

RESUMEN DEL TRABAJO FINAL PRESENTADO PARA LA OBTENCIÓN
DEL TÍTULO DE GRADO DE LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL,
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES,
UNIVERSIDAD NACIONAL DE MISIONES.

ESTUDIO Y ANÁLISIS DE LA INTERVENCIÓN PROFESIONAL DEL TRABAJADOR/A SOCIAL EN EL ABORDAJE INTERDISCIPLINARIO DENTRO DEL EQUIPO DE ATENCIÓN EN CRISIS DEL HOSPITAL PEDIÁTRICO DR. FERNANDO BARREYRO DE LA CIUDAD DE POSADAS, EN EL PERIODO 2015-2016

lic. hugo andrés paiva

Sancionada la Ley Nacional de Salud Mental N°26657/10, los equipos de salud de Hospitales Generales, Equipos de Territorios como también de los Hospitales Monovalentes, deben abordar las problemáticas de la salud mental desde la metodología de la interdisciplinariedad, lo comunitario y lo intersectorial; en el trabajo de investigación que realizamos en el marco de la carrera de Licenciatura en Trabajo Social, orientamos la búsqueda de conocimiento sobre la identificación de los aportes que realizan los profesionales del Trabajo Social para promover y/o desarrollar las prácticas del trabajo interdisciplinario en el Hospital Pediátrico de la Ciudad de Posadas y, en particular, desde el Equipo de Atención en Crisis que fue conformado a partir del Programa Nacional de Salud Mental Comunitaria .

Si bien la interdisciplinariedad como estrategia de actuación no es reciente, nos interesaba conocer que sucedía en el campo de la salud a partir de la Ley porque históricamente ha prevalecido el modelo de atención clínica, de atención individualizada y, cuando se realiza un abordaje, la modalidad que se adopta es el trabajo multidisciplinar; es decir, persiste el modo individual de intervención.

Los campos disciplinarios producen un modo particular construir el objeto de estudio y de diseñar la estrategia de intervención y, frecuentemente, pensar cómo romper con las barreras o límites disciplinarios se transforma en un obstáculo para el trabajo con otras disciplinas.

La propuesta de abordaje interdisciplinar implica el cuestionamiento a los criterios de causalidad, la linealidad de los hechos, así como también, la fragmentación de los fenómenos a abordar; es reconocer además el contexto socio-histórico y cultural de configuración de las demandas sociales que determinan que pueden ser distintas y las respuestas, por lo tanto, deben ser diversas. La interdisciplina no es simplemente la suma de diversas disciplinas, sino la construcción de un nuevo modo de entender y abordar al sujeto con padecimiento mental. Supone por lo tanto varias ideas: la complejidad del objeto de estudio, la visión que se tiene desde cada disciplina, lo incompleto de cada una de esas miradas y la necesidad de un espacio de construcción. Alicia Stolkiner (2007) señala que la interdisciplinariedad es un posicionamiento, no una teoría unívoca y que ese posicionamiento obliga básicamente a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina. La comunicación, el dialogo, la cooperación, el intercambio, etcétera constituyen los obstáculos que deben superarse desde las disciplinas para poder empezar a construir un “modo entre disciplinas o inter-disciplinar”. Por lo tanto, en el campo hospitalario lo interdisciplinar se vincula a una interconsulta concebida como la construcción a partir de múltiples voces y miradas sobre una problemática en búsqueda de una solución, “un todo” no de manera fragmentada.

El Equipo Interdisciplinario “Atención en Crisis” de Salud Mental en el Hospital de Pediatría Dr. Fernando Barreyro de la Ciudad de Posadas, se conforma a partir de la implementación del Programa Nacional de Salud Mental y Adicciones, pero la particularidad es que el mismo no opera como los demás equipos interdisciplinarios que se incorporaron a los Centros Integradores Comunitarios (CIC's) porque este Equipo de Profesionales actúa dentro de la Institución Hospi-

tal, no responden a las normas y funciones institucionales ya establecidas. A diferencia de otros equipos territoriales, el Equipo de Atención en Crisis, ha definido su rol institucional que se resume en¹:

- » su actuación se define a partir de situaciones críticas o de riesgos determinadas por los médicos en consultas pediátricas;
- » los sujetos de la intervención son niños – adolescentes y sus familias;
- » las problemáticas de atención están vinculadas con las demandas que surgen en consultorios pediátricos; y
- » la intervención es de carácter institucional.

