

La inserción del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental: construyendo interdisciplina en el ámbito de la urgencia

SANDRA LOBOS, SILVIA PALAZZO, GABRIELA PASTORINI, ALEJANDRA PUERTA BASALDÚA Y ANA STILMAN

La incorporación de Trabajo Social en la Guardia Hospitalaria se dispone y se define a partir de la sanción de las Leyes de Salud Mental vigentes en los ámbitos nacional (Ley 26.657) y de la Ciudad de Buenos Aires (Ley 448) para completar los equipos interdisciplinarios de esta área de atención de la salud en la urgencia.

Dicha inserción en el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez presenta la particularidad de realizarse en equipos de guardia que ya contaban con las disciplinas de Psicología y de Psiquiatría, distinto a lo que ha sucedido en otros hospitales donde las tres disciplinas se incluyeron simultáneamente. Esto ha implicado varios procesos a realizar desde la llegada del equipo de Trabajo Social: la necesidad de dar a conocer las incumbencias del rol, poder redefinirlo en función de las características institucionales particulares e intentar integrarlo a una modalidad y a equipos de trabajo que ya contaban con una dinámica propia. Dichos procesos han constituido, y lo siguen haciendo, una construcción permanente donde se intenta abrir espacio a los diálogos profesionales y a otra perspectiva disciplinar en un campo nuevo para todos como lo es el trabajo social en la urgencia.

No se han constituido previamente espacios formales institucionales para pensar conjuntamente esta inserción, excepto en el Servicio Social, por lo cual, la misma ha tenido lugar espontáneamente y a partir del trabajo concreto, cotidiano, en las distintas intervenciones desde la guardia. La incor-

poración de una nueva profesión y pensar la interdisciplina como norte no son procesos sencillos. Implican poner a jugar y a dialogar marcos conceptuales, estrategias metodológicas, alcances de las intervenciones, incumbencias específicas e instancias de encuentro donde se puedan llegar a establecer nuevas modalidades de abordaje. Al comienzo prevaleció un momento donde se hacía necesario el mutuo conocimiento, con una modalidad de trabajo más bien compartimentado. La necesidad, en las situaciones que así lo ameritaban, de lograr otra que sea conjunta, ha posibilitado ampliar progresivamente los espacios de intercambio y de definición compartida de acciones en cada una de aquellas. El equipo considera que el proceso está comenzando, con diversidad en las modalidades de trabajo de los equipos y que, por ello, requiere continuar afianzándose con la apertura y el aporte de todos.

En este recorrido transitado se han podido reconocer obstáculos y facilitadores para la construcción de la interdisciplina en el ámbito de la guardia. Se podrían mencionar algunos de ellos en este breve desarrollo:

Se visualiza una cierta falta de claridad por parte de otras disciplinas en relación a la especificidad profesional del trabajo social en general, y del trabajo social en la urgencia, en mayor medida al tratarse de un nuevo espacio de intervención. En distintos ámbitos, entre ellos los hospitales, prevalece una representación del servicio social o de sus profesionales como "gestores de recursos", desconociéndose, muchas veces, tanto el recorrido académico de la profesión, como sus incumbencias específicas. Esta visión anacrónica del trabajo social dificulta la posibilidad de incorporar a esta profesión en otras intervenciones diferentes a la mera gestión.

Sumado a lo anterior también las trabajadoras sociales del Área de Urgencias han tenido que ir delimitando el campo de actuación y un contexto institucional nuevo, proceso que ha sumado interrogantes pero que resultó ineludible a fin de poder aportar a la interdisciplina desde la propia incumbencia profesional.

La vigencia en los efectores de salud del llamado modelo médico hegemónico,¹ como perspectiva de atención recortada y centrada en los aspectos biológicos de las problemáticas de salud, dificulta la construcción de una perspectiva más integrada de abordaje. Si bien la incorporación de una visión de la salud más amplia, que considere simultáneamente otras dimensiones como las psico-sociales, las culturales o jurídicas de las problemáticas es una tendencia con progresivos avances, aún tiene preponderancia, en algunos niveles de atención de la salud, un modelo segmentado de atención. Ello genera, muchas veces, la demarcación de las problemáticas que no hacen a la patología fisiológica como "lo social" a modo de compartimentación de la realidad que presentan los/las consultantes. En ocasiones, la intervención de los equipos de salud parece acercarse más a la multidisciplinaria, es decir, a la sumatoria de evaluaciones e indicaciones que se acoplan pero no se integran.

