

Artículos seleccionados

Este caso es para Trabajo Social: Un estudio cualitativo acerca de los modos de comprender el inicio y el desarrollo de los procesos de intervención ambulatorios en salud mental

**Belén Collado^a, María Luciana di Mare Duran^b,
María de los Ángeles Esquivel^c, Mara Mattioni^d y Julieta Silva^e**

Fecha de recepción: 1 de junio de 2018
Fecha de aceptación: 23 de octubre de 2019
Correspondencia a: María de los Ángeles Esquivel
Correo electrónico: mangeles_esquivel@yahoo.com.ar

a;b;c y e Licenciadas en trabajo social. Residentes de Trabajos Social en el Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato Alvear.

d. maestrando en metodología de la investigación Lic. en Trabajo Social. (UNLaM); tutora del espacio de Formación en Metodología de la investigación de la residencia del HEPTA, CABA; docente investigadora de UNLaM y UNPaz; maestranda en Metodología de la Investigación Social (UNTREF); especialista en Salud Mental (MSN)

Resumen:

Los espacios de inserción profesional son campos donde cada profesional asume y adjudica roles y es protagonista de la construcción de una dinámica propia. Por ello, cuando las significaciones que otros hacen de la profesión irrumpen en la tarea diaria, surgen nuevos interrogantes, debates y desafíos ante los procesos de intervención compartidos con otros profesionales.

En muchas ocasiones, cuando otras disciplinas interactúan con los trabajadores sociales a través de demandas, se produce un reduccionismo de la intervención profesional, surgiendo una comprensión de la práctica profesional que liga la intervención a la ejecución, por sobre toda posibilidad de pensar y reflexionar acerca de la práctica.

El propósito de esta propuesta apunta a repensar las nociones de especificidad e interdisciplina a partir de las representaciones sociales de agentes sanitarios del Servicio de Consultorios Externos de un hospital especializado en salud mental de CABA, enfatizando en las distintas estrategias puestas en juego a la hora de planificar o llevar adelante procesos de intervención multi o interdisciplinarios.

Para ello, se diseñó un proceso de investigación basado en un diseño cualitativo flexible y retrospectivo, en el marco del cual se realizaron nueve (9) entrevistas en profundidad y un posterior análisis de datos basado en la Teoría Fundamentada con el propósito de poner en relación las voces de los actores que se desempeñan en espacios donde la salud y la enfermedad atraviesan la vida cotidiana.

Palabras clave: Salud Mental - Interdisciplina - Especificidad Profesional.

Summary

The professional insertion spaces are fields where each professional assumes and awards roles being the protagonist of the construction of their own dynamic. Therefore, when the meanings that others make of the profession break into the daily task, new questions, debates and challenges arise before the intervention processes shared with other professionals.

On many occasions, when other disciplines interact with Social Workers through lawsuits there is a reduction in professional intervention, resulting in an understanding of professional practice that links intervention to execution over all possibility of thinking and reflecting on the practice.

The purpose of this proposal aims to rethink the notions of specificity and interdiscipline based on the social representations of health agents of the External Office Service of a Hospital specialized in Mental Health of CABA, emphasizing the different strategies put into play at the time of plan or carry out multi or interdisciplinary intervention processes.

To this end, a research process was designed based on a flexible and retrospective qualitative design, within which nine (9) in-depth interviews and a subsequent data analysis based on the Grounded Theory were conducted with the purpose of relating the voices of the actors who play in spaces where health and disease go through everyday life.

Key words: Mental Health - Interdisciplinarity - Professional Specificity.

Introducción

La presente investigación tuvo lugar en el marco de la residencia de Trabajo Social en un hospital especializado en Salud Mental de CABA, apostando a dar cuenta del proceso de trabajo llevado adelante durante el período comprendido entre el mes de septiembre y noviembre del año 2017, a partir de la inserción en el dispositivo de Consultorios Externos en conjunto con la residencia de Salud Mental (Psiquiatría y Psicología) y de Terapia Ocupacional.

En el presente trabajo se abordará como problema de investigación la comprensión de las representaciones sociales de los profesionales que integran los equipos de salud interdisciplinarios sobre los procesos de intervención ambulatorios de Trabajo Social en Salud Mental. La construcción del problema se centró en poder dar cuenta de cómo se ponen en juego las representaciones sociales de profesionales de la salud en torno al trabajo interdisciplinario y la específica intervención del Trabajo Social a partir de los espacios de seguimiento de los sujetos que se encuentran bajo tratamiento ambulatorio, comprendiéndolos como sujetos complejos.

A lo largo del recorrido teórico y empírico realizado, el objetivo general de la investigación radicó en analizar las representaciones sociales de los profesionales respecto de las características del espacio de seguimiento social desarrollado por la residencia de servicio social en consultorios externos en el período antes mencionado. Respecto de los objetivos específicos se propuso caracterizar las representaciones sociales de los profesionales en cuanto a los criterios de inclusión de los pacientes al espacio de seguimiento social, explorar las representaciones sociales de los mismos en cuanto al impacto del espacio de seguimiento social en el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado y describir las representaciones sociales respecto de las modalidades de comunicación que se ponen en juego a la hora de convocar la intervención de trabajo social.

A los fines de los objetivos propuestos, el presente trabajo se correspondió con un estudio de tipo descriptivo, con el fin de conocer a través del enfoque cualitativo (Hernández Sampieri, 1998), comprendiendo el proceso de forma interactiva involucrando “virajes” hacia

atrás y adelante entre los diferentes componentes del diseño de investigación (Maxwell, 1996).

En este sentido, el abordaje de tipo cualitativo otorgó profundidad al estudio y potenció el desarrollo del conocimiento desde una perspectiva de construcción de conceptos teóricos a partir de los datos recabados mediante las distintas herramientas de recolección. En este marco, se optó por la realización de entrevistas en profundidad a miembros de los equipos de salud, ponderando en la elección de los informantes clave la heterogeneidad de sus trayectorias. La aplicación de esta metodología posibilitó la aprehensión de la perspectiva de los sujetos profesionales en relación con las vivencias, experiencias y significados que le otorgan a la intervención del Trabajo Social en el ámbito de la salud mental.

