

margen N° 67 - diciembre 2012

Sentir, pensar, hacer. Aprendizajes en el proceso de formación

Por Carina Palacio

Carina Palacio. Trabajadora Social. Residente Hospital Dr. Cosme Argerich

Introducción

El presente es producto de mi trabajo integrador del tercer año de la Residencia de Servicio Social en el Hospital “Dr. Cosme Argerich”.

El mismo intentará dar cuenta de las reflexiones producidas a partir del análisis de los aprendizajes adquiridos en el marco de mi capacitación en servicio en el período julio 2009- mayo 2012.

El objetivo es *analizar y reflexionar sobre los modelos de actuación del Trabajo Social en los diferentes niveles de atención de salud aprendidos durante la Residencia.*

Asimismo, se especificarán y desarrollarán aquellos aprendizajes significativos que fueron adquiridos en cada nivel de atención de salud por los que he rotado durante estos tres años y que forman parte de mi perfil profesional.

Para ello el trabajo se organizará en cinco apartados. En el primero, “En algunas precisiones” se desarrollarán teóricamente los principales conceptos que atravesarán el análisis: actuación profesional, modelo de actuación, nivel de atención en salud y aprendizaje.

En el segundo apartado “Iniciando el Proceso” se realizará el análisis y reflexión, en base a los modelos de actuación y principales aprendizajes construidos, ejes del trabajo, en el marco de la rotación del primer año de la Residencia en la Unidad de Internación de Pediatría del Hospital “Dr. Cosme Argerich”.

En el tercero “Rupturas y Transformaciones” se sistematizará el análisis en torno a la rotación del segundo año en el Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) N° 9¹.

En el cuarto apartado “Abriendo Caminos” se pretenderá dar cuenta de la experiencia en el Hospital “Dr. Eduardo Wilde” en los Grupos Institucionales de Alcoholismo y en el Departamento de Urgencias del Hospital “Dr. Cosme Argerich”.

En el último apartado, “A Modo de Apertura”, se sintetizarán las reflexiones finales en donde se plasmarán los aportes de la Residencia en mi formación profesional y en mi crecimiento personal.

Fundamentación

Realizando una revisión del camino recorrido por la Residencia me pregunto: ¿Por qué llama mi atención conocer sobre los modelos de actuación profesional?

1 Dependiente del Área Programática del Hospital Argerich. Ubicado en el barrio de Boca. La sistematización de mi experiencia durante el primer año se plasma en el trabajo: “El modelo de intervención en crisis en Trabajo Social en la unidad de Pediatría ¿Crisis para quién? Y durante el segundo año la inquietud sobre la actuación profesional se concreta en el trabajo “Las intervenciones del Trabajo Social en la Promoción de la Salud”.

Esta es una inquietud que se plasma desde el ingreso al sistema de salud y por ello las sistematizaciones de mis rotaciones giran en torno a este campo.

Asimismo, la visualización de problemáticas sociales complejas, como las diversas actuaciones de los referentes de Trabajo Social como de otras disciplinas, la rotación por diferentes niveles de atención en salud, la heterogeneidad en las modalidades de trabajo de los equipos de salud y las experiencias previas como profesional hacen interpelar mis prácticas, habilidades y procesos en torno a mi actuación como Trabajadora Social.

Esto es posible en un sistema de capacitación de posgrado como la Residencia que se constituye en una instancia de formación en salud privilegiada, considerando que la misma se realiza en constante supervisión por los diversos formadores (Jefa de Servicio Social, Jefa de Residentes, Referentes, compañeros de la Residencia), situación poco común en otros ámbitos laborales.

En este marco se promueve el aprendizaje continuo con un otro, el formador, portador de un conocimiento. El encuentro con el conocimiento implica casi siempre un nivel de crisis subjetiva en donde entran en juego aspectos nuevos, no conocidos, impactando en la organización previa.

Por ello el título de mi trabajo “Sentir, pensar, hacer. Aprendizajes en el proceso de formación”, porque durante mi proceso en la Residencia se fueron deconstruyendo, construyendo y reconstruyendo representaciones, sentimientos, percepciones, marcos teóricos y modos de actuación que forman parte de mi esquema conceptual referencial y operativo.²

Algunas Precisiones...

Antes de iniciar el análisis considero pertinente clarificar algunas conceptualizaciones que formarán parte de este trabajo. Entre ellas puede destacarse: la actuación profesional, los modelos de actuación, métodos de actuación, los niveles de atención en salud y el concepto de aprendizaje considerando que se constituyen en ejes del trabajo.

Creo oportuno tomar la construcción teórica realizada por Veléz Restrepo, quien considera a la **actuación profesional** como: “*el conjunto de actos, prácticas y procesos condicionados por interacciones y mediaciones sociales (internas y externas) que estructuran la especificidad del Trabajo Social, y cuya elección no es ajena a las nociones, visiones o posturas que sobre la realidad, la profesión y la acción social se tengan. La actuación profesional tiene un marco intencional estructural y contextual que la hacen posible*”. (VELÉZ RESTREPO: 2003,54). El hablar de actuación refiere a un proceso dialéctico entre el sentir, pensar y hacer, entre la teoría y la práctica, un intercambio con los sujetos con los que trabajo. En cambio, el concepto de intervención se encuentra ligado a una concepción positivista de la metodología del Trabajo Social y a una visión cosificadora del sujeto.

Desde esta postura es conveniente repensar el vínculo que tienen estas actuaciones profesionales con **los modelos de actuación**. Los mismos son “*instrumentos necesarios para la investigación, ponen de relieve ciertos problemas, sugieren los datos necesarios y el modo en que deben ser recogidos proporcionando la orientación acerca de los métodos con los cuales los datos deben ser analizados*”. (DAL PARA PONTICELLI: 2000, 18). Desde el campo profesional, los modelos hacen referencia a procedimientos standarizados, inspirados en determinadas escuelas o corrientes de pensamiento que orientan formas de actuación y definen principios y técnicas. (VELÉZ RESTREPO: 2003).

