UNIVERSIDAD NACIONAL DE VILLA MARIA

Biblioteca Central "Vicerrector Ricardo A. Podestá"
Repositorio Institucional

Pocas nueces y mucho ruido. Experiencia de trabajo en un hospital general

Año
2011

Autor
Mereghetti, Ricardo

III Jornadas Regionales de Trabajo Social
1 y 2 de Julio de 2011
Hacia la Jornada Nacional Universidad y territorio

Colegio de Profesionales en Servicio Social de la Provincia de Córdoba
UNIVERSIDAD NACIONAL DE VILLA MARÍA
Ministerio de Desarrollo Social Presidencia de la Nación
Ministerio de Educación Presidencia de la Nación

Pocas nueces y mucho ruido.

Experiencia de trabajo en un hospital general

"solamente son posibles las experiencias si se tienen expectativas"

Esta es la experiencia de trabajo de un equipo conformado por trabajadores de la salud que intentan a diario construir un trabajo interdisciplinario dentro de un Hospital General, para poder brindar una atención integral. Sabemos que necesitamos hablar del trabajo si deseamos transformarlo y transformarnos, también sabemos que no podemos permitirnos caer en la palabra vacía que siempre remite a otros, ni crear un relato autocomplaciente que nos presente como heroínas. La escritura de esta experiencia pretende ser un momento del trabajo, un momento que nos ayude a dar sentido a lo que hacemos, a comprender lo realizado y a decidir qué hacer frente a las contradicciones que nos interpelan a diario. La exposición pública de nuestra experiencia pretende aportar a la construcción del colectivo, más allá del espacio físico e institucional de cada praxis, recuperando algunos saberes que a veces creemos naturalizados en relacion a nuestras intervenciones.

Son las expectativas respecto al modo de comprender el trabajo en salud las que le dan sentido a nuestras acciones y las transforman en experiencias. El simple hecho de hacer, de trabajar no equivale a hacer una experiencia. Son las expectativas que se tienen, expectativas compartidas, que transcienden lo personal, las que posibilitan que el trabajo se convierta en experiencia que nutre la comprensión de las instituciones y expone los puntos a ser transformados.

El trabajo prescripto, normatizado, esperado, legitimado institucionalmente no es el que nos permite hablar de experiencia, aquí hablamos del trabajo que consiste en hacer algo que conecte lo que se espera de nosotr@s, con lo que nosotr@s y los sujetos esperamos. En apariencia el trabajo se trataría de enfrentar lo instituido, de romper con ciertas estructuras. Pero sabemos, todos lo saben, que se trata de modificar los caminos instituidos, para no repetir en la praxis cotidiana lo que condenamos en las declaraciones, se trata entonces de sumar fuerzas.

¿Cómo hacerlo siendo minoría, no sólo en número, sino también en "prestigio disciplinar", en el ámbito de la salud, en el modo de vincularse en el trabajo frente a una situación de precariedad laboral?

Es preciso destacar que el posicionamiento de trabajo social ha sido en torno a trabajar en forma interdisciplinaria, desde la concepción integral de salud. El contexto político actual es propicio para comenzar a instalar este tipo de trabajo.

Reconstruyendo el proceso…

Durante el 2008 se llevan a cabo reuniones para analizar las características de la población atendida en el hospital. Se realizaron capacitaciones para todo el personal del hospital.
Se comienza a repensar la organización del trabajo y el funcionamiento del hospital. Debido a que es necesario poner en cuestión los modos de trabajo y las respuestas dadas por los servicios a las diversas problemáticas de salud-enfermedad-atención de los usuarios y la población.
Desde el año 2009 se comenzaron a realizar reuniones para conformar la Unidad Interdisciplinaria en Salud Mental-UISM. Esta se conforma a partir del análisis de situación realizado en 2008, Se discuten cuestiones de salud mental en la que no estaban incluidos los clínicos. Se discuten la prevalencia de prácticas y servicios fragmentados. Respuestas institucionales y abordajes terapéuticos centrados principalmente en los aspectos biomédicos. Dificultades para dar lugar al malestar subjetivo y al padecimiento mental. Ya que aún se sostiene que es un hospital de agudos, para problemas clínicos y quirúrgicos y materno infantil, donde no hay lugar para los locos, los suicidas, los presos y otros grupos estigmatizados. Dificultades para construir y trabajar con la complejidad de las situaciones y el trabajo interdisciplinario, más allá de las discusiones

sobre estos aspectos no se lograron los acuerdos mínimos para instalar este abordaje.