La muestra estuvo conformada por médicos psiquiatras (especialistas y en formación), licenciados en psicología, trabajadoras sociales y terapistas ocupacionales. Se realizaron nueve entrevistas a profesionales de todas las disciplinas, quienes fueron identificados según su carrera hospitalaria como referentes, intermedios e ingresantes¹. Las entrevistas se registraron en grabaciones con autorización de los informantes clave.

La estructura del trabajo intenta llevar al lector por un camino socrático y espiralado que logre hacerlo parte de la lógica adoptada para la construcción de sus interrogantes y consecuentes propuestas reflexivas. Así, la propuesta cuenta con tres secciones: “Las fronteras entre los campos disciplinares”, “¿Cuándo se incluye al Trabajo Social en un tratamiento de Salud Mental?” y “La incógnita de la especificidad profesional del Trabajo Social”.

Cabe destacar que el proceso de admisión del servicio de Consultorios Externos del hospital analizado se encuentra a cargo de las residencias en Salud Mental de CABA teniendo ciertas particularidades que lo caracterizan enmarcado en la Ley Nacional de Salud Mental 26657.

En principio, el proceso de admisión se compone de una o varias entrevistas y las admisiones se desarrollan con una periodicidad de dos veces por semana. Las entrevistas están a cargo de un psiquiatra, un psicólogo y un trabajador social. La presencia de los dos primeros es

1. A lo largo del escrito se podrán advertir referencias abreviadas a las siguientes categorías: MED: médico; PSI: psicólogo; TS: trabajador social; TO: terapeuta ocupacional; REF: referente con más de 6 años de ejercicio en el hospital; INTER: intermedio profesional entre 3 y 5 años de ejercicio en el hospital; ING: ingresante, profesional que ingresó en la última cohorte de la residencia.

obligatoria, no así la del trabajador social. La propuesta, más allá de contemplar el marco regulatorio, apuesta a que participe un profesional de cada disciplina, en vistas a realizar un trabajo interdisciplinario.

Así, en un primer momento, se entrevista al sujeto "demandante" o "paciente" y, en algunas ocasiones, se entrevistan a familiares o referentes afectivos con el fin de ampliar la información brindada por el paciente. En algunas oportunidades se realizan varias entrevistas, dado que el sujeto no puede dar cuenta con mayores precisiones sobre el motivo de consulta o es necesario profundizar sobre la situación problemática.

En el segundo momento los profesionales se reúnen con el objetivo de acordar las líneas de acción futuras. Así, se establece si requiere o no tratamiento en este hospital, cuál es el dispositivo y la modalidad más pertinente. En este espacio se intenta recuperar las percepciones de cada uno y las diferentes lecturas disciplinarias para poder reconstruir la situación problemática que presenta el sujeto y las líneas necesarias y posibles de intervención, acordándose qué tipo de tratamiento requiere el sujeto.

En tercer lugar, se realiza una devolución al paciente.

Es importante destacar que aquellas personas que realizan una consulta en Salud Mental generalmente son sujetos que padecen y demandan tratamiento para poder aliviar dicho padecimiento. Cabe aclarar que en algunas ocasiones los sujetos realizan la consulta por sugerencia de un familiar o referente afectivo, pero no concurren a partir de una demanda actual propia. Además, es importante resaltar que la exposición del padecimiento subjetivo conlleva innumerables implicancias para el sujeto y no se realiza sin dificultades.

Por las motivaciones referidas previamente es que los procesos de intervención social en el dispositivo de consultorios externos resultan ciertamente complejos, específicamente por el trabajo con el otro demandante, con los otros profesionales y por la especificidad del Trabajo Social en este dispositivo.

Las fronteras entre los campos disciplinares

En esta sección se abordará la inserción del Trabajo Social en los equipos interdisciplinarios de salud, identifi-

cando, a través de las entrevistas analizadas, discursos propios de los trabajadores sociales acerca de su actividad y también aquello que significan otros miembros del equipo interdisciplinario acerca del quehacer profesional.

Interdisciplina: Un concepto a construir

Las leyes vigentes en los ámbitos nacionales (Ley 26657) y de la ciudad de Buenos Aires (Ley 448) trazan un cambio cualitativo: la Salud Mental se define como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada con los derechos humanos y sociales de toda persona.

A partir de la sanción de las leyes antedichas se incorpora el Trabajo Social en los equipos interdisciplinarios de salud mental y es desde esta perspectiva que se vuelve fundamental un abordaje interdisciplinario e intersectorial donde se parte de las situaciones problemáticas, y no desde cada disciplina, sin implicar un desdibujamiento de las identidades y saberes disciplinares específicos.

Ante estas premisas surgen algunos interrogantes tales como ¿qué entienden los profesionales por interdisciplina?, ¿qué lógicas interactúan en el trabajo interdisciplinario?, ¿existen tensiones, contradicciones, matices interdisciplinarios?

En relación con estas preguntas, las palabras de uno de los entrevistados permiten comenzar a reflexionar aludiendo:

Es increíble cómo se nota como cada uno aborda algunas cuestiones y otras quedan ahí como más en las sombras. Ir respondiendo preguntas entre todos. Está bueno (el trabajo interdisciplinario) para empezar a desarmar las situaciones y descubrir las limitaciones que uno tiene (Med Ing).

En palabras del médico residente, para algunos profesionales hay cuestiones que quedan más "en las sombras" desde algunas lecturas disciplinares y en otras ocuparían un lugar central. En ese espacio se pueden ir respondiendo los interrogantes entre todos, aproximándose a la propuesta de identificar las limitaciones disciplinares y complementar las miradas con el objetivo de construir las situaciones en conjunto. Al decir de Stolkiner (2003) esta modalidad de trabajo resultaría ser

un posicionamiento, donde se reconoce la incompletitud de las herramientas de cada disciplina y se legitiman cuestiones que existían previamente tales como las importaciones de un campo a otro, la multirreferencialidad teórica en el abordaje de los problemas y la existencia de corrientes de pensamiento subterráneas que atraviesan los diversos saberes disciplinarios.

