



ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES

NÚMERO ESPECIAL (ISSN 1886-6530)

Congreso Internacional "Actualidad del Grupo Operativo"
Madrid, 24 - 26 febrero 2006

En torno a la idea de "diagnóstico de situación"¹

Federico Suárez²

El diagnóstico de situación pretende obtener una visión abarcativa de todos los elementos que confluyen en la relación usuario – profesional o terapeuta – paciente.

Se trata de conocer globalmente la problemática del sujeto que consulta, es decir **comprender** lo que le está sucediendo en el contexto que lo produce; aprehender su "situación". Y, se trata también y simultáneamente, de tomar en consideración nuestra propia "situación" como profesionales ubicados frente a esa problemática compleja, es decir, entender también las circunstancias de nuestro contexto y su incidencia en la relación con el usuario. En este marco, el diagnóstico muestra su sentido práctico, que, como alguien dijo, es la utilidad que pueda suministrar al resto de los pasos terapéuticos, es decir, al establecimiento de una estrategia terapéutica.

Entonces, el concepto de "situación" connota una idea de globalidad, de contexto. El diccionario de la Lengua la define como el "conjunto de factores o circunstancias que afectan a alguien o algo en un determinado momento".

La elaboración filosófica del concepto añade a esta definición la idea de que la "situación" no se refiere a algo ajeno al propio sujeto, a una realidad objetiva exterior a él, sino que señala una totalidad en la que los propios sujetos están también incluidos. Como señala Eduardo Nicol, "Estar en situación –lo característico de la existencia humana- no es solamente ocupar un sitio, aunque sea un sitio "histórico", sino vivir desde una situación"³. Ferrater Mora en su Diccionario de Filosofía nos muestra la elaboración de este concepto a través de varios autores y escuelas. Y aún cabría seguirle la pista al concepto a través de otros autores como Ortega o Sartre ⁴ y toda la filosofía existencialista. Pero no me voy a detener en esto.

¹ Ponencia presentada en la Mesa "Grupos e Instituciones".

² Psicólogo. Madrid

³ Eduardo Nicol (Barcelona, 1907). "*Psicología de las situaciones vitales*", 1941

⁴ Es interesante la idea de Sartre, desarrollada en *El existencialismo es un humanismo* respecto a la ética de las situaciones, donde "destaca la importancia y hasta el carácter decisivo de las situaciones o de las circunstancias en las decisiones morales". "La ética se construye en lo concreto de las situaciones", recuerda I. Luchina en su libro *El grupo Balint. Hacia un modelo clínico-situacional*.

En línea con los planteamientos filosóficos, la tradición psicológica alrededor del concepto de “situación” centra su atención en la **interacción** del hombre con su contexto. Es decir, parece que queda atrás la idea de un hombre aislado, que puede ser estudiado o entendido en abstracto, fuera de todo contexto social o cultural. Es en la relación del hombre con este contexto que lo rodea donde fijamos nuestra atención.

La cuestión fundamental que se plantea es **cómo entender** esta interacción. Bleger avisa de que “la relación sujeto –medio no es una simple relación lineal causa – efecto entre dos objetos distintos y separados, sino que ambos son integrantes de una sola estructura total, en la que el agente es siempre la totalidad del campo y los efectos se producen también sobre, o dentro de él mismo como unidad”. Desde este planteamiento puede afirmar que “la conducta es siempre el emergente de un campo”.

En la discusión alrededor de estos conceptos late de fondo la vieja dicotomía individuo – sociedad. Quién hace a quién. El hombre a la sociedad o la sociedad al hombre. El concepto de “**hombre en situación**” de Lagache, por ejemplo, supone una superación de esa dicotomía, como el mismo Pichon reconoce. Pero la aceptación de un contexto para el hombre, y de la consiguiente interacción entre ambos, no conduce a una posición única ya que se conciben diferentes grados de determinación o condicionamiento mutuo. En este sentido, la idea pichoneana de “**hombre producido**” implica una radicalidad, o una dialectización mayor, en la concepción del campo o de la “situación” en tanto totalidad estructural y estructurante.

