

REDES DE APOYO Y CAPACIDAD DE RESILIENCIA: SU IMPORTANCIA EN LA RECUPERACIÓN DE PACIENTES ACCIDENTADOS LABORALES.

Carmen Luengo Rocha¹

RESUMEN

La experiencia sistematizada que se da a conocer en el presente artículo y que me correspondió supervisar, se realizó durante cinco años con diferentes equipos de alumnos en práctica de 5° año de la carrera de Trabajo Social, con trabajadores accidentados en Hospitales de dos Mutuales de Seguridad de la ciudad de Concepción.

La acción profesional se basó en un modelo de tipo ecológico creado para el efecto, sustentado en una estrategia de uso eficaz de los recursos personales (capacidad de resiliencia) y del entorno social del paciente (redes de apoyo). Con ésta óptica, el paciente logra autogestionar su recuperación utilizando sus destrezas y capacidades; las redes existentes, lo apoyan y colaboran de manera importante en la tarea y el Trabajador Social, interviene generando e implementando actividades innovadoras para lograr su rehabilitación y posterior reinserción laboral.

Palabras claves: Accidente laboral, Capacidad de Resiliencia, redes de apoyo, intervención social.

INTRODUCCION

Accidente de Trabajo según la ley 16.744 del año 1968 es: “toda lesión que sufra una persona a causa o con ocasión del trabajo y que le produzca incapacidad o muerte”. Son también accidentes de trabajo, los “ocurridos en el trayecto directo de ida o de regreso, entre la habitación y el lugar de trabajo y que produzca incapacidad o muerte”, Esta ley, otorga un seguro para las personas con secuelas de accidente de trabajo o enfermedad profesional, que les da derecho a recibir gratis prestaciones médicas y/o económicas, hasta su curación completa. Las Mutuales de seguridad administran el seguro, para lo cual cuentan con clínicas y Hospitales especializados en diferentes lugares del país.

¹ **Carmen Luengo Rocha. Profesora** Departamento de Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Concepción-Chile , E.Mail: aluengo@udec.cl

Un accidente provoca un tremendo impacto en la vida de las personas limitando y poniendo en riesgo la existencia y calidad de vida tanto de quien lo padece, como de su grupo familiar. En relación a ello, la capacidad de resiliencia y las redes de apoyo del que pueda disponer el accidentado y su familia, son elementos de gran importancia para enfrentar los periodos de hospitalización y posterior rehabilitación, debido a que los hace menos vulnerable en su salud física y mental.

Utilizando de base ambos elementos, se elaboró un modelo de de tipo ecológico de intervención social, que permitió atender en forma conjunta al trabajador accidentado en interacción con su ambiente, para lograr mejorar la calidad de vida potenciando las características personales (factores protectores) y sus relaciones en diferentes niveles. El modelo además, permitió crear estrategias para enfrentar la acción profesional, con el fin de aportar a la solución de los problemas y necesidades que el evento traumático pudo producir.

Mi propósito en el presente artículo es dar a conocer la creación y aplicación del modelo de intervención surgido producto del trabajo social continuado con pacientes accidentados laborales, con el fin de reducir el periodo de hospitalización, lograr una mejor calidad de vida y una adecuada recuperación.

Los sustentos teóricos del modelo fueron:

- Perspectiva de la construcción de la realidad social: señala que la realidad de la vida cotidiana es una construcción inter subjetiva, un mundo compartido, lo que presupone procesos de interacción y comunicación mediante los cuales se comparte con los otros y se experimenta a los otros (Berger y Luckman, 1967).

Esta perspectiva fue incorporada al movimiento de la familia a fines de los años 80. El enfoque no niega la existencia de problemas, sino que enfatiza la importancia de las explicaciones que las personas dan a su situación, en las que habitualmente no consideran recursos ni fortalezas.

Unido a lo anterior, está la perspectiva o enfoque de las fuerzas que transitan desde el énfasis de las carencias, los déficits y los problemas de las personas y familias, hacia el énfasis en sus potencialidades, fortalezas y recursos. cambiando el enfoque heredado del modelo médico que centraba la práctica en los problemas, al trabajo centrado en las competencias y en las fuerzas positivas que poseen las personas (Kennedy Chapin citado por Aylwin y Solar, 2002).

- Enfoque de Resiliencia: al respecto Dulanto (1994) señala, que la resiliencia es el resultado de la interacción de características personales, actitudes y formas de reacción ante las diversas calamidades, que nos puede presentar el ambiente en que vivimos. Aprender o saberse resiliente, solo podrá ser posible si se participa activamente de una determinada experiencia de vida, reconociendo que en ella hay peligros y riesgos.