Al tener una relación directa de dependencia del Programa Nacional, se presentan situaciones profesionales, administrativas y organizativas diferentes:

- » no tienen un vínculo directo con la institución por lo que no se encuentran contemplados dentro del esquema organizacional (organigrama);
- » la “doble dependencia” (Hospital-Programa) genera dificultades respecto a la información sobre la actuación del Equipo; de acuerdo a las entrevistas se pudo conocer que deben elaborar dos tipos de informes mensuales con diferentes contenidos a las instituciones de referencia, implicando ello una duplicación de las tareas;
- » a partir de los recortes presupuestarios a nivel nacional, que impactan en la continuidad del Programa y la percepción de los honorarios, la institución no asume ninguna responsabilidad al no considerar “la pertenencia de los equipos a la esfera de la administración pública provincial”, situación que provoca una constante incertidumbre sobre la continuidad laboral.

La intervención del equipo está encuadrada en los principios rectores de la Ley y el Programa Nacional,

- » el enfoque de Derechos Humanos
- » la protección de las personas con padecimiento mental;
- » el criterio de equidad,
- » relevancia a la atención sanitaria de las personas en situación de vulnerabilidad; y
- » el respeto a la diversidad etaria, cultural y de género.

Respecto a la actuación institucional del Equipo, al insertarse en un ámbito de carácter médico-asistencial, el modelo de abordaje que prima es el médico-he-

1. Información obtenida desde las entrevistas realizadas a miembros del Equipo de Profesionales

gemónico; es decir, las prácticas están orientadas a atender “la enfermedad” legitimada por criterios científicos, excluyéndose del diagnóstico los factores familiares, socioculturales y económicos. A partir de la incorporación del “Equipo de Atención en Crisis”, cuando surgen en los consultorios pediátricos “problemas” que se consideran “socialmente reconocidos” como: drogadependencia, abusos, maltratos, intentos de suicidio, etc. los médicos recurren a interconsulta con el Equipo y/o derivaciones para la intervención.

Debido a que la atención hospitalaria, el Equipo cubre tiempo completo (mañana y tarde), por lo que se han desdoblado en dos turnos de atención para cubrir la demandas y diseñaron un sistema de comunicación permanente para poder dar continuidad a las intervenciones, para ello utilizan como herramienta: el cuaderno de novedades, whatsapp, reuniones de “traspaso” o “comentarios” sobre los casos en atención.

Analizada la dinámica de trabajo se pudo establecer que, si bien coordinan acciones, se brinda continuidad a las intervenciones – independientemente del equipo que asuma la misma- estableciéndose una cooperación para la ejecución de las actividades no se encuadran en la modalidad de la “interdisciplina” sino de la multidisciplina. No se ha logrado construir un “nexo”, integración o fusión, sino que la intervención se produce desde el conocimiento y el objetivo disciplinar.

Esta relación multidisciplinar se expresa a partir de la recepción de la demanda que es determinada por el “médico pediatra” en consulta, quien, de acuerdo a las características del caso, requiere la intervención del equipo que se expresa en la modalidad de interconsulta o de derivación de caso.

La consulta, atención, intervención y seguimiento, se realiza en el ámbito institucional, en algunos casos – según se requiera- se realizan coordinación de actividades con organizaciones externas al hospital como los CAPS; por lo tanto, podemos señalar que los objetivos del Programa de trabajo comunitario e intersectorial no constituyen los ejes de actuación del Equipo.

Un tema que es relevante en este ámbito, y que ha sido mencionado en las distintas entrevistas, es “la necesidad del cuidado de cuidadores de la salud” o prevención del síndrome de burnout. Este constituye un reclamo permanente de los equipos en territorio y que se vincula con la contención y apoyo profesional a los profesionales que permanentemente se encuentran abordando temas de alta vulnerabilidad y riesgo psicosocial como el abuso, la prostitución de menores, violencia, etc.