Sobre del trabajo interdisciplinario, otro de los residentes entrevistados especifica:

Para mí el trabajo interdisciplinario no es que todos hablemos un mismo idioma, tampoco es ver las mismas cosas en el mismo paciente, lo que sería en mi jerga compartir un diagnóstico, para nada. Yo creo que se puede laburar bien interdisciplinariamente, aportando lo que cada uno tiene para aportar desde su disciplina (Psi Ing).

En este sentido Elichiry (1978) advierte que la interdisciplinariedad requiere de interacción, cooperación y circularidad entre las distintas disciplinas a través de cierto marco de reciprocidad entre esas áreas con intercambio de instrumentos, métodos y técnicas.

El trabajo interdisciplinario tal como lo expresa el entrevistado anterior no es “mera transcripción” de un lenguaje disciplinar a otro, pero sí, tal como se observa en la definición de Elichiry, demanda la reciprocidad entre las partes y, por lo tanto, el compartir códigos lingüísticos es necesario para lograr la comunicación entre profesionales. Sin embargo, pareciera que el problema surge cuando ese hablar en común no se traduce en prácticas concomitantes y se manifiesta cierta “hegemonía discursiva” cuando los términos en los que se habla, se debate y se define están designados por algunas disciplinas y no entre todas.

Por otro lado, Elichiry afirma que la interdisciplina solo tiene lugar cuando los que la despliegan conocen el quehacer de las otras disciplinas encarnadas en los diversos profesionales, frente a lo cual uno de los entrevistados manifiesta: “(...) es muy complejo trabajar con otras disciplinas, ser respetuoso, ser cuidadoso, enmarcarse en el límite de lo que uno no puede hacer, decir: yo llego acá, ¿no? No querer montarse sobre la disciplina del otro” (Psi Ref).

En esta línea Sousa Santos (2003) aporta el concepto de “jurisdicciones protegidas”, refiriendo que las profesiones tienen un campo con fronteras claras que legitiman

su accionar gracias a la existencia de marcos normativos, de costumbres o tradiciones, reconociéndose como la aplicación exclusiva de la profesión, sustentada por una certificación universitaria. Así, uno de los entrevistados identifica que el trabajo interdisciplinario implica reconocer e, incluso, poner en tensión a diario estas jurisdicciones protegidas: “Tiene que ver con entender el límite de la práctica de uno, el límite de mi intervención” (Psi Inter).

De esta manera, resulta fundamental comprender el trabajo interdisciplinario desde la noción de campo de Pierre Bourdieu (1997), el cual es definido como una red de relaciones objetivas entre posiciones. Estas últimas definidas por su situación actual y potencial, en la estructura de la distribución de las diferentes especies de poder (o de capital) y por sus relaciones objetivas con las demás posiciones.

Esta vinculación teórico-epistemológica permite comprender la realidad de los equipos interdisciplinarios de Salud Mental como un juego, en el cual el estado de las relaciones de fuerza entre los jugadores es lo que define la estructura del campo.

El trabajo interdisciplinario: tensiones y espacios a construir

A la hora de pensar en cuestiones imprescindibles, resulta necesario asumir el trabajo de interconexión que demanda el trabajo interdisciplinario. Este proceso implica un intercambio, una confrontación y una construcción con otros, es decir entre posiciones que no se han mezclado (Follari, 2014) sino que comienzan a intercambiarse.

Una de las entrevistadas reflexiona en torno a estos procesos aludiendo: “el trabajo interdisciplinario es un aprendizaje. Es un modo de compartir preguntas, de compartir obstáculos y poner a trabajar esos obstáculos” (Psi Ref).

De algún modo, la construcción de conceptos que ordenan el campo de intervención de cada disciplina y la construcción de realidades propias sobre las que se interviene tiene una incidencia en las configuraciones de este campo y sobre las posibilidades de construir nuevos abordajes o consolidar los ya legitimados.

Con relación a esto y a los modos en que se configura el campo de intervención, en lo que hace al quehacer

de Trabajo Social, un referente médico manifiesta lo siguiente:

Quando interviene el trabajador social, mi trabajo lo puedo escuchar con menos ruido. Ya la parte de lo que tiene que ver con lo social está en vías de resolución y yo puedo escuchar otros aspectos del paciente. Limpia el campo de lo que sería lo más específico de mi trabajo, ya sea como analista o como psiquiatra (Med Ref).

La comprensión de lo social como ruido y como algo externo a lo específico del trabajo en Salud Mental corresponde a una corriente epistemológica multicausal en salud, que la comprende como un estado de bienestar bio-psico-social, dimensiones cuya incidencia es diferencial. Dicha corriente, si bien significó un intento de aproximación a otros componentes que constituyen los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado, aún sostiene las mencionadas jurisdicciones protegidas, dado que la articulación disciplinar es subsidiaria a la hegemonía discursiva sostenida por una comprensión biologicista. Siendo así, la intervención es principalmente monodisciplinar y con participación parcial y auxiliar de otras disciplinas.

En esta ampliación de las respuestas, el encuentro con Trabajo Social, en el decir de los entrevistados, tiene que ver con la posibilidad de construir un nuevo saber complementario: "(...) es como que esas lecturas se complementan, me parece que no se sustituyen, no son reemplazables, pero si se van complementando" (Psi Inter). En la misma línea argumentativa, reflexionaba un médico referente sobre la relación entre lo que él nombra la realidad psíquica y la realidad material. Al respecto, decía: "El bienestar social es algo sumamente subjetivo, el sentido común no siempre es lo mejor para un paciente. Entonces, poder coordinar y tener un trabajador social con el que puedas hablar de la estructura del paciente" (Med Ref).

En principio, se puede inferir que algunas de las intervenciones que se denominan como interdisciplinarias en los equipos de Salud Mental podrían corresponder a la forma de interconsulta y no a una construcción en común del objeto de intervención o a la situación-problema. Tanto la interconsulta como las derivaciones entre departamentos son formas administrativas de complementar la atención del paciente; pero en sí mismas no implican interdisciplinariedad sino más bien un trabajo en mosaico, parcelado.