2010: Finalmente y con algunas interrupciones se había llegado a organizar reuniones semanales donde se encontraban todos los profesionales que trabajan con las personas adultas internadas. Por cuestiones organizativas y tradiciones de la institución también participaban personas que no intervenían directamente. Fueron surgiendo algunas dificultades que se manifestaban a través del pensamiento concreto como: que las reuniones eran muy largas, ausencia de algunos por falta de tiempo, discusiones acerca de las especificidades profesionales.

Con el tiempo, por todo lo no dicho este espacio se fue desgastando, lo no dicho en cuanto a disputas por el saber, relaciones de poder y sumisión, diferencias ideológicas, desestimación, desinterés o interés en otras cuestiones por fuera de este espacio como espacio de construcción.

2011 A pesar de las resistencias al cambio, hoy en día las intervenciones se encuentran enmarcados por la ley nacional de salud mental, lo cual regula y brinda marco legal a otro tipo de intervenciones. Además coloca al hospital como hospital general debiendo este alojar situaciones que de otro modo hubiesen sido ignoradas.

En este proceso de cambio algunas prácticas se siguen sosteniendo según la tradición institucional, a pesar de las transformaciones que se vienen dando.

¿Cómo llega el *pedido* de intervención?

La intervención del Trabajador Social se puede iniciar a partir de pedidos que llegan de diferentes modos. Por medio de un pedido concreto por parte de otros profesionales de la salud (médicos, psicólogos, enfermeros, psiquiatras, kinesiólogos, entre otros). Dentro del imaginario que las otras profesiones tienen del trabajo social en donde se le pide respuesta de estas cuestiones “sociales” como si estuvieran separadas de determinada situación de salud de las personas que acuden al hospital. Generalmente se encuentran relacionados con la situación socio- económica de ese sujeto, Ej.: pensiones, mejoras habitacionales, ayudas alimentarias, costo de traslados por tratamiento médico, también a través de informes

sociales intra y extra hospitalarios, estos pedidos surgen por lo general durante las internaciones o durante la consulta por consultorio externo.

En otras ocasiones llegan por consultas espontáneas por parte de personas que se acercan al hospital por algún tipo de padecimiento o malestar que no siempre han pasado por consultorio médico. Son personas que vienen, por lo general, siendo expulsadas de otras instituciones porque al decir de estas (instituciones) sus problemáticas no encuadran dentro del tipo de respuesta que ellos pueden dar. A menudo nos encontramos con historias de gente que ha sido "derivada" de institución en institución sin que nadie pueda tomar esto como situación problemática, evaluando la situación de vulnerabilidad de estas personas, ordenando intervenciones, y articulando en caso de ser necesario con otros efectores. Ej.: pedidos de asesoramiento por violencia familiar, abandono de adultos mayores, adopciones, adicciones (psicofármacos, cocaína, alcoholismo, entre otras), personas que necesitan realizar trámites por discapacidad sea propia o de algún familiar, entre otras consultas.

¿Cómo se comienza a intervenir a partir de estos pedidos?

El abordaje que se propone desde trabajo social en el hospital es a partir de considerar a la salud de forma integral. Es desde allí que se comienza a trabajar con los sujetos que llegan, priorizando la escucha como un primer acercamiento. Más allá del pedido concreto realizado por este sujeto se intenta trascender esa demanda, tratando de reconstruir su historia de vida (relaciones familiares, recorridos institucionales, trayectorias laborales, entre otros puntos que merecen ser tenidos en cuenta).

Al intentar reconstruir estas historias se ve claramente el deterioro por el cual han ido trascurriendo las relaciones sociales y lo difícil que se torna poder reestablecerlas; ya que lo filiatorio no siempre implica que exista vínculo afectivo. En estas situaciones se tiene que apelar a ciertas "legalidades" como estrategias de ordenamiento de las relaciones sociales de estos sujetos. Ej.: madres adolescentes, adultos mayores en situación de abandono, niños/as en situación de calle, personas adictas, entre otras. De todos modos se intenta además apelar a otros vínculos dentro de lo que denominamos *familia ampliada,* teniendo en cuenta no solo el lazo sanguíneo sino además las relaciones afectivas más próximas.

