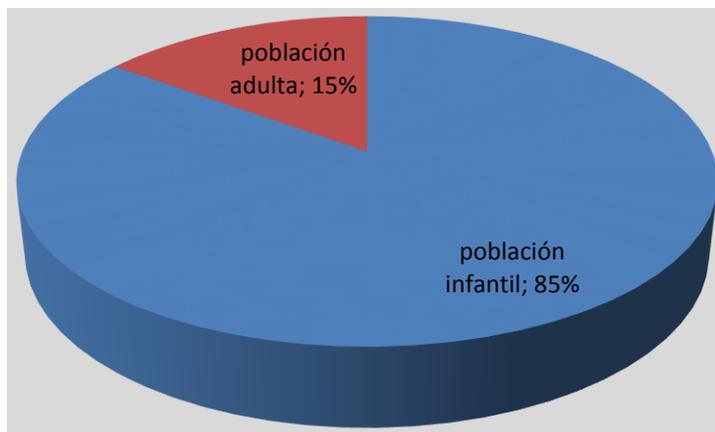


Gráfico 4. Grupos de población atendida por el CCOD cuadro de elaboración propia bajo las estadísticas del CCOD.

Población atendida que manifiesta haber sufrido abuso sexual

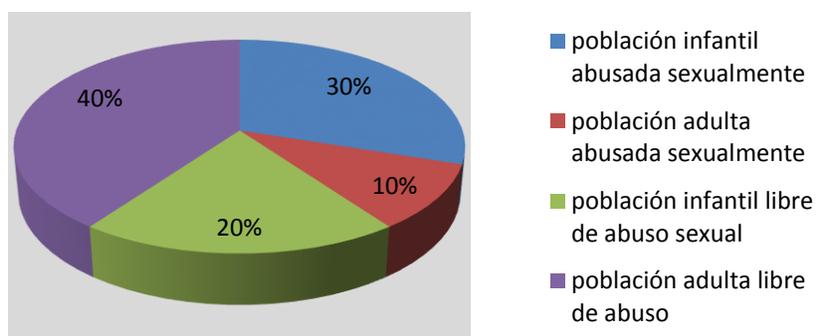


Gráfico 5. Población atendida en el CCOD que ha sido víctima del abuso sexual.

Elaboración propia según estadísticas del CCOD.

Los factores de riesgo presentes en las narraciones de los familiares para justificar el abuso sexual son los siguientes:

- Presencia de un padrastro (en algunos países la prevalencia por parte de padrastros es mayor que la prevalencia por parte de padres biológicos).
- Falta de cercanía en la relación materno-filial (cuando la madre es el progenitor no ofensor).
- Madres sexualmente reprimidas o punitivas.
- Padres poco afectivos físicamente.
- Insatisfacción en el matrimonio.
- Violencia en la pareja.
- Falta de educación formal en la madre.
- Bajos ingresos en el grupo familiar (en algunas fuentes se plantea directamente a la pobreza como factor de riesgo; no obstante, es necesario aclarar que esto no inhabilita el hecho de que el abuso sexual también ocurre en familias de clases económicamente más acomodadas).
- Abuso de alcohol o drogas por parte del ofensor.
- Impulsividad y tendencias antisociales por parte del ofensor.
- Antecedentes en los adultos de maltrato físico, abuso sexual o negligencia afectiva en la infancia, o haber sido testigo de la violencia de un progenitor contra el otro. A su vez, si un niño ha padecido situaciones de malos tratos y/o abuso sexual, estos antecedentes se convierten en un factor de riesgo para la re-victimización; por ejemplo, si el niño es institucionalizado o si escapa a la calle, por citar algunos

ejemplos, las posibilidades de que en dichos ámbitos sea nuevamente víctima de alguna forma de violencia se incrementan.

- Discapacidad psíquica en el progenitor no ofensor.
- Dificultades en el control impulsivo del adulto ofensor.
- Relaciones familiares con un marcado funcionamiento patriarcal.
- Fácil acceso a las víctimas (no solamente incluye a familiares, sino también a maestros, profesores, cuidadores, etc.).

Es importante señalar que la lista de factores de riesgo se realizó tomando en cuenta la literatura sobre el tema, entre ellos, Fraenkel, Sheinberg y True, 1996.

Desde el punto de vista social y comunitario también se ha trabajado para identificar algunos factores de riesgo presentes en las entrevistas realizadas por el equipo de salud mental (Save the Children, 2001; Center for Disease Control and Prevention, 2014):

- Alta tolerancia a la violencia sexual en la comunidad en que se habita.
- Políticas y leyes débiles relacionadas con la igualdad de género.
- Altos niveles de tolerancia al delito en general.
- Normas y comportamientos sociales que apoyan la violencia sexual, la superioridad masculina y su derecho al ejercicio irrestricto de su sexualidad, y la sumisión sexual femenina.
- Aplicación de penas mínimas a los agresores sexuales.
- Fracaso en los programas de sensibilización social relacionados con el tema.

- Involucramiento de las fuerzas de orden y control en actividades delictivas, o pasividad excesiva ante estas, que favorece la circulación de niños, niñas y adolescentes por circuitos locales de explotación sexual con fines comerciales.

Necesidades en población infantil atendidas en el CCOD

Para el 02 de abril de 2018 las pasantes se reunieron con el equipo de psicopedagogía con la finalidad de conocer los casos de niños con el espectro autista no escolarizados, para canalizar el enlace e inserción de esta población en las instituciones educativas correspondientes. De esta reunión resultaron cuatro (4) casos de niños no escolarizados por diversos motivos. Mediante la participación de las docentes de psicopedagogía, se pautaron reuniones con los representantes de dichos niños con la finalidad de realizar una entrevista social a cada familia, cabe destacar que fueron realizadas por las pasantes bajo la asesoría y acompañamiento de la Lic. Marilene Guevara.

Para este segundo momento la actuación académico- profesional de las pasantes, se centró en el proceso de intervención. Se realizaron gestiones ante el Ministerio del Poder Popular Para la Educación, teniendo como objetivo la inserción de los niños entrevistados al sistema educativo, el día 06 de abril de 2018 se realizó la visita ante el Departamento de Educación Especial ubicado piso 10 del Ministerio del Poder Popular Para la Educación. En donde se tuvo entrevista con la licenciada Gabriela Hernández encargada del departamento quien brindó un directorio de planteles educativos a los cuales acudir.

También se acudió a planteles educativos cercanos especializados o colegios regulares que incluyen un niño por cada aula con alguna condición especial. Uno de estos planteles, fue el Taller Laboral de Educación Laboral Dora Burgueño ubicado en la dirección Avenida Este 2 en el centro de la ciudad, no dio respuesta positiva ya que se estaba a mitad del año escolar en curso y se imposibilitaba inscribir un nuevo alumno, dando posibilidades para el inicio del próximo año escolar (septiembre 2018-agosto 2019).

Motivado a las altas cifra en las estadísticas del centro en cuanto al abuso sexual infantil, las pasantes contemplaron la necesidad de diseñar talleres educativos para la prevención del abuso sexual en donde se realizaron unos talleres destinados a los niños y otros destinados a las padres y/o representantes.

Abordaje Grupal

El taller dirigido a los niños atendidos en el centro se tituló “respetando y conociendo mi cuerpo” los temas a tratar serian el respeto y reconocimiento de las partes del cuerpo, esto con el objetivo de que cada niño pueda reconocer y visualizar las partes del cuerpo humano y desarrolle el respeto hacia su cuerpo. El taller tendría una duración de 1 hora y 30 minutos en donde se contempla el uso de didácticas y juegos para el aprendizaje de los niños, este taller se dirigió a niños entre 6 y 10 años de edad y las metas planteadas por las pasantes para con los niños fueron conocer el cuerpo humano, diferencias del cuerpo de niñas y niños, identificación de su cuerpo

y, respeto hacia su cuerpo y a quienes los rodean. (Ver anexos #8, Diseño Instruccional del Taller)

Tenemos que resaltar que es importante brindarle herramientas de prevención al abuso, para desarrollarles a los niños habilidades para hacerse respetar y pedir ayuda ante cualquier forma de maltrato, abuso o situación de riesgo al que puedan ser sometidos.