La Resiliencia por lo tanto, es la capacidad humana de hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y salir de ellas fortalecido e incluso transformado (Grotberg, 1996).

- Redes de Apoyo: Fernández (1998) destaca en relación al tema, “que la suma de todas las relaciones que el individuo percibe como relevantes y contribuyen a su propio conocimiento como persona en relación a su entorno, constituyen la Red social de apoyo”.

El ser humano permanentemente está inmerso en diferentes contextos sociales en los que se inserta e interactúa en distintos niveles de inserción. Cada uno de estos niveles, se conecta con el otro a través de personas, grupos e instituciones, formando vínculos significativos y redes de apoyo para la vida en sociedad, pasando las Redes Primarias a constituir la unidad estructural mínima, dentro del universo del tejido relacional (Chadi, 2000).

En relación al Trabajo en Red García (1998) establece, que la perspectiva de red habilita a mirar cualquier fenómeno de la realidad, poder articular, generar intervenciones superpuestas desde lo micro a lo macro y viceversa, superando los déficits individuales mediante la articulación de recursos, especialmente lo que posee cada actor.

Aplicación del Modelo de Intervención Social

Todo accidente provoca una crisis no normativa en la vida del afectado y el impacto que produzca, dependerá de la existencia de recursos personales y del entorno social, que posea. Las crisis según Caplán (1974), son estados que surgen cuando una persona enfrenta un obstáculo a sus objetivos y expectativas vitales, que aparecen como insuperables a través de los métodos comunes de resolución de problemas, que se han usado en eventos anteriores.

La respuesta que se obtiene de parte de algunas personas para asumir las crisis, es lo que se conoce por el concepto de resiliencia, que no es una condición innata de ellas, sino que se adquiere producto de la interacción con el entorno social que les rodea, a partir de la existencia de un apego seguro, cimentado en relaciones de calidad y estables con personas significativas.

Considerando que el trauma físico y psicológico que provoca el accidente laboral hace difícil que los afectados puedan superarlo por sí solos, los diferentes equipos de alumnos de la Carrera desde el comienzo, buscaron la forma de brindar apoyo profesional oportuno y continuado, que considerara ambos elementos vitales para sustentar la acción profesional, realizando para su puesta en práctica labores de: agente terapéutico y de intervención en red.

Dicho modelo, fue utilizado en el trabajo con el paciente accidentado desde su ingreso al hospital y los primeros contactos fueron a través de entrevistas de “Clarificación”, que permitieron comprender y descubrir las verdaderas dimensiones del impacto físico y

psicosocial que según su punto de vista, le provocó el accidente ya que solo él, puede señalar cual es su real situación, sus dudas, temores, sentimientos, problemas y posibles soluciones que visualiza.

En la clarificación se usaron tres medios: escuchar, observar e interrogar (De Robertis, 1986). Escuchando y observando se intentó comprender, aclarar y ordenar sus ideas e interrogando, se exploraron sus respuestas y soluciones que se darían en el transcurso de la intervención, a sus problemas e inquietudes.

Compartir las preocupaciones de cada paciente en forma constante, fue la base para una buena comunicación ya que la escucha se sustentó en características de: respeto, empatía y aceptación. Además, fue una vía importante para detectar debilidades y fortalezas, que se debería trabajar durante la intervención.

La “Clarificación”, tiene un efecto calmante y tranquilizador en el paciente al valorar la acción que realiza el Trabajador Social, como un esfuerzo de comprensión y una consideración real a su situación y a él mismo como persona, permite establecer puentes efectivos de comunicación entre paciente y profesional y de éste modo expresar todo tipo de sentimientos. Durante las primeras intervenciones de clarificación, se puede ir detectando claramente la existencia o inexistencia de condiciones de vulnerabilidad o resiliencia en cada persona.

Constatar con el paciente las dificultades de la crisis que enfrenta además del stress y sufrimiento que ello implica, lo hace sentirse comprendido, tomado en cuenta, menos solo y menos distinto a los demás; todo lo cual ayuda a tranquilizarlo, le permite ir descubriendo y haciendo uso a la vez de sus capacidades y potencialidades para enfrentar su proceso de recuperación y pensar formas de dar solución a sus problemas con mayor calma.

Complementando la actividad de clarificación, se trabajó entregando “Apoyo y sustentación” al paciente y su familia, desde el inicio del período de hospitalización hasta obtener el alta médica.