La implementación de un modelo no se produce de modo espontáneo, sino que está relacionado con: el tipo de problema que se aborda, el contexto institucional y social, los marcos referenciales, los valores éticos profesionales, el rol asignado y asumido por el Trabajador Social, entre otros.

² Este concepto se desarrollará en el siguiente apartado.

Con el fin de evitar confusiones creo que es necesario aclarar que modelo y **método de actuación** no son sinónimos. Es decir que las acciones de estudio, diagnóstico, planificación, ejecución, evaluación y sistematización son momentos presentes en los métodos de actuación profesional, entendiendo a estos como un recurso analítico y operativo que fundamentan racionalmente la práctica profesional. (VELEZ RESTREPO: 2003).

Teniendo en cuenta que para abordar la reflexión se toman las experiencias de rotación de los tres niveles de atención en salud es que a continuación se explican los mismo.

Siguiendo a la Ley Básica de Salud N° 153, el sistema de salud se organiza de acuerdo a la capacidad de resolución:

☺ Primer nivel: destinado a cumplir, principalmente, las funciones de prevención y promoción de la salud. Así como el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de padecimientos pocos complejos, en especialidades básicas y modalidades ambulatorias.

☺ Segundo nivel: sus acciones están dirigidas a la atención ambulatoria especializada y aquellas que requieran internación, derivadas desde el primer nivel de atención.

☺ Tercer nivel: comprende todas las acciones y servicios que por su alta complejidad médica y tecnológica son el último nivel de referencia en el sistema.

Considerando esta organización puedo dar cuenta de las rotaciones de la siguiente manera:

☺ El primer año, la rotación se realiza en el hospital de base “Dr. Cosme Argerich” en el Servicio de Internación de Pediatría y consultorios externos, perteneciente al tercer nivel de atención.

☺ El segundo año se efectúa en el CeSAC N° 9 ubicado en el primer nivel de atención. La inserción se produce en los equipos de salud del Centro de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico (CEPAD), Programa de Atención a la Mujer Embarazada (AME) y equipo extramural.

☺ En el tercer año, la rotación electiva externa es en el Hospital “Dr. Eduardo Wilde”, perteneciente al segundo nivel de atención, en el Programa Municipal GIA (Grupos Institucionales de Alcoholismo). A partir de enero de 2012, al regresar al hospital “Dr. Cosme Argerich”, la inserción se produce en el Departamento de Urgencias.

De esta manera, las rotaciones por la Residencia se dan en los tres niveles de atención en salud construyéndose valiosos aprendizajes. He aquí un concepto transversal que se presenta de manera implícita y explícita a lo largo de este trabajo por lo que creo adecuado desarrollar.

El **Aprendizaje** para Pichon Riviére está ligado a la noción de vínculo, ya que el proceso de aprender implica una relación con otro. Aprender es contemplar de manera dialéctica el sentir, el pensar y el hacer como un todo articulado que opera simultáneamente. El sujeto en el proceso de aprender se desestructura frente al nuevo conocimiento y debe volver a estructurarse en un proceso que lo interpela y lo transforma. Es el movimiento dialéctico entre el mundo interno y el mundo externo que posibilitará la ratificación y rectificación del Esquema Conceptual Referencial y Operativo (ECRO). (PICHON RIVIÉRE: 2011).

El ECRO es un modelo conformado por esquemas internalizados que permite la organización e interpretación de aquellos procesos elaborados en su interacción con la realidad. De esta manera, el ECRO es una guía para la práctica, resultado de la interacción con otros (nivel intersubjetivo), con las organizaciones en que se inscribe (nivel organizacional) y la comunidad de la que forma parte (nivel comunitario).

Por lo tanto, el Esquema refiere a un cúmulo de ideas que abarcan una parte de la realidad en permanente interacción y confrontación con el contexto. Ese esquema es Conceptual ya que conforman todos aquellos conceptos provenientes de la cotidianidad o no y resultan del interjuego entre distintos niveles (subjetivo, intersubjetivo, organizacional y comunitario) que delimitan diferentes ámbitos de representación con sus respectivos atravesamientos (género, edad, etc). El esquema conceptual es Referencial ya que estos conceptos serán un punto de partida para la comprensión de la realidad y el sujeto recurrirá a ellos cada vez que se vea interpelado por un nuevo objeto o bien para actuar en esa realidad. Es Operativo ya que constituye la acción sobre eso que se quiere conocer, y supone la posibilidad de producir transformación y acción sobre el campo de la realidad. (PICHON RIVIÉRE: 2011).

Ya que he expuesto teóricamente los ejes que darán sustento a mi reflexión, a continuación se presenta el análisis, propiamente dicho, de los aprendizajes adquiridos en el proceso de la Residencia.

Iniciando el Proceso...

1º Año: Pediatría- Hospital "Dr. Cosme Argerich"

La elección del primer año de rotación se basó, fundamentalmente, en la posibilidad de estar acompañada por una referente³ de vasta experiencia en un área novedosa para mí. Si bien me desempeñé como Trabajadora Social, ésta se constituyó en la primera posibilidad de contar con una referente que me acompañe en el proceso de actuación profesional.

En el transcurso de la rotación surgieron preguntas en torno a la modalidad de actuación del Trabajador Social considerando el impacto de las internaciones en los niños y adolescentes así como en sus cuidadores, en caso de que los hubiese.

Además, observé la prevalencia de situaciones sociales complejas (intentos de suicidios, adicciones, maltrato infantil, padecimientos en salud mental, situación de calle, etc) en un Hospital General de Agudos⁴, lo cual impactó en el equipo multidisciplinario de salud ya que el Servicio fue preparado para realizar intervenciones en situaciones agudas y tiempos limitados. Pero al mismo tiempo, repercutió en mi persona tendiendo en cuenta mi reciente inserción en el ámbito sanitario. Tomando en cuenta, la supremacía del modelo médico hegemónico⁵, la construcción de estrategias de actuación se tornó un desafío si es que se considera: la contención del niño y su grupo, el trabajo en equipo, la articulación intra e interinstitucional así como la intersectorial.