Pero el concepto “situación” establece un marco demasiado amplio para el estudio de los fenómenos que nos interesan. Bleger plantea la “exigencia metodológica de reducir su amplitud” para poder estudiarlos con una mayor precisión. Considera que el concepto de **campo**, traído a la Psicología desde la Física y estudiado fundamentalmente por Kurt Lewin, se adapta mejor a ese objetivo de investigación.

Para este último autor, el campo es “la totalidad de los hechos coexistentes concebidos como mutuamente interdependientes”⁵. Bleger incluye la perspectiva temporal, por lo que el campo sería para él “la situación total considerada en un momento dado, es decir, es un corte hipotético y transversal de la situación”. En tanto recorte temporal de la situación, el campo es una estructura dinámica que siempre se está modificando y reestructurando. Bleger apunta que “todo campo y toda situación son siempre originales y únicos en el sentido que no se repiten jamás totalmente de la misma manera”.

Pichon⁶ consideraba que el campo psicológico es el objeto central de las investigaciones psicológicas. Este campo, dice tomando lo expuesto por Daniel Lagache, ofrece al investigador cinco clases principales de datos:

1. “Entourage”, elementos del contorno (totalidad de situaciones y de factores humanos y físicos en permanente interacción).
2. Conducta exterior, observable.
3. Vivencia o experiencia vivida.

⁵ Kurt Lewin, *Field theory in social science; selected theoretical papers*. D. Cartwright (comp.). New York, Harper & Row, 1951.

⁶ E. Pichon-Rivière. *Teoría del vínculo*. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 1983. Cap.5.

4. Modificaciones somáticas.
5. Productos de la actividad del sujeto (manuscritos, pinturas, etc.).

Estos cinco elementos pueden ser vistos y estudiados en la situación analítica, que, para Pichon, es la situación interpersonal estudiada más profundamente y que sirve de modelo para toda investigación.

Añadamos un elemento más. Bleger establece una distinción entre **campo** y **ámbito**. “El primero se refiere a la totalidad de los elementos que interactúan en un tiempo dado, pero es la amplitud de esa totalidad la que permite reconocer los diferentes ámbitos”⁷. Por ejemplo, explica el mismo autor, si se trata de investigar el alcoholismo, se puede estudiar la causalidad y la motivación del mismo en los individuos, en los grupos sociales, en las instituciones o en la comunidad... es decir en los cuatro ámbitos que Bleger estipula: psicosocial, sociodinámico, institucional y comunitario. “Los ámbitos no son excluyentes, sino que, a la inversa, todo estudio completo debe abarcarlos a todos, en su unidad y en su interjuego”⁸.

La **Psicología de los ámbitos** de Bleger nos provee de un modelo que permite una aproximación metodológica a la “situación”, así como facilita una sistematización de los diversos fenómenos observados que la componen.

Ya he dicho al principio que el **diagnóstico de situación** implica la observación del sujeto dentro de su contexto –con lo que éste se nos mostrará en una mayor complejidad- así como la toma en consideración de nuestra propia situación como profesionales incluidos en un contexto grupal e institucional, que condiciona nuestra relación con el usuario del mismo modo que éste está condicionado –o producido- por su contexto, por su “situación”.

En la literatura sobre el tema, podemos advertir el uso del concepto de “diagnóstico de situación” justamente para señalar la inclusión de las condiciones y circunstancias en las que el profesional desarrolla su actividad y poder pensar sus consecuencias en la relación que establece con el paciente/ usuario.

Así surgen, como ejemplo de esto, los grupos Balint. Médicos que se reúnen con otros médicos para intercambiar sobre lo que pasa en las entrevistas con los pacientes⁹. Trabajo grupal que empieza a incluir los problemas del contexto en el que se desarrolla su tarea y que permiten comenzar a visualizar su incidencia –la de estas circunstancias contextuales- en la relación, es decir, que pueden condicionar la escucha, y, por tanto, el diagnóstico y la intervención.