Parte de esta estrategia de intervención será también reconstruir el recorrido institucional que estas personas han venido realizando. Es así que se encuentra una *fragilización* de las relaciones con las instituciones donde no se puede dar cuenta de una referencia concreta, o sujetos que realizan múltiples circuitos institucionales a la vez tratando de encontrar la respuesta esperada por ell@s.

Dentro de los circuitos institucionales que estos sujetos vienen realizando, este Hospital no está exento. Tal es así que nuestra estrategia consiste en facilitar el acceso al sistema público de salud y así poder enmarcar y acompañar el recorrido que se viene haciendo a los fines, muchas veces, de lograr referenciarlos a un Centro de Salud o equipo territorial, según cada situación. Teniendo en cuenta además la articulación interinstitucional con áreas especificas (Niñez, Adultos Mayores, Discapacidad, Vivienda, Promoción Social, entre otras).

Algunas experiencias nos han demostrado que no siempre es fácil poder trabajar interdisciplinariamente o interinstitucionalmente mientras que en otras situaciones si se ha podido acompañar a estos sujetos en su contención, en esa vuelta a poder referenciarse o sentirse parte **"**de algo", entendiendo el acceso a la salud como un derecho, pensando a este como una puerta de entrada para comenzar a reconocerse como sujetos.

"Lo que sucede y el modo en que podemos llenar el espacio entre lo establecido y
lo deseado es nuestra experiencia."

FRIDA Y JUANA

El pedido de nuestra intervención nos llega a través de la médica pediatra (Marta) que ve a Frida por consultorio externo es a partir de ese momento que comenzamos a trabajar articuladamente con el servicio de pediatría (consultorios externos)

Frida de 2 años de edad, en ese momento (Noviembre 2009) presentaba un cuadro de desnutrición y a su vez un retraso psico motriz, según diagnóstico médico. Frida viene a trabajo social acompañada por su mamá Juana, quién presentaba seria dificultades para poder comprender

algunas sugerencias o indicaciones dadas por la médica pediatra quien las acompañan.

En un primer momento realizamos entrevista a los familiares de Frida (mamá, abuela materna, tías) quienes manifestaron poco interés para acompañar a Juana y a su hija, los mismos conviven con ellas.

En un segundo momento a Frida por indicación médica se realiza la derivación al Servicio de Fisiatría para poder trabajar en su estimulación, a partir de ese momento comenzamos a trabajar con su mamá cuestiones económicas como la tramitación de la Asignación Universal por Hijos, poder ir coordinando los días de atención y realización del tratamiento en el hospital, entre otras orientaciones, en ese momento nos resultaba difícil poder contactar a Juana y a su hija, en ese momento el Centro de Salud que corresponde al barrio no realizaba ningún tipo de intervención con Juana y su hija.

A comienzo de 2010 (enero, febrero) Frida llegaba al hospital junto a su mamá, a una consulta pediátrica, durante la consulta detectamos que Frida presentaba un cuadro de varicela donde se le aconsejaba que por dos semanas no concurriesen a fisiatría, en ese momentos trabajamos algunas indicaciones con respecto a los cuidados que debía realizarle a su hija (Frida).

Al volver a la consulta pediátrica, notamos que la situación de salud de Frida se estaba complicando, su mamá (Juana) manifestaba que se le hacía muy difícil realizar los cuidados que les habíamos indicado, Frida presentaba un cuadro de escabiosis, cuya atención requería: baño con agua de avena y la aplicación de la medicación (cremas); como estrategia de trabajo se anota en un cuaderno “ayuda memoria” (escrito en letra imprenta) que maneja Juana las indicaciones dadas por el equipo de trabajo.

Transcurrida una semana la situación de Frida se complicaba en ese momento se piensa en la internación, la misma es derivada por el equipo al Hosp. De Niños zona Norte (no contábamos con camas disponibles en sala de Pediatría); donde junto con los profesionales de ese hospital se realizaba un seguimiento conjunto para luego al momento del alta, continuar trabajando con ellas.