En cuanto al taller dirigido a los padres y representantes se tituló “cuidando a nuestro niños: herramientas para la prevención” los temas a tratar fueran qué es el abuso sexual, los mitos que existen alrededor de este tema, cómo enseñarle a los niños el respeto del cuerpo y hacerse respetar, y comunicación con los niños sobre sexualidad. El objetivo fue brindar a los padres y representantes las herramientas necesarias para educar a sus niños en cuanto a la sexualidad sin tabú, y la prevención del abuso. El taller fue diseñado para tener una duración de 1 hora, al finalizar el taller se abriría un espacio denominado conversatorio para aclarar dudas y compartir las experiencias personales en las que necesitan ayuda. (Ver anexos #9. Diseño Instruccional del Taller)

Las metas planteadas por las pasantes para con los padres y representantes están dirigidas a que internalicen y sean conscientes del alto riesgo que sufren sus hijos si no son educados en sus hogares sobre estos temas, por ello se les brindan herramientas para que junto a sus hijos pueda reconocer y respetar el cuerpo de otros niños y niñas, también exigir respeto a su cuerpo.

Abordaje individual

Durante el tiempo de pasantías en la institución, las pasantes realizaron un abordaje en conjunto con el equipo multidisciplinarios trabajador social, psicólogo y psiquiatra. A continuación se describirá el perfil de la paciente, el diagnóstico, instrumentos y test aplicados, tratamiento y evolución. (Con el modelo utilizado por la institución).

Caso de Abordaje Individual

El caso tratado es una paciente femenina de nombre María Picazzo (Seudónimo), proveniente del estado Vargas quien asiste al CCOD desde el año 2017 motivado a depresión que inicia al jubilarse de su lugar de trabajo, viéndose envuelta en una problemática familiar que existía desde hace años atrás, de la cual no se daba cuenta por la dinámica de trabajo en la cual vivía. Siendo evaluada también por el área de psicológica y trabajo social. A continuación los datos de identificación de la paciente:

Datos de identificación	
Apellido, Nombre	Picazzo, María (Seudónimo)
Sexo	Femenino
Fecha de Nacimiento	29-08-1969
Domicilio	Edo. Vargas
Estado Civil	Soltera
Grado de Instrucción	Universitario (Matemática- Física) UPEL
Nacionalidad	Venezolana

Motivo

María, paciente que acude a consulta por estado depresivo ocasionado por conflicto familiar principalmente con el padre, ya que la relación que mantiene con este, ha creado dependencia. Al verse bajo el dominio del padre, siente estar atada, creando esta situación entre ellos una ruptura familiar con la madre y hermanos, ocasionando una rivalidad entre ellos, ya que el padre la mantuvo como la hija predilecta, apartando a la madre y a sus otros hijos.

Acude al Centro Clínico solicitando ayuda del equipo multidisciplinario, presentado un estado depresivo y refiriendo: poco apetito, insomnio, comportamiento negativo y llanto.

Síntesis descriptiva

Su familia de origen es de composición tradicional o tipo nuclear integrada por una madre, un padre y cinco (5) hermanos, siendo ella la tercera hija. Para graficar a la familia y su dinámica en cuanto a relaciones se hizo uso del instrumento genograma o familiograma; esta es una representación gráfica (en forma de árbol genealógico) de la información básica de, al menos, tres generaciones de una familia. Incluye información sobre su estructura, los datos demográficos de los miembros y las relaciones que mantienen entre ellos. De esta forma, proporciona a “golpe de vista” una gran cantidad de información, lo que permite no sólo conocer a la familia, sino realizar hipótesis acerca de la relación entre el problema y el contexto familiar, la evolución del problema a lo largo del tiempo, su relación con el ciclo vital de la

familia, entre otros. Montesano y Muñoz (2012) A continuación se presenta el genograma de la familia Picazzo:

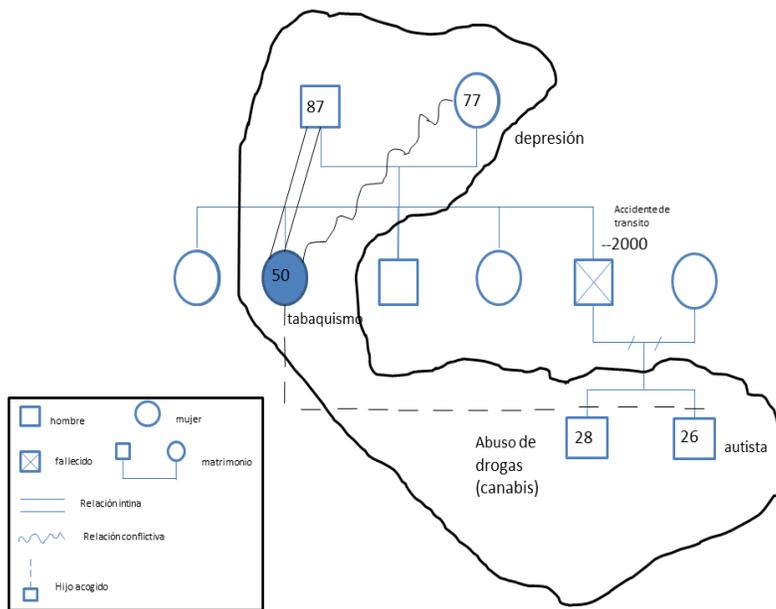


Gráfico 06.
Genograma caso individual, elaboración propia a partir de información suministrada por el paciente.

Antecedentes e historia evolutiva.

María Picazzo nace en Carayaca, estado Vargas, en el año 1969. En un núcleo familiar aparentemente estable conformado por 5 hijos, siendo ella la hermana del medio. Fue criada por ambos padres. Desde muy pequeña fue consentida por el padre quien le dio el puesto de la hija preferida, o así se lo hacía sentir. El padre la complacía, le compró un carro, le aconsejaba que estudiara y le dio libertades, era una joven obediente disciplinada.

Siendo muy niña (10 años) el padre sufrió una enfermedad (pólipos en las cuerdas vocales) el padre pensó que era cáncer y que moriría y le dijo a la paciente (María Picazzo) que cuidara de sus hermanos y madre. Cuando el padre viajaba, la dejaba a cargo de la casa, hermanos y el taller, siendo unos meses difíciles y de angustia para

ella. Cada vez le daba más responsabilidades, y ella aunque se sentía ahogada no sabía cómo decirle que no y aceptaba (ya que se sentía manipulada por el padre), lo ayudaba porque sentía que la madre no hacía nada y los hermanos tampoco, sentía que no tenía alternativa.

Al padre no le gustaba ningún novio y a su vez ella sentía que no iba a encontrar a ningún hombre responsable, trabajador y amoroso como su padre. Temía que ese hombre la manipulara y le quitara su “libertad” y por eso considero ser la amante de Fernando Polachini, un viejo amigo de la universidad.

Después de la muerte del hermano menor (accidente de tránsito), ella adquiere la responsabilidad de la crianza de sus sobrinos (2), uno de ellos con discapacidad, el mayor de los sobrino adquiere dependencia a ella, siendo un hombre y no viviendo con ella, ya que ella lo ayudó (sobrino mayor) a construir su hogar, pues la familia se dio cuenta que este consumía estupefacientes (Marihuana), ocasionando que el padre de ella lo sacara de la casa, viéndose obligada a ayudarlo. La paciente menciona que siente una carga a nivel emocional porque asumió la responsabilidad completa de sus padres y del sobrino.

En el año 2017 acude a consulta psiquiátrica, por motivos de depresión que inicia al jubilarse de su lugar de trabajo , viéndose envuelta en una problemática familiar que existía desde hace años atrás, de la cual no se daba cuenta por la dinámica de trabajo en la cual vivía. Siendo evaluada también por el área de psicológica y trabajo social.

Aspectos personales, perceptivo-conductuales, conativos y afectivos.

Considera que el problema principal por el que pide ayuda profesional es a la causa de la depresión por la cual está pasando. Establece la crisis como causa. Cree que la solución al mismo depende tanto de sus habilidades y esfuerzo como la independencia familiar y la ayuda profesional.