La acción de agente terapéutico permitió en la mayoría de los casos, lograr un efecto catártico y liberador en el paciente estimular su capacidad de reacción eliminando su sensación de culpabilidad o fracaso, mejorar su autoestima y devolver la confianza en sí mismo. El saberse comprendido y respaldado, le brindó un alivio al dolor físico y a otros síntomas angustiosos, permitiendo que afloraran lentamente algunas capacidades resilientes que fueron un aporte importante a su recuperación.

La resistencia o vulnerabilidad no es permanente; cambia dependiendo de las condiciones específicas en que ocurren las crisis, rasgos de personalidad, estado de salud, etapa del ciclo vital, factores protectores o de riesgo del contexto específico (Romero S, 1998)

Asumir el importante rol de agente terapéutico, no ofreció a los alumnos de la Carrera mayor dificultad ya que están entrenados en su formación, para desempeñarlo y establecer

una comunicación eficaz con las personas avalando su accionar en los principios éticos y filosóficos de la profesión y en el uso de técnicas profesionales específicas.

Considerando lo anterior, el abordaje del rol se orientó primero, a tratar de superar condiciones de vulnerabilidad y potenciar los factores de resiliencia de los pacientes, sustentándose para ello en los conceptos teóricos señalados precedentemente y complementándolos con el Mandala de la Resiliencia (Wolin y Wolin, 1993).

El Mandala, se usó como parte importante de la estrategia de intervención, permitiendo señalar los factores que intervienen no solo en la promoción de la resiliencia, sino las múltiples combinaciones que con ellos se puede hacer para que funcione adecuadamente, señalando como sus elementos básicos: la creatividad, moral, iniciativa, sentido del humor, capacidad de introspección, independencia y capacidad de relacionarse. Para complementa éstos elementos se trabajó con la imagen de la “Casita” de la resiliencia creada por Vanistendael, (2002) de la siguiente manera:

Los cimientos son las necesidades materiales de base, como la comida, los cuidados de salud. En el caso de los pacientes accidentados éstos, eran fundamentales y estaban a cargo de un completo y especializado equipo de salud de cada hospital.

El subsuelo está formado por los vínculos, las redes de contacto formales e informales. Se trata a menudo de un vínculo fuerte y constructivo con al menos una persona, que puede ser un pariente, un conocido, uno de los abuelos un compañero de trabajo un profesional, u otro significativo, que le considere y acepte como una persona de valor. Es en el trabajo con redes de apoyo, donde el equipo de alumnos hace un aporte vital al paciente en los aspectos psicológicos y de salud mental durante su hospitalización y que se expone en extenso mas adelante.

En la planta baja se encuentra la capacidad de descubrirle un sentido a la vida. Esto puede estar vinculado por ejemplo con una fe religiosa, un compromiso político o humanitario. Este elemento se coordinó con sacerdote pastor evangélico o algún otro significativo, en el momento que fuera requerido por el paciente y respetando su voluntad y orientación religiosa.

En el primer piso, se encuentran varias habitaciones: la autoestima, las aptitudes personales y sociales y el sentido del humor. En relación a ellos se trabajó especialmente autoestima y humor, considerando que hay autores que señalan que a mayor optimismo hay mayor resiliencia por lo que se trató de potenciar una actitud de pensamiento optimista, que explicara la situación adversa como algo transitorio, posible revertir, sin perder la esperanza para continuar aportando con su esfuerzo y recursos personales, a vencer las dificultades y llegar a una pronta recuperación.

En el desván, una gran habitación es dejada abierta, para las nuevas experiencias a descubrir. Esto es una capacidad de creer que la vida no se detiene con el sufrimiento o en el traumatismo y que ella puede aún dar sorpresas....

Se trabajó con los pacientes solo algunos de los elementos básicos señalados, con el fin de privilegiar la calidad de la intervención y poder conocer la efectividad de los resultados acortando los plazos de recuperación y por ende, el periodo de hospitalización.

La acción permanente de apoyo y sustentación sirvió en primer lugar, para bajar el nivel de stress provocado por el accidente, y así poder trabajar los elementos mas importantes según las particulares características de cada paciente. En segundo lugar, para mantener viva la idea de autoayuda para una pronta recuperación y tener claridad respecto a que la vida debe continuar con nuevas fuerzas y energías.

En forma paralela a la acción terapéutica, se activaron puentes de comunicación entre el paciente y su familia iniciando acciones con las Redes Primarias que son los “lazos” de una persona, que forman las uniones mas estrechas y los fuertes vínculos de afecto en diferentes etapas de la vida. Al respecto la autora Walsh, (1982) destaca aspectos del funcionamiento familiar relevantes para la expresión resiliencia en los miembros que la componen tales como: lazos familiares firmes, habilidades de la familia en la resolución de conflictos, comunicación fluida, capacidad de la familia de proveer el clima emocional, cálido, afectivo y apoyador. Por su parte el autor Veil, (1985) señala que la Red Social proporciona apoyo en cuatro dimensiones: psicológico e instrumental, en situaciones de la vida cotidiana y en situaciones de crisis.