Después de esta internación, comenzamos a re trabajar algunas cuestiones puntales con Juana con respecto a donde estaba viviendo y con quien, ya que no convivía mas con sus padres. Juana nos comentaba que

se encontraba viviendo en pareja con Enzo desde hacía un mes y que estaba contenta con la relación. Al decirnos Juana la dirección de su nueva vivienda pensamos junto al equipo de profesionales que veníamos trabajando la posibilidad de referenciarla al Centro de Salud del barrio para que cuando ella no cuente con dinero para trasladarse hasta el hospital pueda atenderse allí, dado que tiene 6 cuadras de distancia. Esta idea es tomada muy bien por Juana, en esa oportunidad se acordó con el Centro de Salud una entrevista donde acercaríamos la historia de vida de esta familia (Frida y Juana) y luego coordinar el trabajo conjunto.

Cuando concurrimos al Centro de salud acordamos poder trabajar con Juana su situación de salud (consulta ginecológica y comenzar con tratamiento anticonceptivo a partir de una inquietud de ella) y poder integrarlas a las actividades que se desarrollaban en el centro Crecer de la zona, con los fines de integrar a Frida con niños/as de su edad y continuar con su estimulación, y a su vez integrar a Juana en la cocina de dicha institución como un espacio de relacionarse en este nuevo barrio y a su vez tener en cuenta el pedido de Juana de aprender a cocinar. Desde este hospital se continuaba con los controles pediátricos más esporádicos, también continuaba concurriendo al Servicio de Fisiatría y estimulación. Luego de esta primera presentación acompañamos a Frida y a Juana al Centro de salud donde se realiza la presentación del equipo de profesionales que comenzaba a trabajar con ellas. En ese momento se acuerda con Juana comenzar con los anticonceptivos y su incorporación cuando ella quisiera al centro Crecer, propuesta que fue tomada por ella.

Esta propuesta y de acuerdo al seguimiento de la situación de esta familia dicha propuesta no pudo ser sostenida por Juana y en consecuencia por Frida.

Actualmente seguimos apostando al trabajo en conjunto y dadas las característica de la personalidad de Juana consideramos poder realizar un acompañamiento terapéutico en donde comenzarán a intervenir otros actores y otros profesionales, siempre teniendo en cuenta a todos los profesionales que venimos trabajando (trabajadores sociales, antropólogos, pediatras, enfermeros, fisiatras entre otros) y a los que sean necesarios sumar para poder tener en cuenta una adecuada atención en salud.

OLIVERIO

Oliverio pasó su infancia y parte de su adolescencia conviviendo con sus padres adoptivos en la localidad de Paraná, Entre Ríos. En su relato describe dicho periodo atravesado por una multiplicidad de situaciones que deterioraron los lazos con su familia (adicciones, detenciones, intentos de suicidio) por lo que decide irse de su casa. Esto provoca que después de haber vivido de manera precaria en diferentes lugares del país, llegue a Rosario donde comienza a vivir en situación de calle.

Oliverio acude por primera vez a los consultorios externos del Hospital, a los 33 años, con el propósito de poder comenzar el tratamiento de su infección crónica (VIH) que no había podido sostener en otro momento. Durante estas primeras intervenciones, además de confrontar con las diversas enfermedades oportunistas que iban apareciendo, se trabaja sobre su diagnostico ya que hacia 12 años que se encontraba infectado y nunca había podido lograr una adherencia al tratamiento.

En los sucesivos espacios que se generan, Oliverio puede rescatar fragmentos de su historia de vida de manera casi poética, explicitando sus viajes, aventuras que fueron surgiendo durante sus años de recorrer el país.

Dentro de esas historias logra recuperar la trama familiar desintegrada, pero haciendo eje fundamentalmente en la relacion con su mamá y con su única hija que hace varios años que no ve.

Esta realidad de Oliverio reflejaba una subjetividad fragilizada a partir de sus lazos sociales y referenciales ausentes, de enfermedades crónicas que reflejaban como un espejo retrospectivo denunciando su pasado. Pero también aparecían recursos latentes, sus deseos y ganas de salir adelante, de superar lo que se pusiera en el camino.