Entonces, el diagnóstico de situación abre, como primer paso, una mirada al contexto que rodea al profesional. Algunos autores plantean “lo situacional” como una reflexión y valoración sobre las condiciones (posibilidades y dificultades) en que se realiza la práctica

⁷ José Bleger. *Psicología de la conducta*. “Ámbito de la conducta” (página 59)

⁸ José Bleger. *Psicología de la conducta*. “Ámbito de la conducta” (página 61)

⁹ Isaac L. Luchina. *El grupo Balint. Hacia un modelo clínico-situacional*. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1982.

profesional y reclaman la necesidad de poner en relación medios, fines y condiciones de esa práctica antes de encarar la relación con el usuario¹⁰.

Además, parece que esta preocupación por la inclusión del contexto en el acto médico, o en la intervención profesional en general, como elemento de reflexión, viene determinada por una característica común que encontramos en la literatura sobre este tema: el trabajo público, **la asistencia pública**. Ahí suceden cosas que el profesional debe tomar en consideración, como son la relación con sus compañeros, otros profesionales de la misma o diferentes disciplinas, el trabajo en equipo, la organización institucional, las jerarquías establecidas, los juegos de poder, los fines y medios institucionales, las otras estructuras superiores en las cuales la nuestra se enmarca... una reflexión sobre estas cuestiones que inexorablemente nos atraviesan se impone, porque forman parte de nuestro trabajo cotidiano e influyen en nuestra relación particular con el paciente o usuario.

Es decir, la **situación** dentro de la cual se va a producir el proceso terapéutico es diferente en el despacho institucional que en el consultorio privado. Otros elementos, presentes en aquélla situación y ausentes en ésta, van a atravesar la relación usuario – profesional.

Podemos representar así esta situación:

ESQUEMA 1

Este esquema es de Bauleo. Se lo he visto hacer en alguna oportunidad, y me he permitido reproducirlo ya que creo que refleja muy bien todos los elementos que contiene la idea de **diagnóstico de situación**.

Se trata de entender cómo se articulan todo estos elementos individuales, grupales, institucionales y comunitarios, condicionando nuestra tarea, atravesando nuestra práctica profesional. Hay trabajos importantes en este sentido; entre los que destaco los de Armando Bauleo y Marta de Brasi¹¹, que permiten ir comprendiendo cómo se configura la situación asistencial pública, identificando nuevas problemáticas en este campo y sugiriendo líneas para empezar a pensarlas.

Se hace necesario revisar conceptos, como los de transferencia y contratransferencia, que delimitan el campo de la relación analista – paciente en la práctica privada¹², pero cuya aplicación a este otro campo de la asistencia pública no puede hacerse linealmente. La transferencia debe ser tomada no solamente como un vínculo dirigido a un individuo, sino también a una institución asistencial, es decir, que el usuario tiene una representación de nosotros, del equipo, de la institución a la que demanda. A su vez, la contratransferencia está cargada con elementos de la implicación del profesional en la institución, como pueden ser las características de su inserción o ciertas tensiones o conflictos que puedan existir en esos momentos en la dinámica institucional.

¹⁰ Manuela Utrilla. *¿Son posibles las terapias en las instituciones?. Estudio situacional*. Ed. Biblioteca Nueva. Madrid, 1998.

¹¹ Entre otros trabajos de estos autores: Marta de Brasi y Armando Bauleo, *Clínica grupal, Clínica institucional*. Ed. Atuel. Buenos Aires, 1990.

¹² Madeleine y Willy Baranger: "La situación analítica como campo dinámico", en *Problemas del campo psicoanalítico*. Ed. Kargieman. Buenos Aires 1969.