Considerando estos aspectos me acerqué al **modelo de actuación en crisis**. El mismo me proporcionó herramientas teóricas y operativo metodológicas acordes a la realidad institucional y social que visualicé en la sala de internación de Pediatría.

La actuación en crisis es un proceso que se propone apoyar a un sujeto y su familia a atravesar un hecho estresante, de modo que haya menos consecuencias pocas saludables o desorganizantes (ZAMANILLO PERAL: 1993).

³ Licenciada Marta Guldris.

⁴ Se lo denomina General ya que cuenta con las cuatro clínicas básicas: clínica médica, cirugía, tocoginecología y pediatría. Y Agudos ya que se efectúan diagnósticos y tratamientos de patologías de curso agudo (son enfermedades de comienzo reciente y requieren tratamiento limitado en el tiempo).

⁵ Las principales características estructurales del Modelo Médico Hegemónico son su biologismo, individualismo, ahistoricidad, a-sociabilidad, mercantilismo y eficacia pragmática. Es importante subrayar que el biologismo articula el conjunto de los rasgos señalados y posibilita la exclusión de las condiciones sociales y económicas en la explicación de la causalidad y desarrollo de las enfermedades. El biologismo es el que posibilita proponer una historia natural de la enfermedad en la cual la historia social de los padecimientos queda excluida o convertida en variables bioecológicas.

El propósito de la actuación es apoyar al niño y su familia para que pueda sobrellevar la situación en crisis, permitiendo que se expresen en un ambiente cordial y cálido, así como acercarlos apropiadamente a los recursos de apoyo (acceso a tratamiento terapéutico, asistencia legal, enlace con servicios sociales zonales, etc) para que puedan llevar adelante decisiones concretas. (UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA: 2000).

Desde este modelo, el objetivo de mi actuación fue acompañar a los niños y sus familias. En este proceso intenté promover potencialidades y habilidades de los sujetos, trabajando junto a ellos para que puedan incorporar conocimientos y experiencias que intenten modificar sus acciones y conductas.

El proceso de actuación en crisis reconoce dos fases, que tomaron características particulares en la Unidad de Pediatría. En la fase mediata, el principal objetivo fue de contención y escucha, a la vez que se analizaron las dimensiones del problema a fin de abordar a una aproximación diagnóstica. (CRE: 1997). En la fase mediata realicé la evaluación de las necesidades más inmediatas y de las redes de apoyo, poniendo en marcha los recursos adecuados para la resolución de la crisis.

La resolución de una crisis dependió de diversos factores: recursos personales y sociales, las redes de apoyo, tiempo, autonomía del sujeto, entre otros. Lo seguro es que la mayoría de las veces, los sujetos no pudieron resolver la crisis al momento del egreso hospitalario, sino que sólo pudieron construir algunas herramientas para encauzar la situación.

El predominio del modelo de actuación en crisis en un tercer nivel de atención se relacionó al hecho de que el campo del Trabajo Social se singulariza, obteniendo un alto nivel de especificidad. (CESILINI: 2007). Teniendo en cuenta la complejidad del tercer nivel de atención, así como la lógica institucional y el fuerte arraigo al modelo médico hegemónico imperó una actuación individual o familiar, dificultándose la salida hacia la comunidad.

Si bien predominó un tipo de actuación asistencial, también es posible encontrar las grietas para desarrollar una actuación promocional, preventiva y educativa, aunque se logra en el nivel individual.

En este modelo pude aprender sobre el **enfoque ecológico** y las habilidades para comunicarme con niños, niñas y adolescentes. Dicho enfoque busca conocer los vínculos de los sujetos, en este caso niños con otros sujetos y las relaciones con su entorno más inmediato, así como las consecuencias que se establecen en ellas (FANDIÑO, 1994).

Desde mi experiencia este enfoque me permitió contextualizar las situaciones en crisis vividas por los niños y sus familias, así como ubicar y conocer los recursos personales y sociales con los que cuentan y los sistemas que los atraviesan. Asimismo, me permitió enmarcar estrategias de actuación profesional, ya que puedo considerar simultáneamente los sistemas en los que se desarrolla un sujeto para evitar su fragmentación.

Estos sistemas son: el microsistema, conformado por las personas del entorno inmediato del sujeto; el mesosistema, que conecta a los microsistemas, por lo que sucede en uno influye en el otro (la escuela, la iglesia, medios de comunicación ámbitos laborales, instituciones recreativas, hospitales, organismos judiciales y de seguridad). El exosistema, designa las situaciones sociales que tal vez no se experimentan personalmente, pero que no por ello dejan de influir en el desarrollo y el macrosistema hace referencia al contexto más general, incluyendo a las subculturas y las culturas donde coexisten los otros sistemas (OBLITAS: 2006).

Este instrumento me brindó una perspectiva relacional y contextual, entendiendo que las crisis pueden tener múltiples causas y por lo tanto las actuaciones profesionales pueden pensarse desde y en los diversos sistemas.

Otro de los aprendizajes construidos se refiere a las **habilidades comunicacionales** con niños, niñas y adolescentes. Estas pueden ser entendidas como: *“las competencias para negociar, intercambiar e interpretar significados con un modo de actuación adecuado, teniendo en cuenta no sólo su significado explícito o literal, lo que se dice, sino también las implicaciones, el sentido implícito o intencional, lo que el emisor quiere decir o lo que el destinatario quiere entender”*. (CRE: 1997).

La posibilidad de trabajar con una referente con amplia experiencia en el área de Pediatría me permitió adquirir y utilizar oportunamente habilidades, capacidades y recursos de comunicación con estos sujetos propiciando un clima cálido para la realización de entrevistas.

A lo largo de las entrevistas tuve en cuenta los recursos verbales y no verbales como: el contacto ocular, para demostrar interés en el discurso; la postura; la orientación, sentándome junto al niño sin escritorio de por medio; el volumen y tono de voz, gestos y lenguaje corporal. Asimismo, dediqué el tiempo necesario en las entrevistas en pos de construir un vínculo de confianza, realicé preguntas abiertas e incentivé al niño para que cuente su propia historia sin presionarlo.