Se define como una persona sincera, honrada, trabajadora, eficiente y calmada. Desea mejorar su estado anímico y relación familiar. Su meta es rehacer su vida y volver a trabajar, creando una independencia tanto personal como familiar. Durante las entrevistas mantiene contacto ocular, frecuente llanto, capacidad de escucha, facilidad de trato y habilidades básicas de interacción, comunicación y expresión de sentimientos propios. Se percibe un bajo estado anímico. Se dan manifestaciones de optimismo y esperanza en el cambio. Se muestra colaboradora y predispuesta a una relación de ayuda.

Situación económica, laboral y formativa.

Actualmente se encuentra con ingresos propios procedentes de la jubilación de su trabajo como docente. Comenta que ella es el sustento de su familia pues corre con los gastos del hogar y la carga familiar de ambos padres.

Su nivel de instrucción corresponde a estudios universitarios (Docente). Con un excelente dominio profesional de años de experiencia como docente universitario. Se encuentra jubilada desde el año 2017. Realiza búsqueda de empleo de manera presencial y con uso de currículum.

Situación de salud.

Acude a este centro de Salud Mental por apoyo psiquiátrico, psicológico y con orientaciones del área de Trabajo Social.

Los problemas fundamentales que padece son: hipertensión arterial, síndrome constitucional y ansiedad. El síndrome constitucional le produce sensación generalizada de debilidad física y psíquica, falta de apetito y una pérdida significativa de peso. La pérdida de peso causa desnutrición proteica, desgaste muscular e inmunodepresión. Esta situación le limita, según refiere, para llevar a cabo las tareas de vestirse, asearse y realizar las tareas domésticas, y también le produce desmotivación y falta de ilusión por las cosas. Afirma tener dolor y malestar físico y sentirse moderadamente ansiosa y deprimida

Tiene prescrito un tratamiento Homeopático, anteriormente con tratamiento farmacológico, entre ellos un psicofármaco tranquilizante. Precisa seguimiento médico de atención primaria.

Considera que no duerme bien, no lleva una dieta equilibrada por motivos económicos y fuma unos siete cigarrillos diarios. No consume alcohol ni otras drogas. No realiza actividad física regular, anteriormente realizaba un curso de acupuntura.

Situación residencial.

Vive en una casa multifamiliar con ambos padres en la primera planta, en la segunda planta reside la hermana mayor.

La casa está localizada en Las Tunitas. Catia la Mar. Casa Propia Familiar. Dispone de ventilación e iluminación en el interior. Posee los servicios básicos de agua y servicio eléctrico. Considerando la estructura de construcción estable. El suelo

es de cemento. Las puertas disponen de seguridad suficiente para evitar el acceso de personas ajenas al interior.

Dispone de red de saneamiento y alcantarillado, iluminación y recogida de basura.

Dinámica familiar y apoyo social.

Vive acompañada de sus padres y hermana mayor, e igualmente comparte a diario con hermanos y sobrinos en el hogar, ya que a la casan acuden todos a diario.

Su relación con ellos es poco armónica, y no garantiza el apoyo entre ellos. Pues comenta que solo acuden a la casa a consumir alimentos, puesto estos no se ocupan de la salud de sus padres ni de responsabilidades que les competan a ellos. Siente que a su familia le importa poco lo que pase con su estado anímico, y esto dificulta el avance emocional en la misma, pues no siente apoyo entre ellos para afrontar las dificultades por las que atraviesa. No le ayudan a nivel material. Ella es la que se encarga de la elaboración de la comida. La mayor parte del tiempo la pasa en soledad, excepto cuando se encuentra con sus amistades. Otra cosa en la que ocupa el tiempo, es en ocasiones dando clases.

Relaciones sociales.

Califica la relación con el padre, como dependiente a ella, menciona que mantiene rivalidad con la madre y hermanos. La relación con el sobrino, al igual que con el padre es de dependencia a ella, ya que ella es su figura materna. La paciente no logre tener hijos y se ocupó de su sobrino.

Su red de relaciones está compuesta principalmente por sus padres y sobrino.

Diagnóstico.

Situación de depresión en proceso terapéutico, provocada principalmente por problemas familiares, agravados por factores emocionales e insuficiente nivel de apoyo socio-familiar.

Esta situación ha generado una situación de insatisfacción de necesidades sociales básicas, dependencia económica fundamental del sistema de protección social, dificultades para la inserción laboral, desajuste adaptativo básico asociado a ansiedad y debilitamiento relacional.

Clasificación diagnóstica.

Carencia de estima propia en relación afectiva, de seguridad y protección física y psicología derivada de su condición física y biológica por falta de normalización emocional.

Dictamen.

En base a los resultados del diagnóstico llevado a cabo, los profesionales que suscriben el presente informe, consideran idóneo la aplicación posteriormente de una terapia al núcleo familiar, como seguir la terapia psicológica individual de la Sra. María Picazzo, combinando ésta con un proceso de acompañamiento social.

Los aspectos de la situación que se trabajaron en la primera fase de la intervención fueron:

Situación de pobreza, exclusión residencial y desajustes en los dinamismos vitales. Así mismo, se intervino para mantener y las fortalecer su relación familiar y actividades sociales.

Los objetivos prioritarios en la primera fase de la intervención fueron la mejora de las áreas: psicológica emocional y dinamismos vitales. Una vez estabilizadas esas áreas se logró abordar de manera directa la integración relacional. La intervención fue de carácter mixto (directa e indirecta) y a nivel individual. Se utilizará un método de acompañamiento social, con un alto componente terapéutico.

El programa de intervención ya tiene dos años de acompañamiento. Se realizaron entrevistas de tratamiento y seguimiento con una frecuencia quincenal de promedio. La evaluación fue mixta por ambas pasantes. Se realizó una evaluación de proceso de carácter trimestral y un resultado de avance de 10 meses durante la intervención. Sin poder culminar el acompañamiento del tratamiento terapéutico de la paciente, por carecer de tiempo.

Pronóstico.

Llevamos a cabo un tratamiento de acompañamiento social terapéutico, logrando conseguir normalizar la situación emocional y con ello evitar los riesgos derivados de este factor. Del mismo modo se redujo drásticamente el nivel de estrés. Esta situación supondría una base mínima para poder trabajar los desajustes personales y la integración relacional.

Si no se intervenía de ninguna forma, se produciría un agravamiento paulatino de la situación de salud física y psíquica. Sería previsible el desarrollo de la patología dual y conductas de resignación como efecto de la indefensión aprendida.

La paciente se integró nuevamente al mercado laboral de manera estable y en condiciones adecuadas, para poder dar clases en la universidad nuevamente, esto ayudante a restablecer su estado anímico y emocional.

E igualmente se recomienda la intervención periódica de la terapia psicológica, psiquiátrica y el acompañamiento social para no volver a recaer en el deterioro psicosocial paulatino del aislamiento, y evitar el riesgo de la patología mental, conductual y anomias como la depresión.

Tercer momento: ejecución de la propuesta y cierre de las pasantías.

El tercer momento de actuación pre-profesional se caracterizó por la definición y desarrollo de la propuesta institucional, la cual se estableció como uno de los objetivos a lograr por las pasantes. Esta propuesta institucional surgió de las necesidades y aspectos a mejorar en el área de Trabajo Social del CCOD, así como, del estudio de casos aplicado por las pasantes a través del enfoque del Trabajo Social Clínico y siendo debatida con la tutora institucional y el resto del equipo multidisciplinario.

Para el tercer momento al igual que los anteriores se realizó una planificación a seguir, dicha etapa se extendió un poco más de lo previsto debido a la situación país y diferentes problemas que se nos presentaron durante las pasantías. De este modo, la programación se realizó de la siguiente manera:



Gráfico N° 07. Actividades realizadas por las pasantes durante el proceso de definición de propuesta institucional. Elaboración propia (2018)

La elaboración de la propuesta se estableció como uno de los objetivos a desarrollar dentro del proceso de las pasantías profesionales. A continuación se describe cómo se construyó la propuesta institucional.

Fase A. Descripción de la propuesta

La propuesta institucional surgió de las necesidades detectadas en el área de Trabajo Social del Centro Clínico de Orientación y Docencia, específicamente en la Unidad de Trabajo Social, adscrito al Departamento de Psicología. Entendiendo la labor de los trabajadores sociales desde un enfoque clínico.