Quisiera decir ahora algunas cosas desde mi “situación”, es decir, mirando el contexto en el que se desenvuelve mi trabajo profesional; plantear algunas cuestiones, tal vez muy descriptivamente, a modo de “cuaderno de campo”, para seguir las pensando en otros momentos.

Una primera cuestión, como mirada “macro”, sería indicar que mi tarea está inserta en un contexto donde se realizan diversos tipos de acciones asistenciales (estoy refiriéndome al ámbito “c” del diagrama). Trabajo en un Centro Municipal de Servicios Sociales en el cual los usuarios pueden fácilmente estar recibiendo varios tipos de prestaciones (económicas y profesionales) simultáneamente, entre ellas la atención psicológica.

Nuestro Área, una de las varias en las que está organizado el Centro, –llamada de “Orientación y Apoyo Psicológico”– se sitúa en un segundo nivel o especializado, es decir: hay unos servicios de primer nivel y otros de segundo nivel. Los de primer nivel son aquellos que reciben en primera instancia la demanda de los usuarios; son, como los llamamos entre nosotros, la puerta de entrada al Sistema Público de Servicios Sociales: son las Unidades de Trabajo Social o U.T.Ss. Los profesionales que intervienen en este nivel son Trabajadores Sociales exclusivamente. Tras una primera entrevista o valoración con el usuario, estos Trabajadores Sociales pueden atender la demanda planteada con los recursos que ellos mismos manejan (sobre todo prestaciones económicas o tramitación de otros recursos públicos) y/o derivar a algún otro recurso interno o externo (es decir, del mismo Centro o de otras instituciones de la comunidad).

Entre los recursos de segundo nivel estamos nosotros, psicólogos, junto a otros profesionales, como Educadores y Mediadores familiares, Mediadores interculturales, especialistas en la búsqueda de empleo, abogados, animadores socioculturales, etc., que pertenecemos a las diferentes Áreas en las que este segundo nivel está organizado.

En realidad sucede que desde el Área o Áreas del segundo nivel, en las sucesivas entrevistas que el usuario realiza con los profesionales en ellas ubicados, pueden surgir otras posibles derivaciones (tanto a otras Áreas como a otros servicios externos) de acuerdo a cómo se va “colocando” la problemática del usuario, su demanda y la lectura que se va haciendo de la misma, dentro de la institución.

No es que haya grandes recorridos que los usuarios realicen dentro del Centro, de programa en programa o de Área en Área. En la mayoría de los casos la problemática se ubica rápidamente. En algunos otros, con una problemática seguramente más complicada o compleja, sí hay algún pequeño recorrido. Lo que quiero señalar es que a nosotros tanto nos pueden llegar usuarios derivados por los Trabajadores Sociales (las U.T.S. del primer nivel) como desde otras Áreas o servicios de segundo nivel¹³. A su vez, también nosotros derivamos a veces a otras Áreas de segundo nivel o, incluso, de retorno al primer nivel, donde se gestionan ciertas ayudas cuya necesidad hayamos podido detectar.

Entonces, el esquema con el que nos encontramos es este:

¹³ Incluso de otros servicios externos, de la comunidad, pero este es otro tema que ahora no voy a abordar.

ESQUEMA 2 (No se representan todas las relaciones que realmente se dan, sino solo algunas para ejemplificar la situación)

Muchas veces parece, leyendo trabajos sobre el tema, que una institución asistencial tiene un solo equipo integrado por todos los profesionales que ahí trabajan. Y la realidad que a mí se me presenta es diferente. Primero porque donde yo trabajo se dan varias “agrupaciones” de profesionales –las Áreas-, y segundo, porque unas se aproximan más que otras en su funcionamiento a lo que pudiéramos llamar “equipo”. (Como se desprende del esquema, estoy más cerca de entender la institución como una red de relaciones intergrupales, siendo los diferentes grupos estas “agrupaciones” a los que me refiero).