Asimismo, es necesario desarrollar una serie de capacidades que pueden contribuir a establecer una relación con los niños y adolescentes. Entre ellas se destaca: el sentirse a gusto con los niños, por ejemplo sentarse en el suelo, jugando con ellos; tolerar y resignificar las muestras de tristeza, desinterés o aburrimiento; usar el lenguaje apropiado para la edad, etapa evolutiva y experiencia cultural. Así como, la posibilidad de reconocer que los niños pueden tener una percepción distinta de los adultos, por lo que pueden enfatizar hechos que para ellos son importantes. (CRE: 1997).

Igualmente, fue imprescindible el respeto en la relación con los niños, así como el despliegue de la empatía y la escucha activa para que ellos puedan apropiarse del espacio de encuentro y poner de manifiesto sus inquietudes, necesidades y deseos.

Siguiendo con la reflexión de los aprendizajes adquiridos, a continuación se presentará la experiencia vivenciada en el CeSAC N° 9.

Rupturas y Transformaciones.

CeSAC N°9

Durante el segundo año, el Programa de la Residencia prevee la rotación por el primer nivel de atención, en este caso se realizó en el CeSAC N°9 del Barrio de la Boca.

Desde la Ley N°153, se asigna al primer nivel de atención como puerta de entrada del sistema de salud y área de seguimiento de los sujetos que se atienden en el centro de salud. Para ello se hace necesario la formación de equipos interdisciplinarios y el trabajo intersectorial en acciones de promoción y prevención incentivando la participación comunitaria.

En este sentido, se prioriza el uso de la estrategia de atención primaria de la salud (APS), que como filosofía de trabajo se constituye en un derecho a la salud, el cual supone un abordaje integral del sujeto. Y como estrategia, propiamente dicha, la APS genera las vías de accesibilidad para que las personas no sólo puedan atender su enfermedad, sino que puedan acceder a la promoción, prevención y cuidado de su salud. (PALACIO, 2010).

Dicha estrategia representó un hito en mi formación profesional porque al presentarse el centro de salud como el primer contacto individual y comunitario se puede generar un intercambio con los sujetos, cara a cara pudiendo trabajar desde los aspectos saludables y no sólo desde la enfermedad.

En este contexto, las referentes de Trabajo Social⁶, como integrantes activas de los equipos interdisciplinarios, constituyen sus modos particulares de actuación priorizando las actividades grupales para la comunidad y las salidas extramurales. En concordancia con los postulados de la APS que promueve el acercamiento de los efectores de salud a la comunidad, integrando las actividades de salud en el trabajo o la escuela de la comunidad. (KROEGER: 1992).

La actuación en Trabajo Social no sólo comprendió lo asistencial, sino que posibilitó acciones promocionales preventivas articulando los saberes técnicos con los populares con el fin de mejorar las condiciones de salud.

Es en este marco y a partir de la inserción en los equipos de CePAD, AME, equipo extramural San Pedro y la demanda espontánea⁷ es que pude observar que las actuaciones profesionales se construyen desde la estrategia de APS.

De acuerdo a la bibliografía indagada esta manera de actuación puede enmarcarse dentro del **modelo de actuación contemporáneo**. El mismo se preocupa por las relaciones que establecen los sujetos con su entorno desde una perspectiva integral, holística y global. Tomando en cuenta teorías filosóficas y sociológicas como las del Interaccionismo Simbólico, la Fenomenología, la Teoría de la Acción comunicativa, el construccionismo y la Hermenéutica se interesa en la subjetividad como constitutiva de lo social, en los procesos de comunicación e interacción en la cotidianidad de los sujetos. (VELÉZ RESTREPO, 2003). Al ser un modelo dinámico, flexible y abierto se encuentra en permanente deconstrucción y construcción, agrega la autora.

La aplicación de este modelo establece un equilibrio entre la dimensión individual y colectiva y dentro de su caja de herramientas técnico operativas utiliza la observación, el **taller**, la entrevista y las visitas domiciliarias entre otros.

Un aprendizaje significativo en la rotación por el centro de salud fue la modalidad de taller. La misma fue implementada en el espacio AME donde se trabajó con las mujeres y sus acompañantes sobre la preparación para la maternidad y paternidad, desde el momento del embarazo.

En el equipo de CePAD el aporte se dirigió al desarrollo de actividades promocionales preventivas por lo que se propone el desarrollo de talleres con los adolescentes de la Casa del Niño y el Adolescente del Barrio de la Boca.

El taller con adolescentes, así como con las mujeres, tuvo como objetivo contribuir a la promoción de la salud. En este sentido, este espacio fue construido como *“tiempo- espacio para la vivencia, la reflexión y la conceptualización, como síntesis del pensar, sentir y hacer. Como el lugar para la participación y el aprendizaje”* (GONZALEZ CUBERES: 1987, 10) junto a los sujetos de nuestra actuación.

Cabe destacar, que la planificación, ejecución, evaluación y sistematización de los talleres no pudo realizarse en la soledad sino que requirió del trabajo interdisciplinario el cual incluye el trabajo en equipo y la cooperación recurrente. Asimismo, el trabajo intersectorial promovió el

⁶ Lic. Adriana Armanini, Lic. Viviana Visintin, Lic. Marina Dalmau.

⁷ En el Programa de Atención a la Mujer Embarazada (AME) pude insertarme en tres espacios: en la atención individual de las mujeres, en el taller de preparación integral a la maternidad y en las visitas extramurales. En el CePAD participé del asesoramiento pre y post test y junto con la Residencia de Educación para la Salud y concurrentes de Psicología reiniciamos los talleres en sala de espera y talleres en la comunidad. En el equipo San Pedro realizaba las visitas en domicilio junto al equipo a modo de seguimiento y acompañamiento en el proceso de salud enfermedad atención. Otro espacio de inserción fue el de la demanda espontánea donde se trabajó sobre problemáticas sociales complejas. Estos espacios tuvieron en común el trabajo de los equipos interdisciplinarios respectivos.