El análisis del Equipo respecto a los cambios que se han producido a partir de la Ley Nacional de Salud Mental y la inclusión del Equipo en la Institución, están vinculados con nuevas prácticas institucionales en la atención a casos que no son de problemas estrictamente biofísicos. Las derivaciones al monovalente de casos de ansiedad, drogadependencia, hiperactivismo, etc. dejaron de constituirse en acciones inmediatas.

LA INTERVENCIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL EN EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO.

Lo que se señala en las entrevistas realizadas en el trabajo de campo, no se ha logrado concretar la intervención en el marco de la modalidad interdisciplinar; los demás profesionales reconocen a las Trabajadoras Sociales como poseedoras de conocimientos, habilidades y destrezas para desencadenar el trabajo interdisciplinario, diferenciándose de las demás disciplinas.

La continuidad de la estructuración que presentan las disciplinas, que se expresa en las prácticas profesionales, dificulta la construcción del "nexo" que menciona Elichiry (1987) y que se traduce generalmente como la participación a través de "la interconsulta y/o derivación de casos".

Por otra parte, la particularidad de la organización de la institución (hospital) basada en Áreas, Direcciones, etc. de clara separación y jerarquización de especialidades médicas, la parcelación establecida obstruye la posibilidad de construir el "nexo"; como señala Cazzaniga (2001), entonces aparecen las propuestas de participación de los Trabajadores Sociales a partir de las derivaciones. "Estamos frente a un problema administrativo, que articula concepciones epistemológicas y políticas" (Cazzaniga, 2001: 3).

Continuando con los aportes de Cazzaniga (2001) debemos tener presente las diferencias en relación al estatus adquirido entre médicos y otras profesiones (trabajadores sociales, sociólogos, enfermeros, psicólogos, etc.) que construyen las "presentaciones" tanto al interior de los equipos como externas a éstos (representación social) presentándose asimetrías en el ejercicio del poder como por ejemplo toma de decisiones sobre modalidad de intervención. Esta situación, generalmente y por construcción socio histórica de las representaciones sociales entorno a la profesión, en los hospitales está "naturalizado" que a los Trabajadores Sociales "realicen" tareas como: conectarse con los familiares del

paciente, gestionar pasajes, proveer el acceso a los medicamentos, asistir-asesorar en casos judicializados, etc. y porque no se “comprende” el rol, la especificidad y la autonomía relativa en el quehacer profesional.

Podemos señalar que, en cuanto al proceso metodológico de intervención profesional, en los relatos claramente surgen los siguientes momentos:

- » Construcción del / los problema/s; los actores involucrados;
- » Establecer objetivos comunes (usuarios-familia- médicos).
- » Elaborar un plan de trabajo de intervención.
- » Formalizar la intervención.

El proceso de intervención profesional de los Trabajadores Sociales puede ser descripta de la siguiente manera:

a) Inicio de la intervención a partir de la derivación y/o interconsulta

a.1. contacto con el usuario del servicio – la familia

a.2. construcción del tema-problema a abordar, aproximación diagnóstica

b) Diseño de la estrategia de intervención

El trabajador social, como parte de un Equipo, construye durante la fase de “inserción” (conocimiento del usuario – la familia – el médico) los objetivos básicos de su estrategia.

“La escucha” (entrevistas en profundidad) permite construir con el usuario y las familias el reconocimiento como “sujeto de derecho”; el ser partícipe de su tratamiento (el derecho a la información) en la elaboración de un itinerario para la resolución de los problemas socio familiares y socio comunitarios.

c) Formalizar la intervención

El trabajador social como integrante del Equipo, ejecuta las acciones previstas, pero, no se circunscriben exclusivamente a un profesional determinado, sino que se genera la participación de otros profesionales porque la atención se realiza en distintos turnos y con equipos diferentes, que dan continuidad a las actividades iniciadas.

Claramente, en los relatos, queda demostrado que el proceso de resolución de problemas no está centrado únicamente en la ejecución del proceso metodológico, sino que la prioridad está centrada en lo que el usua-

rio y la familia del usuario conjuntamente con la Trabajadora Social puedan aportar para concretar los objetivos de rehabilitación, siendo central el generar la capacidad de acción conjunta permanente, fuera de la consulta externa.