En la práctica cotidiana se combinan momentos multidisciplinarios, en los cuales aparece un mosaico disciplinar, en otros momentos aparece lo interdisciplinar y aquellos momentos en los que se está "entre" las disciplinas y se logra una construcción colectiva del sujeto de la intervención. A su vez surgen momentos en los que algunas disciplinas toman el protagonismo, y ponen en escena la experticia que cada situación amerita.

Resulta esencial entonces entender que los trabajos disciplinarios, multidisciplinarios e interdisciplinarios coexisten en la práctica cotidiana y también conforman estrategias de poder, en las cuales se tensiona todo el tiempo el saber y el hacer; conformando un juego estratégico en el cual circulan resistencias que median las relaciones en el equipo.

La incógnita de la especificidad profesional del Trabajo Social

Al decir de Zygmunt Bauman (2000), la era de la modernidad sólida ha llegado a su fin. Los sólidos, a diferencia de los líquidos, conservan su forma y persisten en el tiempo: duran. En cambio, los líquidos son informes y se transforman constantemente: fluyen.

Por ello, la metáfora de la liquidez es la adecuada para aprehender la naturaleza de la fase actual de la modernidad. La disolución de los sólidos es el rasgo permanente de esta fase. Los sólidos que se están derritiendo en este momento son los vínculos entre las elecciones individuales y las acciones colectivas.

El advenimiento de la modernidad líquida ha impuesto a la condición humana cambios radicales que exigen repensar los viejos conceptos que solían articularla. No hay pautas estables ni predeterminadas en esta versión privatizada de la modernidad y, cuando lo público ya no existe como sólido, el peso de la construcción de pautas y la responsabilidad del fracaso caen total y fatalmente sobre los hombros de los individuos, y allí es donde parecieran condicionarse los límites o fronteras entre los campos tanto de actuación como de construcción de los saberes.

El Trabajo Social, a partir de los antecedentes que constituyen el pródromo de su constitución, ha padecido vinculaciones e incluso relaciones de potestad e inclusión en y con otras disciplinas, tales como la medicina y la abogacía, entre otras, llegando a ser denominada

incluso en algunos momentos de su historia como una posible profesión parajurídica o paramédica (Parra, 2002).

La referencia histórica de la especificidad profesional remite a las llamadas formas de ayuda y de asistencia social, no como meros antecedentes, sino como las prácticas desde donde se desprende el Trabajo Social como profesión. Sin embargo, a partir del Movimiento Latinoamericano de Reconceptualización se ha consolidado su propósito, sus incumbencias e, incluso, las ha plasmado en producción académica e instrumentos legales que avalan la delimitación del propio campo de actuación profesional. Las formas de ayuda y asistencia mencionadas no son simplemente etapas evolutivas de la profesión, sino que cada una de ellas surgió y se desarrolló en diferentes procesos sociales e históricos. El Trabajo Social se ubica como una profesión centrada en la práctica social crítica que encuentra su especificidad en la producción de conocimiento a través de un proceso de reflexión-acción (Miguel, 2009).

Más allá de la consolidación mencionada, se debe tener en cuenta que la identidad profesional es una construcción histórica, compleja, polifacética y contradictoria, en la cual coexisten diferentes prácticas que entran en tensión con el quehacer del Trabajo Social. En este sentido, es recurrente que profesionales que son parte de otros campos disciplinares continúen desconociendo la especificidad del Trabajo Social y la subsanen con el sentido común o el conocimiento empírico que solo permite alcanzar un nivel pragmático de acceso a la realidad social, perdiendo las relaciones solo accesibles a través del conocimiento científico (Palma, 1988). Como muestra de ello, algunos entrevistados refieren: “No voy a negar que a veces no sabemos bien cuál es la función del Trabajo Social” (Med Inter); “Creo que hay un gran desconocimiento sobre lo que hacen” (Psi. Ing). En esta línea, resulta recurrente aludir a la complejidad cuando se presenta la dificultad de definir o clarificar la especificidad del Trabajo Social. “Es una profesión compleja, resuelve problemas complejos” es una expresión repetida, aunque... ¿a qué se alude al utilizar el concepto de la complejidad? ¿Qué quiere decir que un problema es complejo?

Para responder a estas preguntas resultan interesante las conceptualizaciones de Morín, quien refiere que, a primera vista, se trata de un fenómeno cuantitativo con una amplia cantidad de interacciones e interferencias entre un número grande de unidades. Sin embargo, la

complejidad no comprende solamente cantidades de unidades e interacciones que desafían la posibilidad de cálculo, “comprende también incertidumbres, indeterminaciones, fenómenos aleatorios. La complejidad está relacionada con el azar” (Morín, 2000: 27).

Así, la complejidad está ligada entonces a una mezcla entre orden y desorden. Es así cómo se renueva la concepción del objeto y del sujeto, ya que es necesario aceptar una cierta imprecisión, contradicción, ambigüedad; nociones que la ciencia moderna proponía eliminar. En la visión clásica cuando una contradicción aparecía era una señal de error, había que volver sobre sí y formular otro razonamiento, en cambio “en la visión compleja, cuando se llega por vías empírico-rationales a contradicciones, ello no significa un error sino el hallazgo de una capa profunda de la realidad, que no puede ser traducida a nuestra lógica” (Morín, 2000: 32). La complejidad no implica completud, aporta una visión multidimensional de la realidad que permite la observación en un hecho de entrecruzamientos múltiples.

“Lo complejo” y el Trabajo Social

Ahora bien, ¿qué sucede cuando se genera un encuentro con un problema complejo? Morín propone emprender una acción que implica tomar una decisión; se trata de una apuesta en la cual hay cierta conciencia de la incertidumbre y del riesgo. Siguiendo al autor, toda estrategia, en cualquier dominio que sea, tiene conciencia de la apuesta y dicha estrategia permite imaginar escenarios posibles de acción, sujetos a modificación de acuerdo con la información que ingrese en el curso de la acción y según los elementos aleatorios que surjan. Construir una estrategia requiere de innovación y creatividad ante el azar, a diferencia de un programa en el cual las conductas que hay que seguir están automatizadas. De algún modo, la complejidad no es una receta para conocer lo inesperado, nos vuelve prudentes, atentos, no nos deja dormir en la mecánica y la trivialidad aparente de los determinismos (Morín, 2000).