Todas esas Áreas significan recursos públicos ante la problemática del sujeto. Creo que la posibilidad de que una problemática pueda ser escuchada por nosotros en nuestra consulta (o por otros profesionales en la suya) de manera amplia, está determinada, junto a otros elementos como la formación que posea cada profesional, por la existencia de recursos disponibles, accesibles, ya que ello nos permitirá **concebir** abordajes más complejos –y más completos también- ante la problemática del usuario.

Claro que una cosa es “coordinarse” con otros recursos, áreas o dispositivos socioasistenciales y otra diferente trabajar en equipo. Lo que llamamos “coordinación” en estos casos, estaría referida a momentos o situaciones puntuales o a ciertas circunstancias delimitadas, mientras que el equipo soporta todo un proceso.

Las relaciones que tenemos con los demás profesionales de la institución en la que trabajamos no son iguales con todos: con unos hay coordinación, con otros hay trabajo en equipo... y tal vez con otros no hay nada. Pero es conveniente distinguir estas diferentes situaciones, para poder pensarlas... y aprovecharlas en lo que valen (que a veces valen, y mucho, aunque no trabajemos en equipo).

ESQUEMA 3

(Sobre la estructura anterior por Áreas, más formal, más ajustada al organigrama, aparece aquí otra estructura de relaciones posible entre los profesionales, que responde a la necesidad de hacer frente a tareas asistenciales. Las relaciones aquí no son entre “estructuras” sino entre personas, eso sí, que pertenecen a esas estructuras).

Cuando pienso en un equipo, lo que tengo en la cabeza es un reducido grupo de profesionales con los que me reúno regularmente, en tiempo y espacio determinado, con la **tarea de planificar, ejecutar y evaluar estrategias de intervención** ante determinados casos.

Si digo la verdad, en más de una ocasión he considerado posible y adecuado establecer un encuadre con un usuario para trabajar su problemática psíquica, solo porque sabía que otros profesionales del Centro iban a poder intervenir también, desde sus respectivas profesiones, de manera que, globalmente considerado, el caso podría ser atendido en el Centro. Éste ha sido mi diagnóstico. De no haber podido contar con estos otros “recursos” hubiera valorado una derivación a otro lugar para su mejor tratamiento. (Podría poner algún ejemplo... estoy hablando de grupos familiares con un alto nivel de desestructuración ante los cuales solo un

equipo integrado por diferentes profesiones puede aportar la ayuda necesaria, es decir **pensar** una estrategia terapéutica).

La participación en el equipo se da de la siguiente manera. Puede ser cualquiera del equipo quien aporte un caso para su estudio, pero pongámonos nosotros mismos, los psicólogos del Área: Recibimos en consulta un nuevo usuario (puede ser una pareja, una familia.. un nuevo caso) derivado, como he dicho antes, desde otro nivel o desde otro Área. Sabemos que nuestro trabajo, en primer lugar, consiste en realizar un **análisis de la demanda**.

Tratamos de entender qué demanda se dirige a nosotros y ver cómo podemos situarnos frente a ella. Los casos que se nos presentan son variados. Algunas veces no hemos encontrado demanda para nosotros: era el derivante quien creyó que sí la había. (Hoy no me detengo a ver qué pasa en estas situaciones, pero lo dejo ahí apuntado).

En otros casos, la mayoría, creemos que la problemática detectada puede ser abordada con los recursos de los que disponemos dentro del Área: entonces podemos encuadrar una intervención individual, o de pareja, o familiar, o proponer la participación en alguno de los espacios grupales existentes, o alguna combinación entre varios de ellos.

Pero hay otros casos que requieren de un equipo. Es decir que nuestro análisis de la demanda nos lleva a concebir ciertas **hipótesis de estrategia terapéutica** en las que lógicamente ya están incluidos los otros del equipo, es decir, que las pienso desde mi equipo "interno", desde la idea que tengo de las posibilidades de intervención que tiene el equipo. Entonces el caso es presentado al equipo y será este quien analice finalmente la demanda y defina la estrategia que se seguirá con ese caso en concreto de acuerdo a sus posibilidades. Valoración sobre sus posibilidades que coincidirán más o menos con las que nosotros le atribuíamos.