Durante unos años Oliverio pudo tomar al hospital como un lugar de referencia, en el que no sólo tramitaba sus problemas de salud sino también cuestiones referidas a su alimentación, higiene y compañía. De este modo puso sostener su tratamiento antirretroviral. Pero cuando su salud empezó a deteriorarse el equipo del hospital reconoció que no iba a poder seguir sosteniendo su tratamiento de manera ambulatoria sin un acompañamiento y cuidado especiales. Se gestionó conjuntamente con el municipio de Rosario la financiación de un hospedaje donde se alojó hasta su última internación. Durante esta internacion el Equipo de Salud pudo intensificar el trabajo que venia realizando con la familia en dirección de

reconstruir los vínculos. En este sentido, se pudieron establecer comunicaciones telefónicas con sus familiares en Paraná, como así también se realizaron encuentros en el Hospital con su madre.

Este trabajo permitió un acercamiento de la familia, en especial su madre, con la realidad de Oliverio. Es aquí donde empieza a pensarse la posibilidad de que sea su madre la que sostenga los cuidados de Oliverio en su casa de Paraná.

En un primer momento la madre refiere que de acuerdo a sus dificultades de salud (problemas de movilidad) no podrá asumir ella sola los cuidados de su hijo, por lo que se comienza un trabajo con las instituciones de la Ciudad de Paraná. Fueron tres instituciones de esa localidad las que hicieron sus aportes para acompañar a la familia de Oliverio en relación a los cuidados de salud que el equipo de Rosario y la familia evaluaron como necesarios.

Oliverio vive con su madre. Se siguió teniendo contacto con el equipo de Paraná y su familia. El proyecto terapéutico construido por la familia y los equipos aún se sostiene, lo que, según nuestro punto de vista, demuestra que el mismo contempló los deseos, los recursos y las posibilidades de todos los involucrados.

GEMA

Gema de 59 años, se encontraba internada en UTI del Hospital Provincial de Rosario, por segunda vez. Tomamos contacto con esta situación a partir de que una médica se acerca a Trabajo Social planteando que la paciente necesitaba ser traqueostomizada para lo cual es necesario el consentimiento informado de un familiar. La dificultad se presentó al no contar con familiares directos adultos que pudieran hacerlo. La médica planteo que aún con esta intervención la paciente moriría. En apariencia la situación se presentaba como un dilema ético, por lo cual se acude al Comité de Ética para trabajar la situación.

Al indagar en la trayectoria de vida de Gema nos encontramos con que tenía un hijo de 15 años y dos hermanos con los cuales no se hablaba

desde hacía un tiempo, que había enviudado cuando su hijo tenía 3 años. Sus referentes más cercanos era una familia amiga que asumió el cuidado de su hijo.

En esta historia nos encontramos con sucesivas pérdidas materiales y afectivas: su casa, su principal ingreso económico, la relación con sus hermanos, desencadenando en una depresión y deterioro físico que se sumaron a serios problemas de salud previos.

Consideramos que dada la complejidad de la situación se necesitaban diferentes miradas que aportaran a la construcción de una estrategia de intervención. A medida que se fueron reconociendo las necesidades de Gema se fueron incorporando diferentes profesiones: nutricionista, kinesiólogos, terapista ocupacional, psicólogo. Algunas tareas que generalmente son encargadas a los familiares de los pacientes internados en la sala de terapia intensiva, en este caso tuvieron que ser organizadas al interior del equipo. Este equipo consideró como consigna que lo social no se suspende a pesar de encontrarse en una sala cerrada como es la terapia intensiva. Comenzamos a funcionar como interlocutores para poder sostener los frágiles lazos de Gema durante la internación y en el futuro.

Desde este lugar de interlocutores se comienza a trabajar con el hijo de Gema, ya que no podíamos obviar dentro de esta intervención la situación crítica por la que estaba atravesando este joven manifestada por la familia que lo estaba cuidando. A partir de este momento se suma uno de los equipos del área infancia y Adolescencia de la Dirección de Salud Mental.

En el marco de los discursos encontrados sobre las posibilidades de vida de Gema, nosotros decidimos centrar el eje de nuestra intervención en su deseo de vivir. A pesar de las dificultades en la comunicación por encontrarse traqueostomizada todo el tiempo se escuchó a Gema. Se le leían los labios, averiguamos que tipo de lectura le gustaba, se le consultaba sobre los alimentos que prefería, se festejó su cumpleaños, además de conversar con ella sobre sus intereses y preocupaciones.