En conclusión, los equipos de salud mental, así como los profesionales del Trabajo Social en los Equipos, están atravesados por las determinaciones socio históricas del campo de la salud asistencial-hospitalaria (modelo médico-hegemónico); por lo que plantear cambios o transformaciones de las prácticas conforme los principios rectores de la Ley Nacional de Salud Mental, implicará un largo proceso en el que será fundamental replantarse estrategias de abordaje interdisciplinar para evitar lo que Susana Cazzaniga (2001) refiere como “la soledad disciplinar”.

En particular, el Trabajo Social en el marco de la atención en salud mental en hospitales pediátricos, tiene que orientar su intervención a la revalorización de la dimensión socio-educativa, con el propósito de comenzar a cuestionar y criticar el modelo de atención sanitario para que pueda cumplir con los principios de la Ley N° 26657/10; y desde la dimensión ético-política generar discusiones respecto sus prácticas,

Antes de finalizar, es importante señalar que a nivel nacional el enfoque acerca de las políticas públicas se están modificando en relación a los cambios producidos en los últimos años donde se había logrado la implementación de políticas sociales universalistas hoy, estamos asistiendo a una re edición de los años’90, las políticas de derecho están siendo reemplazadas por políticas focalizadas y asistencialistas. Se vuelve a evidenciar la retirada del Estado de los espacios de protección social, la expresión de este “recorte” es el des-financiamiento del Programa Nacional de Salud Mental, la rescisión de los contratos de los profesionales motivando la desintegración de los equipos. Está emergiendo un nuevo escenario que expone a la población con padecimiento de salud mental a los viejos parámetros de categorización de peligrosidad, amenaza, miedos, reclusión, etc. e interpela la noción de “sujetos de derechos” que es la centralidad en la Ley Nacional de Salud Mental.

Autor: Lic. Hugo Andrés Paiva

Resumen del Trabajo Final presentado para la obtención del Título de Grado de Licenciado en Trabajo Social, Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Misiones.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

Carballeda, Juan Alberto. (2012). “La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas” En Revista Margen N° 65 – julio 2012.

Cazzaniga, Susana. “El abordaje de la singularidad”. En Revista desde el Fondo. Cuadernillo N° 22. UNER.

Cazzaniga, Susana (2002). “Trabajo Social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud”. Edición N° 27 - primavera 2002. Disponible en www.fhycs.unam.edu.ar/.../Trabajo-Social-e-interdisciplina-autor-SUSANA-CAZZAN

Cohen, Hugo. (2009) Salud mental y derechos humanos. Vigencia de los estándares internacionales. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud / OPS.

Galende, Emiliano (2008) “Desmanicomialización institucional y subjetiva” en Psicoanálisis, Vol. XXX, N° 2/3, 2008, pp. 395-427.

López, Carlos. (2014). Descripción y análisis de las prácticas interdisciplinarias y comunitarias en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental, en el Hospital Dr. Ramón Carrillo de la Ciudad de Posadas (Mnes), durante el período 2011-2013. Tesis de maestría, Universidad Nacional de Misiones- Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, Maestría en Políticas Sociales.

Morin, Edgard. “Sobre la interdisciplinariedad”. Disponible en www.pensamientocomplejo.com.ar

Stolkiner, Alicia. (2005) “Interdisciplina y Salud Mental”. Ponencia presentada en IX Jornadas Nacionales de Salud Mental y I Jornadas Provinciales de Psicología. Salud Mental y Mundialización: Estrategias posibles en la Argentina de hoy. 7 y 8 de octubre 2005, Posadas, Misiones, Argentina.

_____ (2003). “Nuevos enfoques en salud mental”. Ponencia presentada en el 14° Congreso Latinoamericano de arquitectura e ingeniería hospitalaria. Buenos Aires.

_____ (1994). “Tiempos posmodernos: ajuste y salud mental” en O. Saidón y P. Troianovski (Comps.), Políticas en Salud Mental. Buenos Aires, Lugar Editorial.

_____ (1987). “De interdisciplinas e indisciplinas”. Publicado en: Elichiry, Nora (Comp.) (1987) El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio. Buenos Aires: Nueva Visión. (pp. 313-315).