De las entrevistas realizadas surge que tanto los procesos de intervención llevados adelante por trabajadores sociales como los problemas sociales abordados resultan ser complejos y pensar en su especificidad una tarea casi imposible.

Desde la perspectiva funcionalista,

(...) las incumbencias profesionales constituyen

un acontecimiento necesario en la distribución social de 'funciones', siguiendo una regulación normalizada de tareas, acciones, responsabilidades inherentes a campos de saber y hacer específicos, pretendidamente delimitados y armónicamente consensuados. Esta definición destaca los aspectos normativos y prescriptivos que establecen lo que cada profesional debe o no hacer, intentando evitar transposiciones y conflictos (Cruz, Fuentes, López, Weber Suardiaz, 2014: 58).

Siguiendo a las autoras, las incumbencias profesionales parten de que

(...) las tensiones y contradicciones son constitutivas de la vida social; y, en consecuencia, la relación entre campos profesionales también lo es al constituir una arena de disputa. Es decir, se reconoce de partida que existen conflictos e intereses, y que cada uno lucha por una identidad propia, por profesionalizarse, por ser reconocido y por tener poder (Cruz et al., 2014: 59).

En este sentido surgen de una entrevista algunas reflexiones: "Yo creo que, más que una función, diría la mirada, la lectura de un contexto, un entorno. Tal vez la función con la articulación con el afuera, no sé si es la función del trabajador social, pero acá medio que está armado así, desde los equipos de acá" (T's Ref).

Este marco teórico permite analizar el quehacer del Trabajo Social, teniendo en cuenta que ambas perspectivas coexisten al momento de emprender la tarea profesional. A la hora de definir qué hace un trabajador social en el hospital, surge la noción de ocuparse de aquello que es "complejo", entendiendo esto como aquello que desborda, que supera, que se torna dificultoso.

Así, es posible entender lo complejo como algo que supera las posiciones disciplinares de aquellos que trabajan en el hospital e invita a pensar en los intervalos en los cuales las miradas disciplinares se entrelazan. De este modo, lo complejo no estaría asociado a una función profesional o a un quehacer específico sino más bien es un paradigma que puede atravesar todo el campo de intervención:

Me parece que ustedes aportan una lectura de cuestiones, de detalles que a nosotros se nos escapan. Y ustedes están como más atentos a esos

detalles. Me parece que aportaría una lectura más global y más integrativa, más abarcativa. Aportar desde su posición de trabajador social una lectura y una observación muy singular. Otra lectura en relación a la persona que consulta. Me sale más una lectura social o más abarcativa, también me sale decir más global" (Psi Inter).

En palabras de Follari (2013) la disciplinariedad no es de por sí un mal epistémico que hay que exorcizar. La especificidad de las disciplinas no resulta ser una maldición que hubiera caído sobre el previo logro de un conocimiento unificado, sino el procedimiento analítico imprescindible para avanzar en el conocimiento científico. No habría ciencias si estas no se hubieran especificado diferencialmente entre sí, terminando con la previa unidad metafísica del conocimiento. Siguiendo al autor, se requerirá especial cuidado frente a la idea de acercar las disciplinas en algún enriquecimiento potenciador, volviendo a situaciones "predisciplinarias". Es decir, se plantearía la posibilidad de estipular discursos ingenuos sobre la supuesta superación de las disciplinas, que en realidad sean una simple negación de su especificidad constitutiva.

Entonces ¿cuál es la especificidad del Trabajo Social? En las entrevistas, el Trabajo Social aparece mencionado como una profesión que se ocupa del lazo social, como un modo de visibilizar el lazo entre el sujeto y la sociedad: "(...) tiene que ver con el fortalecimiento del lazo social, integración social" (Med. Ing).

Al respecto, Carlos Marchevsky (2006) analiza:

¿Qué es la profesión? Es la ética, la teoría, el estudio, el conjunto de profesionales afines que demandan del colega un accionar acorde con la misma. Si se quisiera hilar más fino, hay tantas profesiones de Trabajo Social como trabajadores sociales, del mismo modo hay tantos trabajadores sociales como instituciones a las que pertenecen; sin embargo, caer en ese simplismo no ayuda a tratar de definir un lugar y una función. De modo tal que, si el trabajador social es demandado por alguna de sus partes en calidad de asistente, dependerá del profesional saber si ese lugar atribuido es -solo- imaginario o si él realmente lo desea y lo encarna. La profesión demanda al trabajador social que sostenga su posición simbólica frente a las demandas imaginarias o no del otro (p. 41).

Carballeda (2008) plantea al respecto que la intervención debe dialogar con la inscripción o reinscripción de esos otros que quedaron fuera, los que padecen subjetivamente la posibilidad de estarlo o los que sencillamente nunca estuvieron. Según el autor, el lazo social puede estar debilitado, siendo esto constitutivo del padecimiento subjetivo.

Por otro lado, surge de las entrevistas que el Trabajo Social es una disciplina que se ocupa de los derechos vulnerados, la realización de gestiones y la ejecución de políticas sociales: “Va con todo con la protección de los derechos (sic). Me parece que es el eje central y de lo que yo pienso en dónde están paradas. Si hay cualquier situación de vulnerabilidad, ese sería un criterio” (Psi Ing).

“Instauración y defensa de derechos que están vulnerados, desde lo material hasta otros” (Med. Ing).

“Muchas veces pensaba que era solo la gestión de una pensión o un certificado de discapacidad. Después uno va viendo que no, que hay cosas que no sabés que hacen las trabajadoras sociales” (Med Inter).

A *priori*, pareciera que frente a la dificultad que presenta definir la especificidad del Trabajo Social, los entrevistados apelan a dar ejemplos o contar experiencias de trabajo con nuestra profesión, como los ejemplos previos refieren.

En cuanto a esto, es posible pensar al Trabajo Social situado en un escenario de intervención, en dónde el quehacer profesional no está siempre determinado y acabado, sino más bien es un proceso a construir entre lo atribuido, lo deseado y lo posible en la intervención situacional.

¿Cuándo se incluye el Trabajo Social en un tratamiento de Salud Mental?