En este tipo de casos a los que me estoy refiriendo, hay una secuencia en el análisis de la demanda. Podríamos pensar que comienza con la primera entrevista de la U.T.S., que sería como una entrevista de admisión que da paso a lo que hemos llamado segundo nivel asistencial. El segundo momento sería con nosotros, cuando tiene lugar la primera entrevista, y podemos señalar un tercer momento cuando el caso es analizado por el equipo.

Establecida la estrategia que se haya considerado más adecuada y posible, cada uno efectuará su trabajo; y en reuniones sucesivas valoraremos los resultados de la misma en base a los objetivos establecidos o a la evolución de los indicadores detectados.

Incluido en este trabajo del equipo está el diagnóstico. El diagnóstico, claro, entendido no como una etiqueta sacada del DSM-IV, sino como una orientación para la intervención y para el establecimiento de un pronóstico.

Dice Marta de Brasi ¹⁴ que "cuando el diagnóstico se realiza en un ámbito institucional, además de ser presuntivo debe ser un diagnóstico global o social, ya que estará subordinado no solo a las características del paciente y a las posibilidades del terapeuta, sino también a

¹⁴ Marta de Brasi. "En torno a la demanda y a la psicoterapia en la institución pública", en Marta de Brasi y Armando Bauleo, *Clinica grupal, Clínica institucional*. Ed. Atuel. Buenos Aires, 1990

los recursos con los cuales cuenta la institución, siendo uno de sus principales recursos el equipo”. “Es interesante, prosigue Marta, que actualmente al diagnóstico se le llama evaluación ya que no solamente se hablaría de las condiciones del paciente, sino de las capacidades del equipo”.

Me viene también a la cabeza una vieja frase de Pichon que siempre he tenido muy presente: “el pronóstico de una enfermedad no depende solo del diagnóstico, sino de los recursos de que disponga el profesional”.

El equipo aparece como una figura característica de este campo asistencial. Un sujeto colectivo que tiene que vérselas con la demanda de los usuarios. Ya sabemos que un equipo no es nunca un punto de partida, sino, en el mejor de los casos, un logro, el resultado de un proceso grupal que ha trabajado el pasaje de una multidisciplinariedad a una transdisciplinariedad, a través de ir construyendo un esquema de referencia común. Esto es algo que se consigue, si es que se consigue, con el tiempo: hace falta tiempo para que se den estas cosas. Tiempo, y deseo. Deseo de los participantes, pero también deseo de los responsables institucionales -los jefes, los políticos-, para establecer las condiciones necesarias que sostengan a los equipos, que permitan y posibiliten sus procesos.

Porque se ha escrito bastante sobre las dificultades para trabajar en equipo: las resistencias a salir de los roles conocidos, a perder los límites de la “profesión”, las cuestiones narcisistas, los vínculos transferenciales. Serían cuestiones “internas” al equipo. Pero los problemas que ha de enfrentar un equipo vienen también del “exterior”.

Los equipos están insertos en marcos instituciones, y son sensibles, yo diría muy sensibles, a las diversas circunstancias por las que éstas puedan atravesar, como cambios en la jefatura o en el ámbito político, sobre todo si éste es cercano, como sucede en la administración local. Tendríamos que estudiar cómo esto repercute en los equipos.