Esta institución depende de la Dirección General de Niñez y Adolescencia del Ministerio de Desarrollo Social y ofrece una propuesta educativa integral en contraturno a niños, niñas y adolescentes a través de actividades lúdicas, seguimiento escolar, talleres de expresión corporal y fortalecimiento familiar, entre otros. Estas acciones son: establecer una política pública saludable, crear entornos que apoyen la salud, fortalecer la acción comunitaria para la salud, desarrollar habilidades personales y reorientar los servicios sanitarios. El Hospital “Dr. Eduardo Wilde” se encuentra en el partido de Avellaneda y depende financiera y administrativamente del Municipio de Avellaneda, por lo que no forma parte de la red provincial de salud.

acercamiento a instituciones de otros sectores, así como a las organizaciones barriales lo que posibilita construir actuaciones conjuntamente acordes a las necesidades y posibilidades de los sujetos.

Otra modalidad de actuación aprendida fue la del **taller en sala de espera**, entendida como un dispositivo orientado a realizar promoción de la salud a partir de un espacio de comunicación grupal no tradicional (BERNER, 2009). La idea en este espacio fue optimizar el tiempo de espera de los sujetos que se atendían en el centro de salud y aprovechar esa oportunidad para poder propiciar en ellos cuestiones que pueden aclarar en la consulta individual. En este caso los talleres en sala de espera desarrollados estuvieron vinculados a la promoción del VIH e infecciones de transmisión sexual y los servicios del centro de salud, sobre todo el área de asesoramiento de pre y post test de VIH, así como el Programa de Salud Sexual y Reproductiva.

Esta fue la primera vez que pude llevar adelante este tipo de modalidad de actuación junto a un equipo interdisciplinario, lo cual es se convirtió en un insumo para mi formación profesional.

Otro instrumento relevante en la estrategia de atención primaria fue la **visita domiciliaria** que se constituyó el encuentro cara a cara con la el barrio y es una estrategia de intervención del CeSAC N° 9, que se plasma en el Programa de Áreas de Trabajo Extramural.

El encuentro en el domicilio con los sujetos tenía objetivos asistenciales y promocionales respetando los tiempos de la comunidad respecto a su proceso de salud enfermedad atención y a la posibilidad de construir diversas formas de cuidado de la salud de los sujetos.

La visita domiciliaria permitió acercarse al hogar del sujeto o familia con el objeto de conocer la realidad socio-económica, ambiental y cultural para poder complementar el diagnóstico profesional, así como estimular la participación activa de la familia. Es entendida como: *“una técnica compuesta de tipo investigativo o de actuación, constituida principalmente de técnicas complementarias de observación y entrevista, que permite el acercamiento e interacción del profesional con el contexto interno (integrantes de la familia) y externo (grupos y comunidad) de la realidad familiar”*. (GONZALEZ: 2003)

Dentro de la estrategia de APS el taller y la visita domiciliaria se presentaron como modalidades que nuclean: la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la educación para la salud, la interdisciplina, la intersectorialidad y la participación social, contribuyendo al desarrollo de las acciones prioritarias de la estrategia de APS.

El Trabajador Social encuentra dentro del primer nivel de atención el espacio propicio para desarrollar sus postulados ya que al aportar información y educación para la salud a nivel individual y colectivo, potencia habilidades de los sujetos para que puedan tomar sus propias decisiones sobre su cuidado.

El Trabajador Social en las prácticas de promoción aportó información, elementos para el análisis, promuevió el desarrollo de competencias comunicativas y valores de grupo, así como la capacidad de indagar, evaluar, sistematizar y circular la información. Asimismo, tuvo un papel protagónico en la coordinación, planificación, ejecución y evaluación de talleres y otras actividades, fomentó espacios de supervisión y capacitación, propulsó la participación de los sujetos, a la vez que promuevió el trabajo interdisciplinario e intersectorial. O al menos, es lo que pude observar y aprehender a lo largo de mi inserción en el centro de salud.

En el siguiente apartado se continuará con el análisis de los aprendizajes construidos en el segundo nivel de atención en el Hospital “Dr. Eduardo Wilde” y en el tercer nivel de atención en el Hospital “Dr. Cosme Argerich”.

Abriendo Caminos...

3° AÑO: Grupos Institucionales de Alcoholismo. Departamento de Urgencias

El programa de la Residencia tiene previsto para el profesional en formación la rotación externa por una institución de acuerdo a su preferencia tomando en cuenta las pautas del programa y los requerimientos de acreditación.

El programa elegido para la rotación fue el de los Grupos Institucionales de Alcoholismo (GIA), el cual se desarrolla en el Hospital Municipal “Dr. Eduardo Wilde” en el segundo nivel de atención en salud. El programa depende de la Dirección del hospital y forma parte del equipo de salud mental.

Los GIA son un sistema de atención, prevención y rehabilitación en alcoholismo, el cual es ambulatorio, intersectorial e interdisciplinario y desarrolla un enfoque terapéutico que es grupal. (LAYSECA: 2003). El objetivo del GIA es que los sujetos puedan deconstruir, reconstruir y construir su identidad a partir de la elaboración de proyectos de vida sin alcohol, trabajando sobre las situaciones conflictivas junto a su grupo familiar o referentes significativos, aprendiendo nuevas formas de vincularse y comunicarse.

Entendiendo, al alcoholismo como un proceso de salud enfermedad atención cuidado. *“Para nosotros lo social determina lo biológico y a lo psicológico, y estos dos aspectos no pueden entenderse sino como productos históricos sociales concretos”* (PELLEGRINI, DI GIACOMO: 1989, 68). En este caso, lo social de la enfermedad se ve plasmado en las inducciones sociales en torno al consumo excesivo de alcohol.

Considerando lo expuesto por el equipo interdisciplinario del GIA⁸, así como lo vivenciado en la rotación, el mismo tiene su propio esquema conceptual referencial operativo (ECRO) relacionado al Psicoanálisis con orientación en los vínculos basada en una modalidad terapéutica de abordaje grupal. Esto generó un gran impacto en mi formación por lo novedoso y diferente de este marco, considerando las experiencias anteriores.