A lo largo de la investigación se sostuvo como propósito central problematizar y reflexionar sobre el espacio de seguimiento social, focalizando en su apertura y en la inclusión del trabajador social en los tratamientos de Salud Mental.

En este sentido, parte de los objetivos específicos del trabajo apostaron a indagar sobre la construcción de la demanda de los otros profesionales de la Salud y el cri-

terio utilizado para realizar una interconsulta con Trabajo Social. Indudablemente el por qué, el modo y el momento en los que se convoca al Trabajo Social se vinculan con las concepciones que tienen los otros profesionales acerca del quehacer profesional.

Motivos que originan las interconsultas a Trabajo Social

En consonancia con lo desarrollado hasta el momento es interesante retomar los conceptos de Marchevsky (2006) sobre la interconsulta, la cual es definida como una evaluación de un caso que permite direccionar una pregunta a un colega u otro profesional. En este accionar establece un corrimiento del desempeño individual de un profesional para centrarse en la dificultades y complejidades que atraviesan al sujeto-paciente.

En este sentido el autor propone comprender a la interconsulta como un “vínculo” entre profesionales que permite la “reflexión prospectiva y la puesta en juego de los conocimientos teórico-prácticos en función de un mismo caso” con el objeto de reorientar las prácticas establecidas hasta el momento (p. 176).

Al indagar en las entrevistas sobre cuáles son los motivos que llevan a realizar la interconsulta surgen distintas construcciones sobre el espacio de seguimiento social:

“Es tan amplio lo que hace a la salud de un paciente, que muchas veces en el Trabajo Social se deposita como eso de que todo el resto puede tener una solución (...) A lo mejor le sumamos laburo que no tiene nada que ver con lo que hacen, pero también por eso hacemos la interconsulta y no mandamos de una al paciente” (Med Inter).

“El *top ten* de situaciones por las que yo convocaría, son las situaciones de violencia en torno a la vulneración de derechos, situaciones en las que haya que ayudar a la persona a comprender y garantizar los derechos. Que tengan la posibilidad de acceder a ingresos económicos, a una vivienda, a comer todos los días, qué sé yo... que tenga la posibilidad de una vida libre de violencia que tiene que ver con las situaciones del mismo entorno. Esos son los criterios en donde Trabajo Social debería intervenir. Igual es polémico porque a veces Trabajo Social interviene cuando el paciente ya está prendido fuego, como que no pensamos en la parte de la prevención” (Psi Ing).

En relación con lo expresado por los entrevistados y lo desarrollado teóricamente es posible inferir que se realiza una interconsulta con Trabajo Social generalmente cuando el otro profesional observa que el paciente está atravesando una problemática social. En menor medida surge como motivo de interconsulta que el paciente solicite una entrevista o apertura del espacio de seguimiento social. En este marco es interesante retomar la idea de que los profesionales entrevistados identifican la intervención del Trabajo Social relacionado con la vulnerabilidad de derechos, pero hacen hincapié en la situación socioeconómica como una cuestión central a la hora de solicitar la intervención del Trabajador Social.

Advertencia "temprana" de la dimensión social

A partir de la evidencia empírica obtenida y construida es posible reflexionar sobre la "urgencia en el ámbito social". Así, una de las entrevistadas problematiza el momento de apertura y convocatoria del espacio de Trabajo Social, reflexionando en torno a que suele realizarse en momentos en donde el paciente se encuentra en una situación crítica, no pregonando así sobre la prevención:

"En general se incluyen si hay un pedido del equipo. Lo que a mí me parece complicado de eso es que hay veces que los equipos advierten la dimensión social más tarde de lo que la podría advertir un trabajador social que estuviese en la admisión, que escucha por su formación y por su disciplina (...) o pregunta" (Psi Ref).

"Me cuesta pensar la Salud Mental por fuera de lo social. En Salud Mental el eje de lo social es fundamental en la definición misma de Salud Mental, entonces sí creo que en todas las situaciones pueden intervenir" (Psi Ref).

Las reflexiones precedentes se pueden vincular con la postura que establece la necesidad de que el Trabajo Social esté incluido desde un primer momento en los tratamientos de los pacientes o, al menos, en el proceso de admisión del paciente al dispositivo. De algún modo, es posible esbozar una categoría pertinente para explicar lo antedicho, la advertencia "temprana" de lo social. Por otro lado, resulta importante señalar que no todos los casos en los que interviene el Trabajo Social constituyen una urgencia subjetiva. A veces la urgencia puede ser del familiar que acompaña o del profesional que in-

dica su evaluación. Advertir de quién es la urgencia se constituye como intervención en sí (Aresca, 2009).

Algunas nominaciones acerca de la intervención del Trabajo Social

Las cuestiones que plantean los entrevistados también dejan entrever cómo conceptualizan la Salud Mental. Si lo que atañe a la salud de los pacientes se vincula con situaciones de vulnerabilidad social se relaciona con poder pensar al padecimiento mental desde una perspectiva amplia y compleja, considerando que "(...) la enfermedad articula lo social y lo singular desde el padecimiento, su impacto subjetivo, y también construye sus inscripciones en los que rodean a quien la padece" (Carballeda, 2012: 72).

De cierta manera, se puede inferir que la articulación establecida a través de la interconsulta se relaciona con la visibilización y dimensionalización de la intervención en lo social ante las problemáticas sociales complejas y con múltiples atravesamientos.

Para profundizar el análisis de la posición que adopta el Trabajo Social según las concepciones de otras disciplinas resulta interesante volver sobre las tres modalidades que introduce Karz (2007) que condensan diferentes nominaciones y caracterizaciones de distintas intervenciones: la caridad, la toma a cargo y la toma en cuenta.

La primera modalidad para repensar a partir de las entrevistas es la "caridad", la cual, según el autor, hace referencia al accionar dirigido a las personas que se encuentran en situaciones de carencia o indigencia económica, afectiva, existencial, etc. En este sentido, lo que Karz menciona es la necesidad que atraviesan a los sujetos a causa de encontrarse en situaciones de carencia. Esta construcción en torno al quehacer profesional y las incumbencias del Trabajo Social se ve en las palabras de los entrevistados: "(...) un paciente está sin plata, o tiene una situación habitacional delicada... se piensa en Trabajo Social. Si el paciente no tiene a nadie, se interconsulta con Trabajo Social" (Med Inter). "Yo creo que es pertinente en algunos abordajes familiares, en algunos abordajes individuales donde las personas tienen dificultades, muchas veces trabajan cuando la persona tiene carencias económicas, en esto de articular con el estado" (To Ref).