Considerando ambos planteamientos, uno de los énfasis de la intervención profesional fue reconocer que el individuo es la integración de sus relaciones, lo que permitió socializar las diferentes problemáticas individuales en problemáticas sociales abordándolas así como colectivas, a través de las intervenciones en red.

La Intervención en Red es un enfoque clínico a los dolorosos problemas de una persona o familia, que tiene como catalizador un equipo médico de al menos dos miembros y por agente terapéutico a Profesionales del área social, complementado por apoyo de amigos, parientes u otros significativos.(Speck 1987)

Las personas y familias con Redes de Apoyo, tienen mayores posibilidades de salir adelante, y los estudios muestran como aquellos que se vinculan con Redes, se deprimen menos, se mejoran antes de las enfermedades y se demoran menos en enfrentar las crisis y salir de las dificultades y problemas cotidianos.

Las técnicas de red son indicadas para tratar personas aisladas socialmente, por privación socio-cultural, o que están afectadas por situaciones de crisis y en las que se requiere de gran apoyo psicosocial e instrumental por lo que dieron en general, muy buenos resultados en éste trabajo.

El trabajo de Intervención en Red permitió al accidentado y familia, ir erradicando paulatinamente el aislamiento social que se puede producir especialmente en el período hospitalización, recuperando la inserción en su entorno social, lograr aceptar la situación que

está viviendo y un mayor grado de bienestar al contar con la ayuda del sistema familiar y el “Apoyo” psicosocial permanente entregado por el Trabajador Social.

Durante la intervención, hubo también oportunidades en las que se usó una noción mas ampliada de “Intervención en Red” definida como “un proceso de movilización de recursos de las redes operantes destinadas a resolver situaciones de quiebre al interior del sistema familiar, transformándolas en una red efectiva de apoyo. La transformación se puede efectuar por dos vías: creando una red, o potenciando la red existente”. (Erickson, 1984)

Cuando se conoce el diagnóstico definitivo de las reales consecuencias del accidente, dependiendo de su gravedad, el paciente vive las tres primeras fases del “Proceso de Pena” propias de quien enfrenta un evento traumático y la familia reacciona generalmente, rigidizando sus límites impidiendo que el sistema familiar se comprometa en un intercambio con su espacio vital.

Al comienzo la familia se involucra internamente centrándose en el problema y buscando una mayor cohesión interna, pero a la vez está en peligro de alejarse del contexto externo, situación muy negativa, ya que familia y espacio vital deben mantener una relación recíproca, para que exista equilibrio y de ésta forma continúen siendo funcionales. Al rigidizar las fronteras, surgen problemas al interior del sistema familiar tales como debilitamiento de funciones y roles que le corresponde asumir a cada uno, incomunicación entre sus miembros, entre otros, pudiendo provocar en el paciente sentimientos de abandono, inseguridad y minusvalía, lo que sumado a su deterioro físico, puede hacer que la crisis al interior de la familia se agudice.

Según Campanini y Luppi, (1991) existen dos comportamientos desequilibrantes que pueden adoptar las familias, frente a situaciones de crisis, estos son: Familias involucradas y Familias no comprometidas. Ambos comportamientos de diferente manera, dificultan la creación de un ambiente propicio tanto en lo físico como psicológico, que permitan al paciente asumir su accidente en condiciones favorables.

Considerando lo anterior, la intervención social se centró en realizar acciones proactivas, para fortalecer la cohesión interna de la familia utilizando sus propias competencias tanto personales como grupales y previniendo de este modo, el surgimiento de algún comportamiento desequilibrante frente a la situación que les correspondía asumir. Asimismo, fue de gran ayuda el uso permanente del rol de mediador entre el paciente y su familia, lo que permitió estar atento para activar y ordenar los puentes de comunicación, mantener la interacción y el permanente contacto afectivo entre ambos, evitar conflictos interpersonales y surgimiento de estresores negativos que dañaran la salud mental impidiendo lograr el equilibrio homeostático, o provocando el aislamiento social.

Complementando el rol de agente terapéutico realizada con los pacientes, el equipo de alumnos inició la selección, preparación y organización del trabajo con la Red Secundaria, que permitió dar énfasis a la ampliación de la trama social de apoyo.