Se podría mencionar también la falta de espacios institucionales formales continuos desde los cuales poder construir la interdisciplina intencionadamente, es decir, como un proceso que implique anticiparse a la intervención o revisarla a partir de propósitos específicos en ese sentido. Dicha construcción igualmente va teniendo lugar, aunque en forma espontánea, sin objetivación de sus avances y alcances.

Por otro lado, en este proceso que se está transitando, también se han podido visualizar los beneficios que conlleva el construir la interdisciplina en los equipos del área de urgencias:

- Contar con el aporte específico de cada una de las disciplinas para alcanzar una mirada más integral y abarcativa de la problemática a atender.
- Considerar como facilitador para la tarea la posibilidad de incluir al Trabajo Social, desde la primera instancia o aproximación a las situaciones problemáticas que se presentan, modalidad que no siempre tiene lugar en el contexto de la urgencia.

Ello permitiría realizar una evaluación (desde el propio marco disciplinar) aportando a una comprensión más abarcativa de su situación. Algunos aspectos posibles a relevar y a evaluar desde el Trabajo Social pueden ser: el contexto familiar y socio-económico, los modos de organización del núcleo doméstico, de cuidado y de atención del niño, niña o adolescente o su carencia, existencia de recursos para la accesibilidad cultural y geográfica al sistema de atención de la salud y a otros beneficios sociales, el posicionamiento de aquel frente a su situación, la historia familiar en relación a la misma, la red vincular/institucional que pudiera convocarse, presencia de indicadores de vulnerabilidad/afectación en relación a problemáticas de abuso sexual y de maltrato infanto-juvenil, existencia de factores protectores, actuaciones previas de los familiares/cuidadores, entre otros aspectos que pudieran aportar a la visualización de los componentes que presenta la dimensión social de la situación a abordar.

- Evitar la superposición de entrevistas e intervenciones.
- Diseñar estrategias de abordaje que contemplen los requerimientos evaluados conjuntamente.
- Enriquecer la formación profesional de los miembros de los equipos mediante el diálogo de saberes.
- Construir el abordaje interdisciplinario para las distintas situaciones que puedan presentarse ya que el mismo constituye un derecho de las niñas, niños y adolescentes que concurren a los efectores de salud.

El equipo comparte la afirmación de Castorina² en relación a que los procesos de información mutua y de su acumulación no involucran todavía una interdisciplinariedad estricta entre los saberes convocados ante una situación problemática. El diálogo está abriendo el camino para entrar en contacto, conocerse e ir pautando nuevos modos de intervención inclusivos del trabajo social.

Tomando como referencia la definición de Elichiry,³ se asume a la interdisciplina como un movimiento que va de la ciencia poseedora de un objeto y de un método a los campos conceptuales articulados en prácticas sociales alrededor de situaciones problemáticas, lo cual no implica fusión y desdibujamiento de

identidades y de saberes disciplinares específicos. Esta integración no ocurre solamente a nivel de las disciplinas sino también a través de los miembros del equipo en vínculos de intercambio, de cooperación y de circularidad progresiva.

En el terreno de las prácticas sanitarias, tanto pensando en acciones de prevención como de asistencia, se requiere de un abordaje interdisciplinario si se parte de una concepción integral de la salud que contemple las múltiples dimensiones involucradas en cada situación problema.

En el trabajo interdisciplinario los espacios conjuntos de trabajo resultan indispensables a fin de acordar acerca de las incumbencias y de las tareas de cada profesión, de los marcos referenciales teóricos, de los objetivos, de las estrategias y pautas metodológicas y así mismo para poder trabajar también sobre las dificultades e imprevistos que puedan apare-

cer. Con todo ello es esperable que el trabajo en equipo resulte una herramienta valiosa en el afrontamiento de problemáticas cada vez más complejas.

Concebir la interdisciplina, entonces, como un proceso constante de construcción y, por lo tanto, siempre inacabado pero que puede aportar mucho para lograr prácticas de salud cada vez más integrales y de mayor alcance.

BIBLIOGRAFÍA

1. Menéndez EL. Modelo médico hegemónico y atención primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. 1988.
2. Castorina J. (Sin datos de fecha). El aprendizaje en la perspectiva interdisciplinaria. En: Temas de Psicopedagogía N° 4. Buenos Aires: EPPEC.
3. Elichiry N. El niño y la escuela. Buenos Aires: Nueva Visión, 1987.