En las instituciones hay niveles. Es decir, el concepto “equipo” se reserva más para el grupo de profesionales que enfrenta directamente la demanda del usuario, su tarea es frente al usuario. Pero existen en las instituciones otro tipo de agrupamientos, por ejemplo las reuniones de responsables de Área, en el caso nuestro, mandos intermedios, con responsabilidades sobre la organización y el funcionamiento de la máquina institucional, que aunque no sean un equipo “sensu estricto”, son un conjunto de profesionales acostumbrado a reunirse regularmente para informarse de las actividades que cada uno realiza, para establecer criterios comunes respecto a ciertos temas y que se pone de acuerdo en la planificación de ciertas actividades institucionales. Es un grupo donde se juega un cierto poder, no solo por una cuestión jerárquica, sino porque creo que tiene mucho que ver con la creación y mantenimiento de lo que podemos llamar “cultura” institucional. A través de espacios como éste, más “formales” o “institucionales”, se filtran conflictos para los equipos, o, por el contrario, se garantiza y protege su funcionamiento. Entonces, podemos pensar que la influencia de “la institución” sobre los equipos de intervención se realiza a través de otros espacios colectivos intermedios. Si estamos queriendo hablar del “contexto” de nuestras intervenciones profesionales, estos otros agrupamientos o espacios periféricos a ellos, no deberíamos descuidarlos.

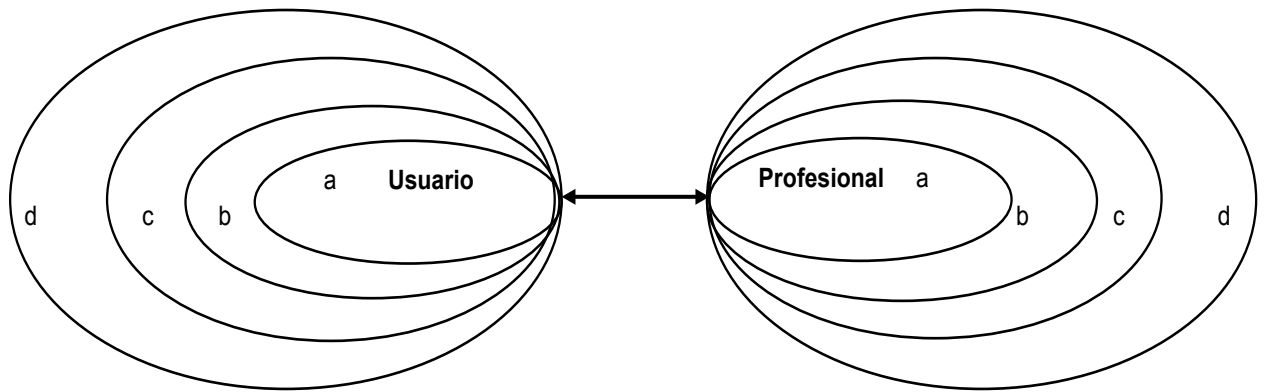
Y ya que estoy hablando de la influencia de elementos “externos” en el funcionamiento de los equipos, quiero apuntar una última cuestión que empieza a ser una realidad en los servicios públicos, cuyas consecuencias vamos a tener que observar y estudiar con detenimiento. En los últimos años se está desarrollando mucho la subcontratación de profesionales para trabajar en estos dispositivos, es decir, profesionales que están por un tiempo nada más. Profesionales contratados en condiciones precarias. Además de tener un salario inferior, generalmente sus contratos no tienen una duración superior al año, pudiendo ser renovados después, o no, por otro periodo igual de tiempo. Además, aunque la figura se mantenga -por ejemplo, “psicólogo del Área de Mujer”- ese puesto puede ser desempeñado por distintas personas cada vez. ¿Cómo juega eso en el equipo?.

Si la creación de un equipo requiere un proceso, ¿cómo pensarlo cuando en él pueden participar personas que van cambiando cada poco tiempo?. Además de otras muchas consideraciones que cabe hacer sobre este hecho, creo que es un elemento deshumanizador que llega a los equipos desde la ideología dominante.