En las Redes Secundarias se distinguen dos Subgrupos con los cuales se trabajó: El primero más próximo a las Redes Primarias y surgidas de las relaciones en grupos tales como: comunitarios, religiosos, vecinales, laborales o de estudios, gremiales; todos determinados por el tipo de actividad o relaciones del paciente y su familia con el medio ambiente social externo. En general, estas son relaciones mas distantes respecto al vínculo que se establece, pero significativas debido a que le otorgan sentimientos de pertenencia, intimidad, proximidad, apoyo espiritual, contención esparcimiento, autoestima y valoración social.

El segundo subgrupo formado por Redes Institucionales, se trabajó en forma amplia efectuando la función coordinadora, tanto interna con el equipo de profesionales y administrativos del Hospital encargados del tratamiento y rehabilitación del trabajador accidentado, como externa; a través del uso de diferentes redes institucionales de la comunidad. Ambas acciones permitieron a los alumnos de la Carrera, dar atención profesional preferente al accidentado y su familia en ámbitos tales como: afectivo, emocional, instrumental y comunicacional, de acuerdo a las necesidades de cada uno.

CONCLUSION

• Durante el desarrollo de la experiencia profesional se pudo constatar lo siguiente:

- Que la resiliencia es un conjunto de conductas, pensamientos y acciones que se pueden aprender y desarrollar, por lo que fue posible trabajar con los pacientes en éste aspecto, creando condiciones e identificando claramente los factores que las promueven y potencian, para ponerlas al servicio de una mas rápida y efectiva recuperación
- Que el trabajo de “Intervención en Red”, a través de la acción de parientes, amigos y diferentes actores sociales, permite crear un espacio de positivo y eficaz apoyo social posibilitando al paciente y familia, adquirir una progresiva autonomía para enfrentar de mejor forma situaciones críticas.
- Que el apoyo psicosocial del que puede disponer un paciente durante el período de hospitalización, es un factor importante para su salud física y mental y es determinante en crear una reacción positiva de familiares y otros significativos cercanos a su entorno social.
- Que el accionar profesional es mas eficiente, cuando se sustenta en un modelo que permita crear acciones estratégicas, para enfrentar problemas por graves que sean y que se pueden resolver básicamente por la modalidad de relación social a través de las capacidades y fortalezas del trabajador accidentado y el uso eficaz y oportuno de diversos tipos de redes.

• Finalmente como producto de ésta reflexión creo importante señalar, que existe conciencia en los diferentes equipos de alumnos de Trabajo Social, de haber podido contribuir con su formación teórico-científica y sus competencias laborales, a mejorar las condiciones de vida de las personas y grupos familiares con las que se tuvo el privilegio de compartir la acción profesional.

Referencias Bibliográficas:

- Aylwin, N. & Solar, M. (2002): Trabajo Social Familiar. Santiago, Universidad Católica.
- Berger, P & Luckman, T. (1967): La construcción de la realidad social. Nueva York: Dumbleday. Brandão.
- Campanini, A.M. & Luppi, F. (1991): Servicio Social y modelo sistémico. Buenos Aires: Paidos.
- Caplan, G. (1974). Principios de psiquiatría preventiva. Buenos Aires: Paidos.
- Chadi, M. (2000): Redes Sociales en el Trabajo Social. Argentina: Espacio.
- De Robertis, C. (1988) Metodología de la intervención en Trabajo Social. Buenos Aires: El Ateneo.
- Dulanto, G.E. (1994): Resiliencia y Adolescencia, la utilidad de saber valorar ambos. Córdoba Argentina: Villa Paz.
- Fernández, G. (1998): Las Redes en la Prevención de la Drogodependencia. Art Rev. Perspectivas sistémicas. Año 11 Numero especial II
- García S. (1997): Medidas alternativas a la privación de la libertad (Conferencia) Medellín Colombia.
- Grotberg, Edith (1995); The International Resilience Proyect: Promoting Resilence in Children
- Romero, Sabine (1998): Resiliencia ¿Enemigo o aliado del desarrollo humano?. Santiago de Chile: Centro de Investigación y Desarrollo de la Educación (CIDE)
- Speck, Robert (1987): L´Intervention en réseau social: las therapies de réseau, theorie et developement. En Elkaim, M. Les practiques de réseau santé mental et contexte social. París, ESF p. 21-40
-
- Vanistendael, S. y Lecomte, J: (2002): La Felicidad es posible. Barcelona España:Gedisa
- Walsh, Fromma (1982): Normal Family Process. New York, Gilford Process.New York: Gilford Press.
- Wolin,S. & Wolin, S. (1993): The Resilient self: How survivors of troubled families rise above adversity. New York: Villard.