Otro aspecto que marcó la inserción fue la participación en los grupos de admisión y terapéuticos, ya que el relato de cada integrante resultó familiar teniendo en cuenta que lo que nuclea al grupo, no es solamente el alcohol sino el trabajo con los vínculos familiares y la construcción de las funciones de cada sujeto en sus grupos familiares y sociales.

En este contexto, el rol del Trabajador Social fue fundamental. Se presentó como coordinador general desarrollando funciones de gestión, a través de una visión estratégica. Además, organizó los espacios de supervisión del equipo facilitando la circulación de la palabra y la reflexión acerca de las actuaciones en crisis, pases de sala, grupos de admisión y terapéuticos, así como en las actividades de promoción. Otra, función importante fue la de formador de profesionales en una temática ocultada, negada, como lo es la del alcoholismo, integrando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.⁹ Otra de las funciones a destacar fue la de coordinador en los grupos terapéuticos, donde la Trabajadora Social fue protagonista ya que sus intervenciones indagaron y problematizaron la modalidad de vinculación de los integrantes de la familia y sus conflictos, así como los emergentes traídos al grupo.

⁸ El equipo interdisciplinario está conformado por: la agente de salud, Psicóloga Social, dos Psicólogos y Trabajadora Social/ Psicóloga Social que está a cargo de la coordinación general del GIA.

⁹ Es decir, entendiendo y aprendiendo sobre los aspectos físicos del alcoholismo (dolores musculares, cefalea, deshidratación, hipoglucemia, etc.), aspectos de la salud mental (alucinaciones, psicosis, delirios, entre otros) y los factores sociales (aislamiento, soledad, fragmentación de vínculos).

Tomando en cuenta lo expuesto es que considero pertinente vincular este modelo de atención al **Modelo Sistémico General o Social** de actuación del Trabajo Social. Este modelo “*apela a la trilogía interdisciplinariedad, interinstitucionalidad e intersectorialidad estableciendo un marco de interacción global, integrador y polifuncional entre las Ciencias Sociales*” (VELÉZ RESTREPO: 2003, 80). Es decir que reconoce la necesidad de complementar los conocimientos de las disciplinas para abordar los fenómenos interrelacionadamente.

El abordaje de los problemas desde este modelo supone: una mirada holística de la realidad, la articulación entre la teoría y la práctica, develar situaciones que permanecen ocultas y asumir la realidad como un proceso de construcción permanente. (VELÉZ RESTREPO: 2003), postulados que se plasman en el modelo GIA.

Uno de los aportes realizados por el Modelo Sistémico a la actuación profesional es el trabajo en redes como sistema de apoyo social. (CHADI: 2007). Estas redes sociales, no sólo permiten acceder y compartir recursos, sino que permiten construir vínculos que funcionan de sostén en momentos críticos. Tal es el caso del GIA, donde los sujetos no sólo acuden a los profesionales, sino a sus compañeros en aquellos momentos de crisis.

Más allá de que lo expuesto hasta el momento se constituye en sí un gran aprendizaje, identifico la construcción de dos aprendizajes significativos: la **modalidad terapéutica grupal** y la mirada estratégica.

Dentro de la modalidad GIA, los grupos se caracterizaron por ser heterogéneos y abiertos, es decir, que constantemente fueron ingresando pacientes al grupo y en este sentido fue terapéutico porque se resignificaron aprendizajes (PELLEGRINI, DI GIACOMO: 1989).

Además, la modalidad grupal se presentó como terapéutica porque integró a los involucrados en el proceso de alcoholización: sus familiares y otros miembros de la comunidad, así como al equipo de salud trabajando sobre los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales del alcoholismo (LAYSECA: 2003). El grupo fue el ámbito donde, por ejemplo, se fueron desnudando las inducciones sociales a beber generadas desde los medios de comunicación que ligan el consumo al placer y la belleza o desde los planes educativos que no enseñan nada sobre este problema, ni siquiera a los especializados (trabajadores de la salud). Es decir, que se pusieron en palabras los malestares, las preocupaciones, los aspectos ocultados de la enfermedad, generando alivio en los participantes a partir de la elaboración de estos aspectos.

La modalidad grupal también fue terapéutica al constituir a los sujetos en multiplicadores de salud (PELLEGRINI, DI GIACOMO: 1989). Es decir, que a partir de recuperar su salud pudieron ayudar a recuperar la salud de otros. Como se expresa en el GIA: “*Con tu recuperación me recupero. Ayudándome te ayudas*”. Y esto no sólo se dio al interior del grupo sino también al exterior al poder difundir el dispositivo de atención a otros sujetos en proceso de alcoholización o al participar activamente en actividades promocionales preventivas en la comunidad compartiendo sus saberes en torno a la enfermedad.

En este sentido, el grupo fue terapéutico ya que como diría Pichon Riviére: “*Solo no se puede con otros sí*”.

Otro aprendizaje significativo fue la adquisición de una **mirada estratégica** en relación a la planificación de estrategias de actuación ya sea en el ámbito individual, grupal o comunitario y en el nivel asistencial o promocional preventivo.

Esta mirada estratégica puede ser entendida como un proceso que involucra a una institución en la búsqueda de claridades respecto al que hacer y que estrategias adecuadas se pueden desarrollar en un entorno incierto y complejo. (FERNANDEZ: 1996).

Para poder analizar la viabilidad de las propuestas de trabajo del GIA en la comunidad fue necesario realizar una lectura situacional del contexto respecto de los intereses y expectativas de los

actores involucrados en la comunidad. Por ejemplo: cuando desde el GIA propusimos la realización de encuentros de capacitación con las instituciones barriales, no reparamos en la época pre electoral que se vivía. Al momento del encuentro con dichas organizaciones se presentaron sin previo aviso autoridades municipales para participar del encuentro, modificándose los objetivos de nuestra actuación.

A partir de ese entonces la mirada estratégica, así aprendida, se constituyó en uno de mis insumos de trabajo imprescindible, el cual requiere un ejercicio de reflexión y análisis constante.