Durante la fase de intervención en abordaje individual- familiar, los pasantes realizaron entrevistas con las familias, además aplicaron las evaluaciones socio-económicas y el control y seguimiento de los casos que permitieron determinar los diagnósticos sociales de cada grupo familiar atendido.

Mediante este ejercicio en el relato de las familia y la situación contexto país (escasez de alimentos, medicamentos, crisis económica, déficit de transporte, tensión política), las pasantes plantean para dar una posible solución para la problemática específica de escasez de medicamentos, en especial los tratamientos psiquiátricos que escaseaban o estaban fuera del alcance económico de las familias. La estrategia se plantea desde los enlaces con otras instituciones públicas y privadas con la finalidad de remitir al usuario con un informe para la facilitación de los medicamentos.

En la indagación en cuanto a este aspecto, el centro debía de estar recibiendo a través del Ministerio Popular para la Salud algunos tratamientos sin embargo sin explicación alguna se dejó de percibir esta ayuda.

Por otro lado el enlace con ONG o fundaciones destinadas a la donación de medicamentos provenientes del exterior se dificultó ya que las autorizaciones pertinentes por el Ministerio del Poder Popular Para la Salud, para establecer el enlace no se dio a tiempo, además, los tratamientos psiquiátricos según algunas de estas organizaciones llegan muy pocos ya que muchas de estas se enfocan a otro tipo de padecimientos como diabetes, cáncer, VIH, entre otras.

Por falta de apoyo en esta área esta problemática no pudo ser atendida por las pasantes, más allá de realizar informes sociales para la gestión de los medicamentos o su subsidio a través de seguros o instituciones a donde los pacientes pudiesen acudir.

Finalmente el 2 de julio de 2018 se concretó la definición de la propuesta en una reunión con la tutora institucional y las pasantes. En la misma surgió la necesidad de seguir aplicando los talleres formativos para niños, padres y/o representantes en torno al abuso sexual como diagnóstico que se presenta con mayor frecuencia en la atención de los casos clínicos, con la finalidad de prevenir en el grupo familiar, escolar y otros espacios, esta situación.

Fase B. Planteamiento de la propuesta.

Para dar inicio a la definición de la propuesta por parte de las pasantes se realizó una reunión con la tutora institucional Lic. Marilene Guevara (trabajadora social) y Lic. Pascualina Gatto (psicopedagoga), reunión que se sostuvo el día 04 de Julio de 2018 en las instalaciones de CCOD. En la misma las licenciadas manifestaron a las estudiantes la necesidad de diseñar para la institución talleres con sus respectivos manuales de facilitador, orientados a los niños, niñas y adolescente, así como a padres

y representantes sobre las diferentes problemáticas con mayor incidencia presentadas en el CCOD.

Análisis de la Situación de estudio.

Se analiza la necesidad a partir del estudio de las estadísticas realizadas dentro de la institución, usando los datos brindados por cada unidad de servicio del CCOD. Determinándose en el período de acción de las pasantes un incremento en la incidencia de pacientes víctimas de abuso sexual o por sospecha de la misma.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuestos las pasantes inician un proceso de investigación en cuanto a abusos sexuales para un mayor dominio del tema para la elaboración de dichos manuales.

Por consiguientes, las actividades desarrolladas para la puesta en marcha de la propuesta institucional se dividieron en tres etapas: diseño de la propuesta, ejecución de la propuesta y recomendaciones.



Gráfico 08.Fases de la Propuesta Institucional. Autor: Buitriago, E. (2016).

Fase C: Diseño de la Propuesta Institucional

Se dio inicio a la fase de diseño en el mes de abril, en este momento se comenzó a esquematizar lo que se quería proyectar y obtener con la propuesta institucional.

Esta primera fase les permitió a las pasantes, mostrar y analizar los aspectos principales de la situación actual que se vivencia en el país, principalmente la educación y prevención como herramienta para fortalecer el funcionamiento sano de la dinámica familiar y disminuir el riesgo que pueden sufrir por toda la situación país, que puede afectar su dinámica.

Es así como en conjunto con el tutor académico e institucional, las pasantes definieron la iniciativa como:

“PROBLEMAS QUE AFECTAN A LA DINÁMICA FAMILIAR DE LA POBLACIÓN QUE ES ATENDIDA EN EL CENTRO CLÍNICO DE ORIENTACIÓN Y DOCENCIA PERIODO FEBRERO-MAYO 2018”.

De esta forma, la fase de diseño aborda los siguientes aspectos: la justificación de la propuesta, el objetivo general y los específicos, el diseño y la elaboración de los talleres, y la metodología empleada.

Fase D. Justificación de la Propuesta

La familia como pilar fundamental de la formación humana, necesita de valores y herramientas para armonizar el día a día entre el grupo familiar, tales como: amor, respeto, cooperación, tolerancia, sueño, alimentación, esparcimiento, entre otros. Al articular las actividades diarias vamos alistando a la mente y al cuerpo al buen funcionamiento, para enfrentar aquellos desafíos que nos presentan la sociedad; por eso es tan importante el cuidado de la salud mental primero en el hogar, luego en la escuela y finalmente en todos los espacios sociales direccionando siempre a la prevención de la misma y a la promoción de buenas prácticas de salud.

Gracias a la capacidad que tenemos las personas, podemos interactuar socialmente para promover el bienestar, el desarrollo y la utilización adecuada de las potencialidades psicológicas, cognitivas y afectivas, para alcanzar objetivos trascendentes que contribuyan al bienestar común. Estas capacidades son aprendidas en el seno de la familia, es por esto tan importante el rol de la familia en la sociedad y para cada uno de nosotros es fundamental debido a que es el medio natural e idóneo en el que nos desarrollamos constantemente como persona; todo ser vivo cuenta con un medio en el que se desarrolla, si ese medio no ofrece las condiciones adecuadas para cada sujeto, el sujeto perece.

Es por esto que uno de los aspectos fundamentales dentro de la familia es la comunicación y las relaciones, para Satir, V. (1978) “La comunicación resulta el

factor más importante que determina el tipo de relaciones que vaya a tener con los demás y lo que le suceda en el mundo que lo rodea”.

Tanto la comunicación asertiva como las relaciones sanas dentro de la familia suelen fallar en algún momento o en ciertos grupos familiares no han tenido un modelo en el que se den buenas relaciones y comunicación, siendo normalizados ciertos problemas que puedan poner en riesgo la salud mental de uno o varios integrantes de la familia.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS 2013), el término salud mental se refiere a “estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.

En relación a lo anterior, y siguiendo los lineamientos de la OMS y el Plan Nacional de Derechos Humanos 2016-2019 de Venezuela, contempla entre sus acciones la elaboración de una Ley de Salud Mental, para la cual la Organización Panamericana de la Salud (OPS), oficina regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) presta su colaboración, a través de la asesoría del consultor internacional Hugo Cohen, médico psiquiatra, quien junto al equipo del Consejo Nacional de Derechos Humanos, el Viceministerio de Salud Colectiva del Ministerio del Poder Popular para la Salud, y una red de expertos conformada por académicos, sociedades científicas y otras autoridades nacionales, trabajan para su ejecución.

En Venezuela no se manejan cifras oficiales en las cuales se evidencie el porcentaje de los trastornos reflejados en el cuadro antes expuesto, pero en las

estadísticas del centro se maneja que el 60% de la población atendida sufre de algún tipo o intensidad de depresión. Esto se debe a múltiples factores, incidiendo la mayoría en la situación económica que enfrenta el país, la fragmentación de la familia debido a la diáspora, y al deterioro de la calidad de vida.

Según la encuesta de condiciones de vida (ENCOVI) realizada anualmente por la UCV, la UCAB y la USB, para el año 2017 la pobreza alcanzó un 34% en la gran Caracas y en el interior del país se duplicó a un 74,5% siendo las áreas más afectadas el estándar de vida con un 41% de afectados y protección social con un 15% siendo esta área la correspondiente a garantizar la salud a la población.