Tomando en cuenta los discursos de los entrevistados se puede inferir que la convocatoria al Trabajo Social

con cierta regularidad se ve intrínsecamente relacionada con las situaciones de vulnerabilidad en materia económica y con la carencia de lazos afectivos o falta de redes sociales de contención.

La segunda figura que propone Karz, “la toma a cargo”, es definida como el planteamiento de una demanda o llamamientos de los destinatarios en torno a “(...) deseos que sus condiciones de vida les impiden realizar: esto es justamente lo que hay que tomar a cargo” (p. 92). En consonancia con esta concepción, una de las profesionales entrevistadas aporta: “Muchas veces pensamos que van a venir ustedes (trabajadoras sociales residentes) a resolverle la vida al paciente” (Med Inter).

Se puede inferir que la intervención del Trabajo Social es referenciada con el resolver lo que acontece en la vida social del paciente, tomar a cargo sus demandas y dar una respuesta. En este sentido, el quehacer del Trabajo Social aparece ligado a consolidar una solución ante las problemáticas sociales como una especificidad de la disciplina, perdiendo así de vista la complejidad de las situaciones que atraviesan al sujeto.

La última figura que propone el autor es la “toma en cuenta”, en donde los profesionales son “(...) considerados como sujetos socio-deseantes que se dirigen a otros sujetos socio-deseantes (los usuarios), unos y otros tratados en su doble e inextricable dimensión ideológica e inconsciente” (p. 92).

Denominando “la toma en cuenta” como posicionamiento profesional superador, Karz (en Pessolano, 2013), propone la clínica transdisciplinaria definiéndola como un trabajo de acompañamiento que pueda apuntar a hacer posible que se identifiquen opciones o alternativas; trabajar sobre problemáticas históricas y sociales de las que son portadores los sujetos, las familias, los grupos, las comunidades, de forma singular, entendiendo por singularidad que cada situación es inédita. Trabajar con el sujeto y no para ni por el otro.

Recalculando

Reposicionar el derecho a la salud desde un marco ético-político de trabajo por sobre una mera intervención garantista que desvirtúe la especificidad profesional acotada al hacer genera una apertura del ejercicio profesional que amplía la concepción de la categoría analítica de demanda y sus repercusiones en la tarea diaria.

El reconocimiento de la Salud Mental como un proceso determinado histórica y culturalmente requiere de prácticas que aborden esta complejidad de manera integral reconociendo la *incompletud* de las herramientas disciplinares. De allí la necesidad del trabajo interdisciplinario; la interdisciplina entendida como el encuentro con el otro, un otro que posee trayectorias singulares, una formación académica específica, intereses propios, etc.

El trabajo interdisciplinario no pareciera presentarse como una mera transcripción de un “lenguaje disciplinar a otro”, ya que implica interacción, cooperación y circularidad entre las distintas disciplinas a través de la reciprocidad entre esas áreas con intercambio de instrumentos, métodos y técnicas, etc. (Elichiry, 1987).

Respecto a esto se ha retomado el trabajo interdisciplinario desde la perspectiva de campo (Bourdieu, 1997) dentro del cual se establecen relaciones de fuerza entre los diversos agentes que lo conforman, los cuales se encuentran diferencialmente posicionados. En este punto, aquellas relaciones de fuerza y de poder tienen incidencia directa con las formas en las que se configuran las intervenciones cotidianas y los modos en que se jerarquizan las disciplinas.

Es importante destacar que en la dinámica de trabajo dentro del área de Salud Mental conviven momentos disciplinarios, multidisciplinarios e interdisciplinarios coexistiendo en la práctica cotidiana, conformando estrategias de poder, en las cuales se tensiona todo el tiempo el saber y el hacer; conformando un juego estratégico en el cual circulan resistencias que median las relaciones en el equipo.

En este juego estratégico se inserta el Trabajo Social y aquello que deviene en demanda de intervención se vincula con las concepciones que tienen los otros profesionales acerca del quehacer profesional. En este sentido es importante ahondar sobre el porqué, el modo y el momento en el que se convoca la intervención del trabajador social en los tratamientos. Instalar interrogantes sigue posicionándose como una práctica ineludible y parte del diagnóstico inicial de todo proceso de intervención social.

En la mayoría de las situaciones, el Trabajo Social se incluye a partir de una interconsulta de otro profesional, entendiendo como interconsulta el vínculo entre profesionales, en el cual se reflexiona y se ponen en juego conocimientos teórico- prácticos para reorientar las intervenciones elaboradas hasta ese momento.

En el marco de equipos interdisciplinarios, este concepto implica en sí mismo una lectura profesional de una situación que tiene como resultado una pregunta dirigida a otro profesional (Marchevsky, 2006). En menor medida, surge como motivo de interconsulta que el paciente solicite una entrevista o apertura del espacio de seguimiento social y, en general, se identifica la intervención del Trabajo Social ligada a situaciones en donde se visualiza claramente la vulneración de derechos, alertando particularmente en casos en donde se presenta una situación socioeconómica desfavorable.

Dichas interconsultas suelen realizarse en momentos de "urgencia social", es decir, cuando la situación social del paciente se encuentra en estado crítico y requiere intervención en el aquí y el ahora, desdibujándose las instancias preventivas. Esto se vincula con la necesidad de que el Trabajo Social se incluya en los tratamientos desde un primer momento y pueda construirse una advertencia temprana de la dimensión social.

Del proceso analítico realizado no solo *a posteriori* de la construcción de la evidencia empírica, sino incluso en el proceso de recolección de información, se desprenden diferentes nominaciones y caracterizaciones de las distintas intervenciones del Trabajo Social, surgiendo incluso la conceptualización de la profesión como gestora de recursos ligada al "hacer" y una profesión referenciada a la resolución de problemáticas sociales.