Este trabajo se inició a los 15 días de estar la paciente internada en terapia y se sostuvo hasta unos 15 días anteriores a su fallecimiento. Su internación duró cuatro meses. Durante las últimas semanas nos abocamos a trabajar con la familia amiga y su hijo, brindándoles un espacio de contención frente a la posibilidad del fallecimiento de Gema (asesoramiento acerca del sepelio, tutoría del hijo, relaciones con familiares distanciados).

Esta intervención no estuvo exenta de conflictos y contradicciones, al día de hoy aún no se han repetido intervenciones similares y esta experiencia fue vista como anecdótica. Podemos decir que algunas intervenciones aisladas han “mejorado”. Esto no significa que haya pasado desapercibida, a todos nos dejó pensado, se mostró que era posible y necesario también atender la salud de forma integral en la sala de terapia intensiva.

Conclusiones:

Históricamente el trabajo social en el ámbito hospitalario, se ubicó a partir de la construcción que hacen los médicos de la situación, indicando a trabajo social qué tiene que hacer (conseguir traslados, lugar en otras instituciones, etc.) tiene que ver con la concepción de salud donde prima lo biológico como único condicionante del estado del paciente, por lo tanto el saber lo tiene el medico y las demás profesiones somos subsidiarias o complementarias de estos. En este contexto se dificulta pensar al trabajo social junto a otras disciplinas construyendo la situación de un paciente. Desde esta concepción se corre el riesgo de reducir el problema al de un cuerpo u organismo enfermo, dejando de lado las otras dimensiones constitutivas de un sujeto.

En este contexto, al tratar de tomar estas demandas puntuales como medio para escuchar y tratar a los pacientes y familiares como sujetos que no deben ser fragmentados, comienzan a surgir las tensiones. ¿Por qué hablan con los pacientes? ¿Por qué escriben en la historia clínica? ¿Por qué piden reuniones? ¿Por qué preguntan por el paciente? ¿Por qué nos dicen qué necesita el paciente?

Algunas de las respuestas a estas preguntas tienen que ver con una convicción fundada en la concepción de salud integral y al proceso de intervención atravesado por tres dimensiones: accesibilidad al sistema público de salud, la necesidad del trabajo con otros y poder establecer o reconstruir una red vincular, el modo en cómo se establecen los *vínculos*, las relaciones humanas, el lazo social.

El lazo social, no es solo una cuestión “subjetiva”, ni puede ser pensada por fuera de lo material, lo entendemos básicamente como la necesidad de estar conectados y sentirse parte.

Estos vínculos se han visto fragilizados, y allí comenzamos con gran empeño a diseñar todo tipo de estrategias y andamiajes para intentar reconstruir o “inventar” una red relacional. Nos encontramos con situaciones en las cuales al reconstruir trayectorias de vida observamos el deterioro de las relaciones personales e institucionales.

Cuando hablamos de *accesibilidad* entendemos que el derecho a la salud hay que tornarlo accesible para poder hacer uso de los servicios, desde la franja horaria de atención de los diferentes profesionales, las instituciones

cercanas al lugar donde la persona habita, los medios de transporte para acceder desde zonas periféricas, indicaciones de tratamiento acorde a la disponibilidad de recursos, etc.

Este trabajo no puede lograrse desde una sola mirada, para situaciones complejas son necesarias las *diferentes miradas* acerca del problema y la construcción de la estrategia de intervención en una misma dirección, y no solo desde las instituciones de salud sino también, según la necesidad, con otras instituciones y ministerios.

Esto no es mas que nuestro trabajo, un trabajo de hormiga, silencioso y por momentos ruidoso, que produce leves movimientos invisibles, imperceptibles según quien lo observe, pero lo importante es que de a poco se van abriendo nuevos canales, destapando otros y por momentos pareciera que otras fuerzas comienzan a circular; y empezamos a pensar mas en términos de salud que de enfermedad, en términos de sujetos en vez de pacientes, en un proceso de ida y vuelta donde todos/as tenemos algo para dar y algo para contar.

Autores:

Mereghetti, Ricardo
Olivera, Georgina
Pardo, Viviana
Sawicz, Yanina
Zorzoli, Alejandra

Hospital Provincial de Rosario