Esta situación ha generado según Ramírez (2016), el surgimiento de un cuarto grupo en las categorías de la pobreza, denominado así como pobreza reciente y “son aquellos que tienen sus necesidades básicas satisfechas pero el dinero no les alcanza, lo cual representa un 34,4%”. Asimismo, Ramírez, señala que al sumar el porcentaje de hogares en pobreza extrema (28%), en pobreza no extrema (19%) y los pobres recientes (34,4%), se obtiene que 81,4% de los venezolanos viven algún nivel de pobreza. Los no pobres engloban el 19% de la población. Por otra parte, la reducción del poder adquisitivo es inculcable. Hace dos años el 80,1% de los consultados respondió que sus ingresos no les alcanzaban para comprar alimentos.

Basados en los resultados estadísticos antes señalados, observamos la dificultad que atraviesa el venezolano a nivel económico, afectando no solo el poder adquisitivo, sino las necesidades que son vitales para la subsistencia humana, en el caso de los pacientes psiquiátricos la falta del poder adquisitivo para la compra de

medicina. Pues, si el paciente no es medicado (en algunos casos) puede ser un factor de alteración en la dinámica familiar.

Fase E. Propuesta Institucional:

Al finalizar el periodo de actuación académico-profesional y analizar las diferentes experiencias vividas durante el proceso, las pasantes consideraron la siguiente:

- Establecer enlaces con diferentes instituciones, consolidando alianzas estratégicas en materia de servicios médicos, recursos formativos e informativos.
- Actualización y continuidad en actividades formativas, talleres y conversatorios dirigidos al equipo multidisciplinario, e impartidos por otros profesionales del área de Salud Mental.
- Promover herramientas socio-educativas, destinadas a satisfacer necesidades presentadas por los pacientes asistidos en la institución.
- Incentivar y comprometer al paciente y sus familiares, en el desarrollo de las herramientas socio-educativas que se imparten en el CCOD.

CONCLUSIONES

Una vez culminado el proceso de pasantía profesional, las pasantes elaboraron las siguientes conclusiones:

En el tiempo que duraron las pasantías en el Centro Clínico de Orientación y Docencia, pudimos evidenciar la importancia del diagnóstico social realizado por las especialistas del trabajo social, como parte fundamental del equipo multidisciplinario. Por lo que concluimos la importancia de hacer el acompañamiento a los expertos en la clínica, y la pertinencia del Trabajador Social en su rol como dinamizador de los aspectos que definen una dinámica familiar sana, en pro de calidad de vida.

Consideramos, la importancia de planificar e implementar nuevas estrategias de atención a los programas y talleres que brinda la institución.

De igual forma, podemos concluir que las actividades del estudiante de Trabajo Social en el desempeño de sus pasantías profesionales, son de vital importancia para la experiencia y conocimiento, en el posterior desarrollo de la carrera profesional en el ámbito de la salud física y mental. Destacando la labor integral del profesional del Trabajo Social, como un profesional que puede laborar tanto en el entorno social, académico, administrativo, y como apoyo a otros especialistas en el campo de la clínica hospitalaria (salud física o mental).

RECOMENDACIONES

Después de concluida las pasantías profesionales, las pasantes según su experiencia vivida realizaron las siguientes recomendaciones:

- Realizar periódicamente los diagnósticos sociales, de acuerdo a las necesidades socioeducativas que requieran los pacientes y sus núcleos familiares.
- Realizar revisión y actualización de los talleres impartidos en el CCOD, de acuerdo a las dinámicas familiares.
- Concientizar a los familiares, acerca de la importancia del apoyo al paciente en salud mental.
- Continuar realizando enlaces con las diferentes universidades, para la actualización del talento humano.
- Brindar a los pacientes y familiares, herramientas y estrategias que derivan esencialmente desde el plano económico, familiar, entre otros.
- Proponer a las autoridades Universitarias; implementar una materia electiva donde su formación vaya dirigida al ámbito del Trabajo Social Clínico, tema importante para nuestro quehacer profesional. Entendiendo la importancia del trabajador social dentro del área de la Salud, en especial la salud Mental.

Referencias consultadas

Ander-Egg, E. (1981 5ta. Ed.). Diccionario de Trabajo Social. Buenos Aires, Argentina, El Cid Editor. Referente bibliográfico

Ander- Egg. E (1996). Introducción al Trabajo Social. (Ed). Lumen/Hvmanitas. Buenos aires <https://teoriassociologicascontemporaneas.wordpress.com/enfoques-y-modelos-de-intervencion/>

Carballeida. (2016). El trabajador social en el ámbito de la salud mental. Recuperado de: <http://www.aucal.edu/blog/servicios-sociales-comunidad/el-trabajador-social-en-el-ambito-de-la-salud-mental/> Consultado: 07 de mayo 2018, Referente bibliográfico incluido en el Marco Teórico

Constitución de la República Bolivariana de Venezuela. (1999) Artículo 83.

Escuela de Trabajo Social. (1993). Proyecto de la Reforma Curricular para la Escuela de Trabajo Social (con resoluciones incorporadas al 13/11/2008). Universidad Central de Venezuela. Caracas, Venezuela: Autor.

Franklin, E. (2009), Organización de Empresas, México, Editorial Mc Graw Hill (3era ed.) Se incluyó en el Capítulo I, Marco Institucional, en referencia a la Estructura Organizativa (Pág. 250).

Garcés, E (2010). El Trabajo Social en Salud Mental. Zaragoza, España. Se incorporó en el Capítulo II, Marco Teórico, en referencia al Trabajo Social en Salud Mental, (Pág. 334). <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/8335>

Huaiquiche, G. y Bastías P. 2016. Trabajo social y práctica clínica individualizada- salud mental: una mirada analítica y socio histórico. Recuperado

<http://www.revistatsudec.cl/wp-content/uploads/2016/07/3.pdf>. Consultado en: enero de 2019, incorporado en Marco Teórico.

Informe al Consejo de Derechos Humanos, 14 de febrero de 2005, E/CCN.4/2005/51.

Recuperado de:

<http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Montevideo/pdf/SaludMentalOneUNWeb.pdf> consultado en: abril de 2019

Ley del Ejercicio del Trabajo Social. Gaceta Oficial N° 39.020, de fecha 19 de septiembre de 2008. Capítulo I, Art. 2

Méndez, R., Wraage, D. y Costa, M. (2012). Trabajo Social en el campo de la salud mental. La discusión sobre el diagnóstico Prospectiva No. 17: Pág. 407, 409. Se incluyó en el Capítulo II Marco teórico, en referencia la intervención del trabajo social en el campo de la salud mental. Dirección Web: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5857464.pdf>

Normas APA. Actualización de 2019. Recuperado de: <http://normasapa.com/citas/> consultado en: enero de 2019

Organización Mundial de la Salud (OMS 2004), Promoción de la Salud Mental, Conceptos, Evidencia Emergente, Práctica. Informe Compendiado. Editado por la OMS, Ginebra. Se incluyó en el Capítulo II, Marco Teórico, en referencia a ¿Qué es la Salud Mental? (Pág. 14), Dirección Web: http://190.169.30.52/vrac_pasantias/Formatos/Generales/reglamentos.pdf. [Consulta: 2019, abril 22].

Pardinas, F (1959, reimpreso 1984). Metodología y técnicas de investigación en ciencias sociales. Siglo xxi editores, S.A, Pág. 89.

Regalado, J. 2018. La práctica clínica no es exclusiva de la psicología. Recuperado de: <http://www.jonathanregalado.com/single-post/2018/02/15/La-pr%C3%A1ctica-cl%C3%ADnica-no-es-exclusiva-de-la-Psicolog%C3%ADa>. Consultado en: enero de 2019

Regalado, J. 2017. Jonathan Regalado funda la comunidad internacional de trabajo social clínico. Recuperado de: <http://www.jonathanregalado.com/single-post/2017/03/21/JONATHAN-REGALADO-FUNDA-LA-COMUNIDAD-INTERNACIONAL-DEL-TRABAJO-SOCIAL-CL%C3%8DNICO> consultado en: enero de 2019

Reglamento Académico para las Pasantías Estudiantiles Universitarias en Empresas e Instituciones. (1998, Febrero 18). [Transcripción en línea]. Recuperado de http://190.169.30.52/vrac_pasantias/Formatos/Generales/reglamentos.pdf. [Consulta: 2019, abril 22].

Rivero, J (2018), Revista Histórica del Centro Clínico de Orientación y Docencia. Editada por el Centro Clínico de Orientación y Docencia y la Secretaría de Salud del Distrito Capital. Se incluyó en el Capítulo I, en referencia a la reseña histórica y, luego en la misión y visión del centro de salud.