Esta recurrencia se relaciona directamente con la concepción que subyace en los profesionales en torno a la Salud Mental y es necesario comprender que el padecimiento mental articula lo social y lo singular en el marco de situaciones complejas. Es importante advertir que, en muchas ocasiones, las demandas y las urgencias que se imponen no son demandas subjetivas, sino que son demandas externas al paciente, de la familia, de otra institución interviniente, de otro profesional o incluso son urgencias propias del Trabajo Social.

Por otro lado, en cuanto a las funciones y el quehacer del Trabajo Social, también es muy recurrente que otros profesionales desconozcan la especificidad y, por ello, apelan al término "complejo" para sortear dicha área de vacancia.

De este modo, el Trabajo Social es convocado por otros en calidad de asistente, de "salvador", de aquel que puede abordar la complejidad de las situaciones problemáticas presentadas y aparece como imprescindible la reflexión vinculada con la especificidad del Trabajo Social que abarca no solo las incumbencias profesionales sino especialmente las funciones asignadas y asumidas históricamente.

Las incumbencias profesionales pueden ser pensadas desde un marco normativo, el cual implica una regulación de las tareas y las responsabilidades de cada profesión estableciendo límites entre lo que se debe hacer y lo que no se debe hacer. Por otro lado, las incumbencias también pueden ser problematizadas entendiendo a los campos profesionales como espacios disputables en conflicto permanente mediados por intereses y la lucha por el reconocimiento profesional.

Estas diversas perspectivas coexisten al momento de llevar a cabo la práctica profesional ya que se tensionan cotidianamente entre lo demandado y atribuido al Trabajo Social y lo que cada profesional encarna en su quehacer diario.

Finalmente, resulta vital comprender al Trabajo Social como una práctica situada en un escenario de intervención en construcción permanente. Y es así que cada profesional, apelando a la posición subjetiva, debe dar cuenta sobre si ese lugar atribuido es únicamente imaginado por un otro o realmente lo desea y lo encarna, sosteniendo su posición simbólica frente a las demandas imaginarias, o no, del otro.

Para arribar a las conclusiones expuestas fue necesario re-conocer los orígenes de nuestra profesión, ahondar en distintas posiciones y formaciones, aceptando viejos y nuevos interrogantes. Como parte de un proceso espiralado y dialógico, las reflexiones finales de la presente investigación no intentan presentarse como conclusiones cerradas sino como aproximaciones al campo de intervención en Salud Mental del cual el Trabajo Social forma parte, apelando a un modo de comprender la realidad social que permita seguir trabajando y reflexionando con otros en una construcción constante.

Bibliografía

- Aresca, V., Caniggia, M., Castro, M., Domínguez, C., Ormando, L., Parrotta, A., Sarcone, A., (2009). *Equipos de Salud Mental en una guardia pediátrica*. Psicosocial & Emergencias. Publicación digital semestral sobre trabajo psicosocial en emergencias y catástrofes N° 6, p. 1-4. Buenos Aires
- Bourdieu, P. (1997) *Razones Prácticas*. Sobre la Teoría de la Acción. Anagrama. Buenos Aires
- Carballeda, A. (2012) *La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental*. Algunos interrogantes y perspectivas. Revista el Margen N°65 en línea: <https://www.margen.org/suscri/margen65/carballeda.pdf> (fecha de consulta 8/03/2018).
- Carballeda, A. (2008) *Salud e intervención en lo social*. Colección Cuadernos de Margen. Editorial Espacio. Buenos Aires
- Cazzaniga S. (2007) *Hilos y Nudos: la formación, la intervención y lo político en el Trabajo Social*. Espacio Editorial. Buenos Aires
- Cruz, V. Fuentes, P., López, N., Weber Suardiaz, C. (2014) Incumbencias y rol profesional: dos nociones a problematizar en Trabajo Social, en Cruz, V. y Fuentes, P. (2014) "Lo metodológico en Trabajo Social. Desafíos frente a la simplificación e instrumentalización de lo social". Editorial EDULP. Buenos Aires
- Elichiry, N. (1987) *El niño y la escuela*. Editorial Nueva Visión. Buenos Aires
- Follari, R. (2014) *Interdisciplina, hibridación y diferencia*. Algunos rubros de su discusión actual en América Latina. De raíz diversa, Vol. 1, Número 1. Buenos Aires
- Follari, R. (2003) *La interdisciplina revisitada*. Revista Filosofía política de la enseñanza, Buenos Aires.
- Karsz, S. (2007) *Problematizar el Trabajo Social*. Definición figuras, clínicas. Ed. Gedisa. Barcelona.
- Marchevsky, C. (2006) *El lazo social*. Una propuesta sobre el objeto de conocimiento en Trabajo Social. Espacio Editorial, Buenos Aires
- Miguel, P. (2009) Acerca de la intervención, de la identidad, y especificidad del trabajador social en la temática de la maternidad adolescente. HOLOGRAMATICA. Facultad de Ciencias Sociales (UNLZ). En línea: www.hologramatica.com.ar o www.unlz.edu.ar/sociales/hologramatica (Fecha de consulta 06/10/2019)
- Morín, E. (2000) *Introducción al pensamiento complejo*. Editorial Gedisa, Barcelona.
- Palma, D. (1988) *Las bases epistemológicas de la movilización social en La Promoción Social de los Sectores Populares*. Humanitas. CELATS, Buenos Aires.
- Parra, G. (2002) *Antimodernidad y Trabajo Social: orígenes y expansión del Trabajo Social argentino*. Editorial Espacio, Buenos Aires.
- Pessolano, D. (2013) *Teorías comparadas para (re)pensar los fundamentos teóricos y filosóficos de la intervención en Trabajo Social*. La Corriente Crítica Brasileira y Saül Karsz. Revista Trabajo Social 15. Bogotá: Departamento de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia
- Sousa Santos, B. (2003) Epistemología del sur N. del Ed.: El 3er Foro Social Mundial Porto Alegre. Brasil.
- Stolkiner, A. (2003) *Nuevos enfoques en Salud Mental*. Ponencia 14° Congreso Latinoamericano de arquitectura e ingeniería hospitalaria. Buenos Aires.