*Federico Suárez
Febrero 2006*

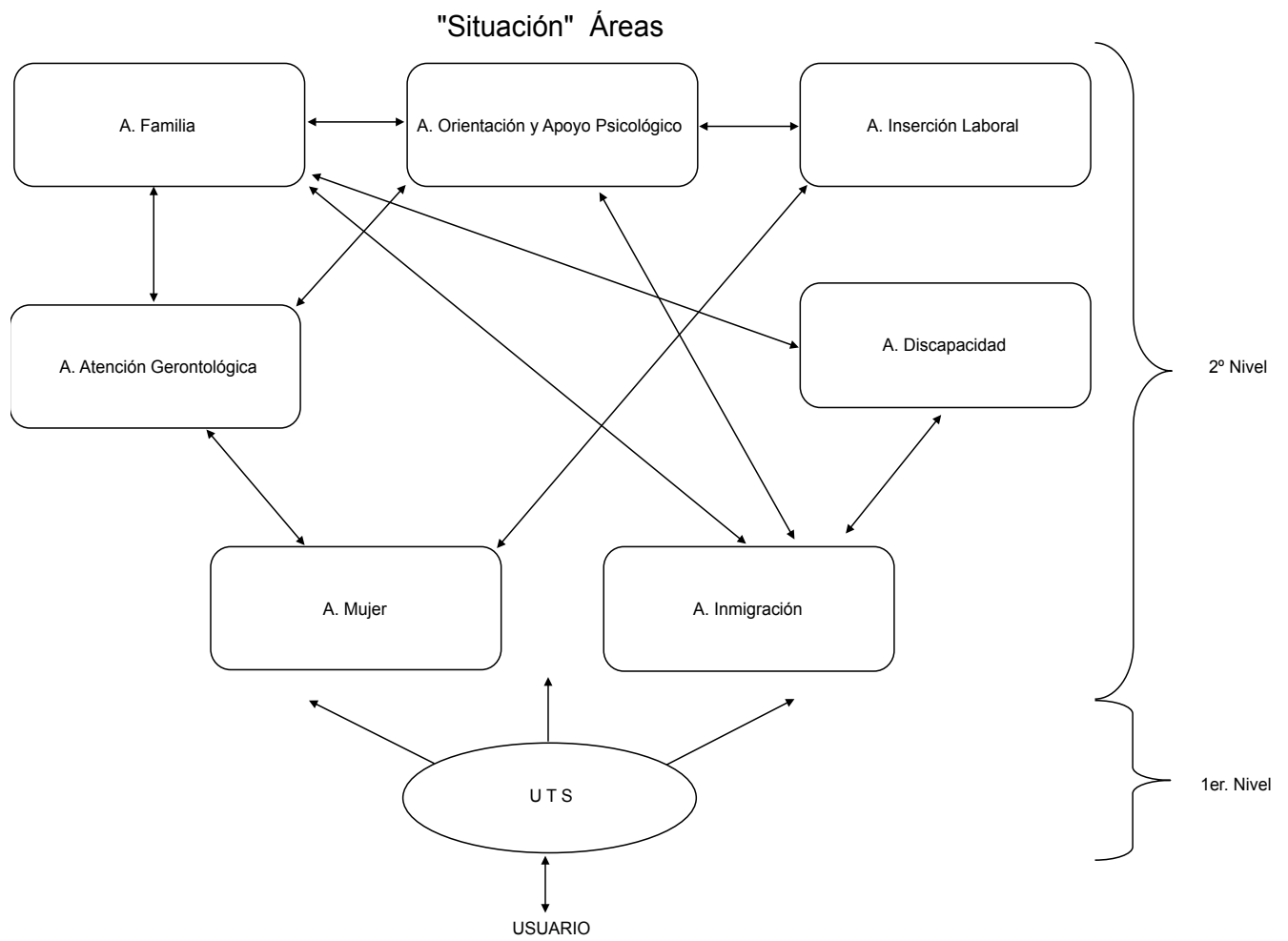
ESQUEMA 1

"Situación" en Asistencia Pública



- a: Ámbito psicossocial
- b: Ámbito sociodinámico
- c: Ámbito institucional
- d: Ámbito comunitario

ESQUEMA 2



ESQUEMA 3