Finalizada la rotación por el GIA y considerando el regreso al Hospital Argerich¹⁰, junto a la Jefa de Residentes y tomando el programa de la Residencia, se produce por primera vez la inserción sistematizada de las residentes de tercer año al Departamento de Urgencias de dicha institución.

La inserción en el espacio de la guardia me lleva a interpelarme sobre el modelo de actuación en el área considerando la existencia de un equipo interdisciplinario de salud mental (Psiquiatra, Psicólogo y Trabajador Social) en un Hospital General de Agudos de reciente incorporación en el departamento (año 2008).

Por un lado, escuchar sobre la actuación en guardia me hace preguntarme por qué se vincula al Trabajo Social con la emergencia. Dicha noción se presenta en el discurso sanitario, de hecho en el servicio de guardia es común escuchar frases como: “hay un chico golpeado! Urgente que Trabajo Social intervenga”:¹¹

“La emergencia es entendida como lo que sucede en forma imprevista, que al producirse, altera condiciones previas provocando daños significativos tanto en las personas como en los bienes y los servicios y que da lugar a una respuesta en consecuencia.” (CAZZANIGA: 2007, 146). Sin embargo, en la guardia se abordan situaciones (desalojos, abandonos de personas, imposibilidad de acceder a medicamentos, etc) que más que inesperadas, son producto de un proceso político, económico y social.

Entonces, se podría asociar la actuación en la emergencia a aquellas situaciones de catástrofe o desastre, es decir, aquellas situaciones donde la capacidad de respuesta es excedida y se requiere la adición de recursos externos (CAZZANIGA: 2007). Si bien este tipo de actuaciones puede producirse considero que es el **modelo de actuación en crisis** el que prevalece.

No es casual que la elección de este modelo coincida con la del primer año de la Residencia, ya que la inserción se da dentro del mismo hospital de agudos.

Si bien prevalece un nivel de actuación asistencial, el trabajo con los sujetos y el abordaje de las problemáticas que los atraviesan hacen necesario el trabajo interdisciplinario en la guardia. El trabajo articulado entre los profesionales de salud mental permite construir aproximaciones diagnósticas y estrategias de actuación de manera conjunta bajo criterios comunes, priorizando la promoción del acceso a la salud integral.

Para ello se realiza una actuación mediata que consiste en la contención de la persona internada, la valoración de la situación y la planificación de las estrategias de actuación.

10 El programa prevé para los seis meses finales de la Residencia la rotación por la guardia. La misma se desarrolla actualmente y continúa hasta el mes de abril inclusive.

11 Los profesionales de la guardia: médicos, enfermeros, pediatras, emergentólogos o psiquiatras o los mismos sujetos demandan la actuación del Trabajo Social ante el consumo problemático de sustancias psicoactivas, síndromes de abstinencia, situación de calle, maltrato y abuso infantil, violencia de género, ausencia de redes familiares o sociales en adultos mayores, personas que no poseen su identidad, entre otros. Considerando que las guardias tienen una duración de 24 horas, puede pasar que un sujeto ingrese a la madrugada dificultándose la articulación con otros sectores o instituciones.

Las actuaciones profesionales se circunscriben a la búsqueda de apoyos familiares, sociales o institucionales, tal como se prevee en el modelo de actuación en crisis, para lograr la externación de la persona en un tiempo acotado, si las condiciones contextuales lo posibilitan.

Para ello, se pone en juego la creatividad al momento de la actuación considerando que los pacientes quizás no vuelvan a atenderse en la guardia, no tengan red familiar o las instituciones no estén disponibles al momento de la articulación. En este momento, es necesaria la articulación interinstitucional e intersectorial.

Como explicité en el primer apartado, la crisis puede que no sea resuelta, apenas puede ser paleada, pero el contacto con el sistema de salud puede ser el hincapié para pensar en su resolución.

Teniendo en cuenta que la rotación por la guardia se constituye en el último espacio de inserción de la Residencia todos los aprendizajes adquiridos desde el primer año se despliegan en este nuevo espacio de manera resignificada, sean las habilidades, competencias, enfoques, modelos y estrategias de actuación. Sin embargo, el proceso de aprendizaje es constante y por lo tanto el sentir, el pensar y el hacer continúa construyéndose.

Puedo decir que el espacio de la guardia me permite acercarme a una heterogeneidad de problemáticas sociales y las múltiples maneras de abordarlas desde el Trabajo Social, pero también desde las otras disciplinas para evitar la fragmentación del sujeto. Además, el conocimiento y aprovechamiento de los recursos existentes es amplio y su utilización se constituye en una herramienta valiosa.

Igualmente, la guardia me posibilita profundizar los conocimientos respecto de los padecimientos en salud mental, así como las entrevistas en situación de crisis, como lo realicé en el GIA.

Pienso que el principal aprendizaje es la creatividad que debe desplegarse al momento de la actuación considerando la complejidad de las situaciones, habilidad que se pone en práctica constantemente. Esta creatividad puede ser entendida como: *“el proceso de presentar un problema a la mente con claridad (ya sea imaginándolo, visualizándolo, suponiéndolo, meditando, contemplando, etc.) y luego originar o inventar una idea, concepto, noción o esquema según líneas nuevas o no convencionales. Es la capacidad de ver nuevas posibilidades y hacer algo al respecto”*. (LAYSECA: 2003).

Habiendo llegado aquí, es que a continuación presento las reflexiones finales que sistematizarán las ideas desarrolladas.

A Modo de Apertura.

Habiendo llegado a este punto creo oportuno preguntarme: ¿a cada nivel de atención en salud le corresponde un modelo de actuación determinado? Considero que a lo largo del trabajo he explicitado que las actuaciones profesionales están fundamentadas en modelos de actuación, los cuáles son *construidos* de acuerdo al contexto institucional, el perfil profesional, el rol del Trabajador Social en la Institución, entre otros.