Rondón, V. (S/F). Modelo Básico de Informe Social. Recuperado de: <http://www.soytrabajosocial.com/>

Satir, V. (1978). Relaciones Humanas en el Núcleo Familiar. México, D.F., Editorial Pax-México. Pág. 30. Se incluyó en el segundo momento Sistematización de la experiencia, en referencia la comunicación en el núcleo familiar.

Torres, J (1986). Historia del Trabajo Social. Editorial Lumen Argentina. Pág. 184. Citado en el Marco Teórico.

Trullenque, E (2010) Trabajo Social en Salud Mental. Fuente:

<file:///C:/Users/Familia%20Hernandez/Downloads/8335->

[Texto%20del%20art%C3%ADculo-8416-1-10-20110531.PDF](#) Pág. 349

Viscarret, J. (2007). Modelos de intervención en trabajo social. (Ed). Alianza. Pamplona.

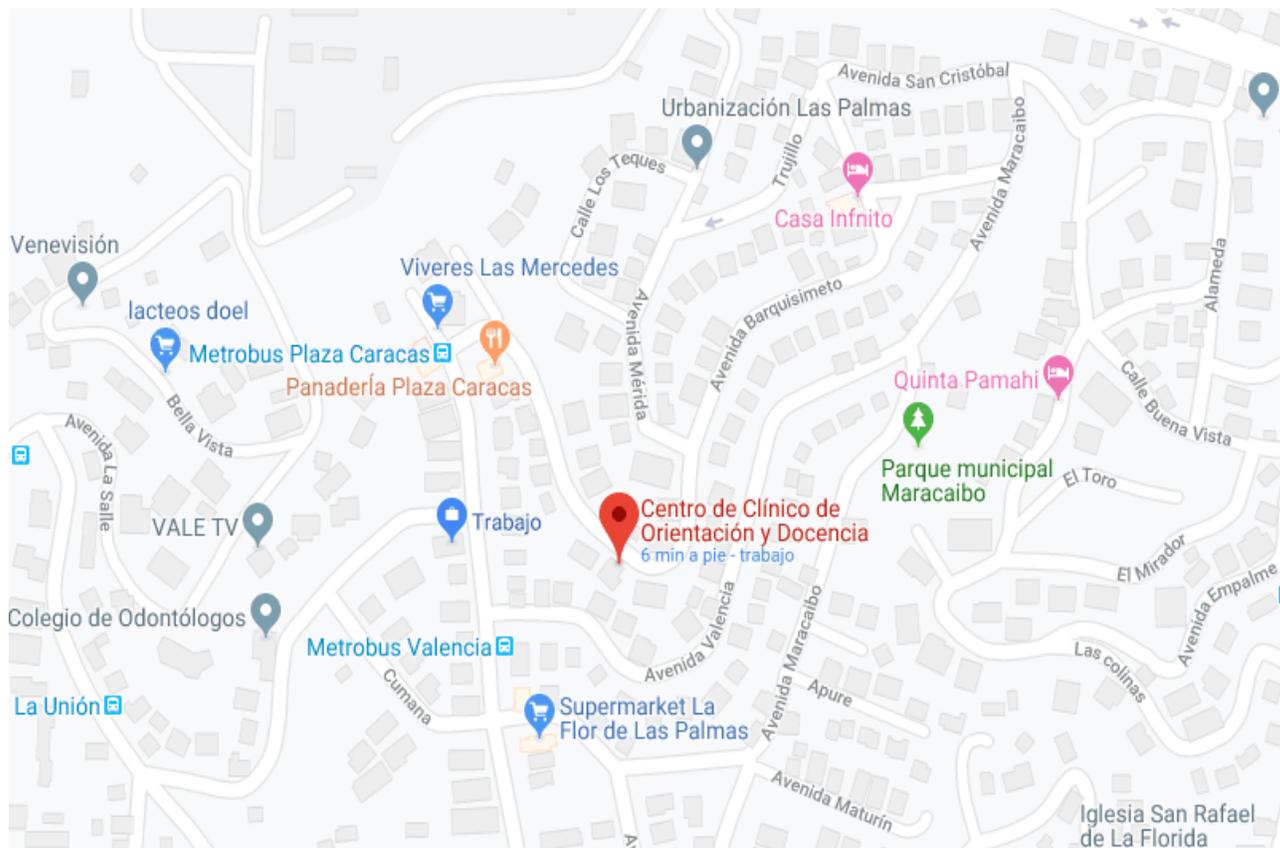
Pág. 296 y 304. Tomado de <https://juanherrera.files.wordpress.com/2009/09/capitulo-8->

[modelos-de-intervencion-en-ts.pdf](#)

Anexos

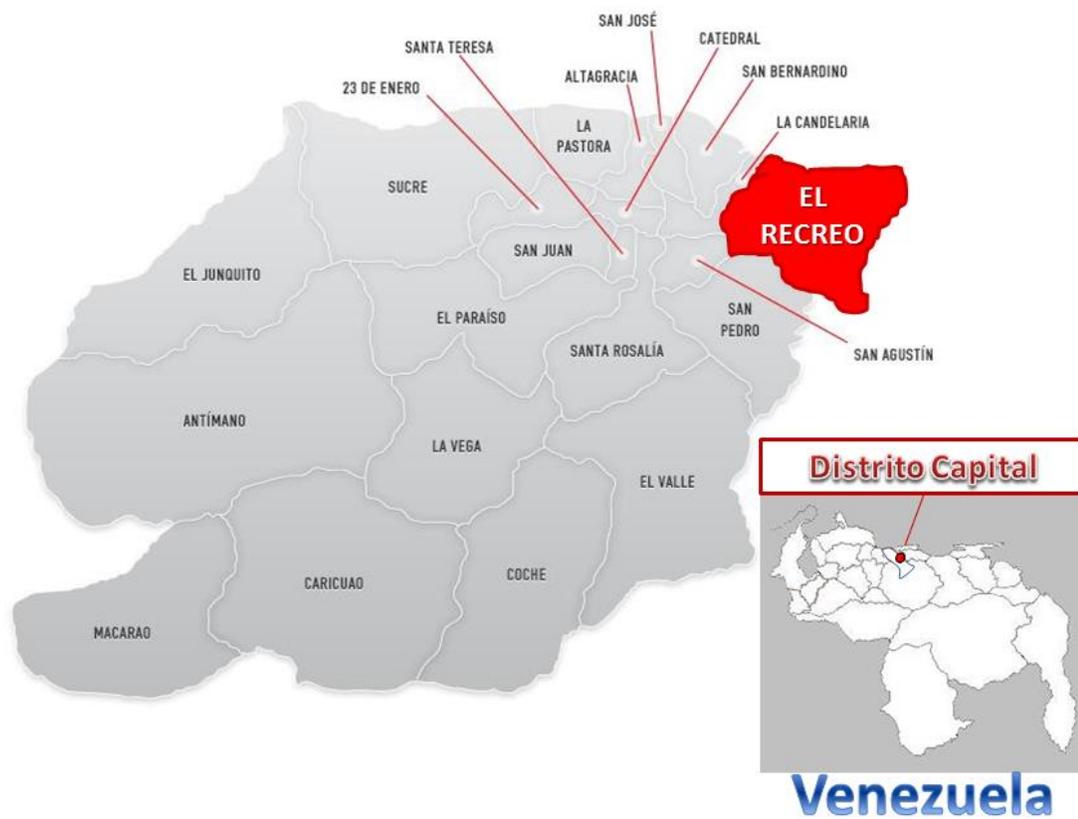
Anexo N° 4

Mapa ubicación del Centro Clínico de Orientación y Docencia



Anexo N° 5

Mapa ubicación de la Parroquia El Recreo



Anexo N° 3

Entrevista Inicial de Evaluación Social de Paciente



CENTRO CLINICO DE ORIENTACIÓN Y DOCENCIA INFORME SOCIAL DE PACIENTES

Fecha: _____ Historia: _____ Trabajador Social: _____

MOTIVO DE LA CONSULTA:

IDENTIFICACION DEL PACIENTE:

Nombres y Apellidos: _____

Lugar y Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Cedula de Identidad: _____ Edo. Civ: _____ Grado de Instrucción: _____

Estudia: Si: _____ No: _____ Grado: _____ Institución: _____

Teléfono celular: _____ Teléfono local: _____

Trabaja: Si: _____ No: _____ Donde: _____

Cargo: _____ Ingreso Mensual: _____

Dirección de Habitación: _____

AREA MEDICO SOCIAL

Asistencia Social que utiliza: Pública: _____ Privada: _____ Cuel: _____

GRUPO FAMILIAR:

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	EDAD	GRADO DE INSTRUCCION	OCUPACION

AREA FISICO AMBIENTAL:

Tipo de Vivienda: Quinta _____ Casa _____ Apto _____ Rancho _____ Hab _____ Otro _____

Tenencia: Propia _____ Propia Pagando _____ Alquiler _____ Alojada _____ Invasión _____ Otro _____

AREA SOCIO ECONOMICA:

Total de Ingresos del grupo familiar: _____ Fuente: _____

SITUACION SOCIAL: _____

OBSERVACIONES:

Anexo N° 7

Entrevista Inicial de Evaluación Social de Paciente Ampliada



CENTRO CLÍNICO DE ORIENTACIÓN Y DOCENCIA INFORME SOCIAL DE PACIENTES

Fecha: _____ Historia: _____ Trabajador Social: _____

MOTIVO DE LA CONSULTA:

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:

Nombres y Apellidos: _____

Lugar y Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Cédula de Identidad: _____ Edo. Civil: _____ Grado de Instrucción: _____

Estudia: Si: _____ No: _____ Grado: _____ Institución: _____

Teléfono celular: _____ Teléfono local: _____

Trabaja: Si: _____ No: _____ Donde: _____

Cargo: _____ Ingreso Mensual: _____

Dirección de Habitación: _____

ÁREA MÉDICO SOCIAL

Asistencia Social que utiliza: Pública: _____ Privada: _____ Cual: _____

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	EDAD	GRADO DE INSTRUCCIÓN	OCUPACIÓN

GRUPO FAMILIAR:

ÁREA FÍSICO AMBIENTAL:

Tipo de Vivienda: Quinta _____ Casa _____ Apto _____ Rancho _____ Hab. _____ Otro _____

Tenencia: Propia _____ Propia Pagando _____ Alquiler _____ Alojada _____ Invasión _____ Otro _____

SITUACIÓN SOCIAL:

OBSERVACIONES:

Anexo N° 5

Taller Respeto y Reconocimiento del Cuerpo Humano



Grupo de niños atendidos en el Taller





Realizando las actividades asignadas por las pasantes en el Taller

Acompañamiento de la Licenciada Marilene Guevara (Trabajadora Social) y la Licenciada Josmary Depablos (Psicopedagoga).



Actividades del Taller. (Dibujamos nuestro cuerpo e identificamos sus partes)



Anexo N° 9

II Taller dictado al turno PM del Centro Clínico



Anexo N° 10

III Taller “Reconocimiento y respeto al cuerpo humano” dictado al turno PM del Centro

Clínico



Anexo N° 11

Taller Para Padres



En acompañamiento con la Lic. Sonia Toná

Trabajadora Social



Anexo N° 12

Centro Clínico de Orientación y Docencia



Anexo N° 13

Programa del Taller Respeto y Reconocimiento del Cuerpo Humano

Programa para la realización del Taller Respeto y
Reconocimiento del Cuerpo Humano.



Taller Respeto y Reconocimiento del Cuerpo Humano.

Temas: Respeto y Conozco mi Cuerpo.

Objetivo: Reconocer y visualizar las partes del cuerpo humano de los niños y niñas mediante el respeto con nuestro cuerpo.

Duración: 1 hora

Metodología: Didácticas y pedagógicas

Dirigido: a niños entre 6 y 10 años de edad

Metas:

Conocer el cuerpo humano

Diferencias del cuerpo de niñas y niños

Identificar mi cuerpo

Respeto con mi cuerpo

Apoyo Teórico

Para orientar sobre la prevención del abuso sexual en los niños y niñas, tenemos que guiarlos a reconocer e identificar las partes de su cuerpo y el respeto que este representa. El abuso sexual infantil es cualquier actividad sexual forzada entre un niño y alguien mayor. No es limitado al contacto físico y puede incluir cosas como exponer a un niño o niña a la pornografía. Algunos abusadores usan fuerza física, pero muchos otros usan formas menos obvias de coerción como la manipulación emocional, amenazas, etc.

Ayudándolos a través de la prevención, herramientas y habilidades para hacerse respetar y pedir ayuda ante cualquier forma de maltrato o abuso a la que puedan ser sometidos.

Actividades

Para poder realizar una actividad amena para los niños podemos ambientar el lugar con música suave de relajación.

Relajamos y movemos el Cuerpo

El facilitador invita a los niños a estirar su cuerpo desde la cabeza a los pies con movimientos suaves, mediante esta dinámica los niños identifican cada parte de su cuerpo como la cabeza, el cuello, los hombros, los brazos, los pies, etc.

Simón dice

El popular y clásico juego infantil Simón dice puede ser utilizado para enseñar las partes del cuerpo, por ejemplo: “Simón dice 'toca tus tobillos', Simón dice 'pon las manos sobre tu

cabeza". Con este juego estaremos reforzando su capacidad para retener el conocimiento y por supuesto, a la vez se divertirán.

Explorando nuestro cuerpo

Por medio de láminas con la silueta femenina y masculina preguntamos cuales son las partes del cuerpo, sus diferencias y semejanzas entre los niños y las niñas. Logrando así brindarles al facilitador cual es el conocimiento que tiene el grupo y poder brindarles a los niños cual es realmente el nombre apropiado para cada parte de nuestro cuerpo.

Hablemos de...

En esta dinámica el facilitador deberá explicar por qué debemos hacer respetar nuestro cuerpo y aclarar porque no debemos dejar que los extraños tocan nuestras partes íntimas (al menos que sea el doctor o nuestros padres en algunos casos) porque es importante bañarnos solos y no exhibir nuestro cuerpo.

Es muy importante que ellos sepan que las partes íntimas son privadas y nadie debe tocarlas. No importa lo que quieran ofrecerle, ellos deben comprender que nadie más que ellos puede ver sus partes privadas.

Enseñarles decir NO. Asegurándonos de explicarles que pueden negarse y decir NO cuando una situación los atemoriza o los lastima, especialmente si la contraparte resulta ser un extraño.

Resaltar la confianza que deben de tenerle a sus padres entre ellos no debe existir ningún secreto, si alguien extraño intenta tocarlos y les pide guardar el secreto, el facilitador tiene el deber de explicarle a los niños que deben contarle absolutamente todo lo que les sucede a sus padres, sin importar lo que los demás sugieran.

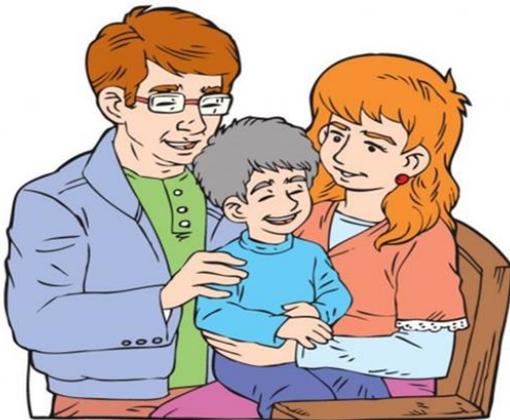
Dibujamos nuestro cuerpo e identificamos sus partes

El facilitador le proporciona al grupo papel y lápiz, solicitándoles que dibujen su cuerpo e identifiquen sus partes correctamente. Con el fin que ellos identifiquen su cuerpo de acuerdo a lo explicado anteriormente.

Finalizando el taller con la reflexión de cada uno de los niños y niñas, y la importancia del taller para ellos.

Anexo N° 14

Programa para la realización del Taller de Herramientas para Padres en el cuidado de nuestros niños.



Taller de Herramientas para Padres en el cuidado de nuestros niños.

Temas: ¿Qué es el Abuso Sexual Infantil?