De acuerdo a mi experiencia en el recorrido por la Residencia podría pensarse que en el primer nivel de atención prevalece una actuación con la comunidad, en el segundo predomina una actuación con grupos y en el tercer nivel persiste una individual o familiar. Sin embargo, esto no puede presentarse taxativamente, ya que en la práctica diaria las actuaciones se interrelacionan. Es decir que no se puede efectuar la vinculación entre la trilogía caso, grupo, comunidad, pensamiento heredado de las corrientes desarrollistas. O sea, que no debe pensarse que a cada nivel de atención le corresponde un sujeto, un método o un modelo, ya que sería caer en una visión reduccionista.

Sino que teniendo en cuenta múltiples variables cada profesional elige de qué manera, cómo y con qué herramientas llevar adelante una actuación profesional, privilegiando determinados modelos de actuación en cada nivel de salud.

Estas reflexiones son producto de un proceso dialéctico entre el sentir, el pensar y el hacer en el marco de la construcción de un esquema conceptual referencial y operativo (ECRO) que guía mi práctica cotidiana y constituye mi perfil profesional. Este ECRO se encuentra en constante deconstrucción, construcción y reconstrucción en un espacio de formación que privilegia el acompañamiento y supervisión, momentos necesarios para analizar y revisar los actos, prácticas, procesos y habilidades en torno a la actuación profesional.

El vínculo establecido con los diversos formadores a lo largo de la Residencia es lo que me permite identificar valiosos aprendizajes que no sólo atraviesan mi formación profesional, sino que atraviesan mi crecimiento personal.

Los aprendizajes profesionales incluyen la adquisición de un marco legal y teórico en salud, conocimiento de temáticas novedosas e inserción en espacios impensados, apropiación del espacio de supervisión, así como el desarrollo de competencias y habilidades entre otras. Pero sobre todo, la Residencia me posibilita adquirir mayor seguridad y confianza a nivel profesional y a nivel personal, valiosa herramienta.

Por el camino recorrido, por las experiencias vividas, por las personas halladas es que puedo decir que la Residencia dejará una huella imborrable en mí.

Bibliografía

Berner Enrique, Calandra Nilda, Corral Ana María, Medina Viviana, Tarzibachi Eugenia, Vázquez Sandra, Zigman Fernando (2009) Adolescencia. “Un servicio amigable para la atención integral de la salud”. Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich. Buenos Aires.

Cazzaniga, Susana (2007) “Hilos y nudos: la formación, la intervención y lo político en el Trabajo Social”. Editorial Espacio. Buenos Aires.

Cesilini, Gabriela. Guerrini, Gabriela. (2007) Del Luján Novoa Patricia. “La nueva pobreza en el ámbito hospitalario; de la indefensión al ejercicio de ciudadanía social”. Editorial Espacio. Buenos Aires.

Chadi, Mónica Rosa (2007) “Redes Sociales en el Trabajo Social”. Editorial Espacio. Buenos Aires.

Coordinación Regional para Emergencias (CRE) (1997) de la Alianza Save Children en América del Sur. “Acciones por los Derechos de la Niñez en Situaciones de Emergencia”. www.sclat.org.ar s/d.

Dal Pra, Ponticelli (2000) “Modelos teóricos del Trabajo Social”. Editorial Lumen Hvmanitas. Buenos Aires.

Fandiño, Dyalá; Mora Marilú (1994) “El enfoque ecológico de la familia y el Trabajo Social”. Universidad de Costa Rica, Escuela de Trabajo Social. www.ts.ucr.ac.cr

Fernández Guell, José Miguel (1996) "La planificación estratégicas de las ciudades". Fotocopias del diplomado En Desarrollo Local y Minicipios.

Gonzalez Cuberes, Graciela (1989) “El taller de los talleres” Editorial Estrada. Buenos Aires

GONZÁLEZ, VALENTÍN. (2003). [La visita domiciliaria, una oportunidad para el conocimiento de la dinámica relacional de la familia.](http://www.ts.ucr.ac.cr/meridianos.htm) <http://www.ts.ucr.ac.cr/meridianos.htm>. España.

Kroeger Axel. Luna Ronaldo (1992) “Atención Primaria de Salud. Principios y métodos. Editorial Pax. México.

Layseca, Elizabeth (2003) “Grupos Institucionales de Alcoholismo: una respuesta integral desde la salud pública”. Trabajo científico presentado en Jornadas Multidisciplinarias en el Hospital “Dr. Eduardo Wilde”. Buenos Aires.

Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires N°153

Menendez Eduardo L. (2005) “El Modelo Médico y la Salud de los Trabajadores” Salud colectiva versión On-line ISSN 1851-8265. v.1 n.1 Lanús ene./abr.

Oblitas Bejar, Beatriz (2006) “Trabajo Social y violencia familiar: una propuesta de gestión profesional”. Editorial Espacio. Buenos Aires.

Palacio, Carina. (2010) “Informe de Inserción CeSAC N° 9”. Residencia de Servicio Social, Hospital Dr. Cosme Argerich. Buenos Aires.

Pellegrini, Jorge; Di Giacomo (1989) “Alcohol, alcoholismo, alcohólicos: Sistema de atención integral de alcohólicos a través de Grupos Institucionales de Alcoholismo” Ediciones Cinco. Buenos Aires.

Pellegrini, Jorge (1992) “Alcoholismo, identidad y grupo”. Ediciones Cinco. Buenos Aires.

Pichon Riviére, Enrique (2011) “El proceso grupal: del psicoanálisis a la psicología social”. Editorial Nueva Visión. Buenos Aires. 2° edición, 34° reimpresión.

Universidad de Zaragoza (2000) “Tres modelos de intervención en el Trabajo Social: el modelo de crisis, el modelo psicosocial, el modelo sistémico”. Asignatura: Intervención social individual y con grupos primarios. www.mural.uv.es

Veléz, Restrepo (2003) “Reconfigurando el Trabajo Social: perspectivas y tendencias contemporáneas. Editorial Espacio. Buenos Aires.

Zamanillo Peral (1993) “Un enfoque sistémico para la intervención en crisis en el Trabajo Social”. Ministerio de Trabajo e Inmigración. España.