Objetivo: brindar herramientas para padres con respecto al cuidado de sus hijos, sensibilizando a los participantes frente a la realidad del Abuso Sexual Infantil.

Contribuyendo a un ambiente familiar sano y seguro, siendo un factor decisivo a la hora de proteger a sus hijos de posibles riesgos de abuso sexual infantil.

Duración: 1 hora

Metodología: Didácticas y pedagógicas

Dirigido: a padres y/o representantes

Metas:

- Conocer sobre el abuso sexual infantil
- Identificar posibles situaciones de riesgo con sus hijos
- Reconocer creencias erróneas que existen en relación al Abuso Sexual Infantil

Apoyo Teórico

El Abuso Sexual Infantil es cualquier conducta de tipo sexual que se realice con un niño o niña, incluyendo las siguientes situaciones. Valeria Arredondo (2002)

1. Tocación de genitales del niño o niña por parte del abusador/a.
2. Tocación de otras zonas del cuerpo del niño o niña por parte del abusador/a
3. Incitación por parte del abusador/a la tocación de sus propios genitales
4. Penetración vaginal o anal o intento de ella ya sea con sus propios genitales, con otras partes del cuerpo (Ej.: dedos), o con objetos (Ej.: palos), por parte del abusador/a.
5. Exposición de material pornográfico a un niño o niña (Ej.: revistas, películas, fotos)
6. Contacto buco genital entre el abusador/a y el niño/a.
7. Exhibición de sus genitales por parte del abusador/a al niño o niña.
8. Utilización del niño o niña en la elaboración de material pornográfico (Ej.: fotos, películas).

Herramientas a tener en cuenta al momento de trabajar el tema del Abuso sexual infantil con padres.

Se les ofrece a los padres y/o representantes las Características que constituyen los factores de riesgo para el Abuso Sexual Infantil:

- Falta de educación sexual
- Baja autoestima
- Necesidad de afecto y/o atención
- Niño o niña con actitud pasiva
- Dificultades en desarrollo asertivo

- Tendencia a la sumisión
- Baja capacidad de toma de decisiones
- Niño o niña en aislamiento
- Timidez o retraimiento

Actividades realizadas dentro del Taller:

Actividad N° 1. ¿Qué es el Abuso Sexual Infantil?

1. Bienvenida del grupo

2. Dinámica “Identificando el Abuso Sexual”: Se conforman grupos de 5-8 participantes cada uno. Se les otorga la tarea de identificar cuáles son las situaciones que constituyen Abuso Sexual y cuáles no lo son.

Posteriormente cada grupo pequeño a través de un representante expone frente al grupo general las dos listas construidas: la de situaciones de Abuso Sexual y las que no serían Abuso Sexual.

El facilitador va registrando en un papelógrafo o pizarra los elementos principales de cada lista.

El objetivo es destacar el marco general en el que se debe entender el Abuso Sexual Infantil, identificando sus tipos específicos.

3. Re encuadre: El facilitador devuelve al grupo los elementos principales dados por ellos en la dinámica.

Actividad N° 2. ¿Qué Podemos hacer Frente a una Situación de Abuso Sexual?

1. Recepción: En esta sesión es importante que el facilitador destaque los contenidos abordados en la sesión anterior realizando una pequeña síntesis, de manera tal que se motive a los participantes para su aplicación en el trabajo que se realizará.

2. Dinámica “Viendo debajo del Agua”: Se les pide a los participantes que se reúnan en grupos pequeños. A cada grupo se le solicita leer cuidadosamente el caso que se les entregará, y responder en grupo las siguientes preguntas:

¿Qué le podría estar sucediendo al niño o niña?

¿Quiénes participan en la situación descrita?

¿Qué hizo cada uno de los que participaron en la situación?

¿Cuál fue la actitud que tomaron?

¿Qué actitudes o acciones fueron correctas y cuáles no?

¿Qué harían ustedes si participaran de la situación?

Cada representante de grupo pasa adelante y lee su trabajo.

El facilitador toma nota de los aspectos centrales señalados por los grupos y concluye. El objetivo de la actividad es facilitar la identificación de indicadores de Abuso Sexual en el niño o niña, así como todas las personas que están involucradas, y las acciones más idóneas para enfrentar en un primer momento un caso de Abuso Sexual.

3. Re encuadre: El facilitador cierra la sesión relevando el rol de agentes sociales que los adultos poseemos en relación a los niños y niñas, y aporta información de algún organismo o institución de consulta ante la eventualidad de que los participantes se encuentren frente a una sospecha de Abuso Sexual.

Actividades del Taller. Exposición del caso Dinámica: “Viendo debajo del Agua”

CASO N°1: PAULA

Paula tiene 12 años, llega al colegio un día y presenta un cambio en su conducta.....antes era ordenada y le gustaba estudiar. La profesora le daba tareas para que la ayudara en la clase. Ahora no quiere cooperar con la profesora, se ha comenzado a sacar malas notas en la escuela, a profesora llama a la madre y le comenta lo que está ocurriendo, la madre dice que debe ser porque va a tener un nuevo hermano y que a lo mejor eso le ha afectado, la profesora la ha castigado toda la semana después de clase y sin recreo porque ha comenzado a pelear con sus compañeros.

En la casa también la han castigado y la mamá le ha comenzado a golpear porque señala que ya no sabe qué hacer con ella. El otro día la descubrió la profesora de matemáticas en el baño del colegio tocándose con otra niña más pequeña. La llevaron a la dirección y la suspendieron por dos días. Paula niega que ella lo haya hecho, sin embargo otras niñas del curso le cuentan a la profesora que ya la habían visto haciéndole “cosas” a las niñas pequeñas. La directora del colegio le pide a la madre que la retire del colegio, que el próximo año no le renovará la matrícula.

Preguntas para los padres y/o representantes:

¿Qué le podría estar sucediendo a la niña?

¿Cuál fue la actitud que tomaron?

¿Quiénes participan en la situación descrita?

¿Qué actitudes o acciones fueron correctas y cuáles no?

¿Qué hizo cada uno de los que participaron en la situación?

¿Qué harían ustedes si participaran de la de la situación?

Fin del taller.

Finalizamos el taller con una serie de herramientas para los padres y/o representantes asistentes:

1. Enseñar el cuidado del cuerpo de sus hijos
2. Hablarles a los niños de su cuerpo
3. Enseñarles que su cuerpo tiene partes privadas
4. Darle el nombre real de las partes íntimas de su cuerpo
5. Enseñar al niño a distinguir los distintos tipos de caricias
6. Cualquier niño o niña puede ser víctima de abuso sexual.
7. No existe un perfil o característica específica que determine la ocurrencia del abuso en un tipo de niño o niña y en otros no.
8. El abuso Sexual Infantil se da en todas las clases sociales, religiones, y niveles socioculturales, y afecta a niños y niñas de diferentes edades.

Todo lo anterior debe complementarse con la creación de lazos y vínculos cercanos.

Para finalizar le dejamos a los asistentes la siguiente reflexión:

Como adultos, es nuestra responsabilidad proteger a nuestros hijos y también a otros niños.

Anexo 15 Control de Asistencia a los talleres:

A continuación se presentan la asistencia de los participantes a los talleres dictados por las pasantes:

Edades	N° de Niños	Genero	
6 a 7 años	6	Masculino	24
8 a 9 años	11	Femenino	10
10 a 11 años	12	Total	34
12 a 13 año	4		
14 a 15 años	5		

Taller de Reconocimiento y Respeto al Cuerpo Humano Fecha: 25/06/2018

Edades	N° de Niños	Genero	
6 a 7 años	6	Masculino	8
8 a 9 años	6	Femenino	14
10 a 11 años	8	Total	22
12 a 13 años	2		

Taller Respeto Y Reconocimiento Del Cuerpo. Fecha: 28/06/2018

Genero	
Masculino	0
Femenino	4
Total	4

Taller de Herramientas Para Padres Sobre El Cuidado De Los Niños. Fecha:

05/06/2018

Genero	
Masculino	2
Femenino	6
Total	8

Taller de Herramientas Para Padres Sobre El Cuidado De Los Niños Fecha: 29/05/2018

Genero	
Masculino	9
Femenino	2
Total	11

Taller de Herramientas Para Padres Sobre El Cuidado De Los Niños. Fecha: 30/05/2018