

Artículos seleccionados

El egreso hospitalario de personas adultas con alto nivel de dependencia a partir del abordaje de sus interacciones familiares

Jesús del Canto*

Fecha de recepción:	26 de febrero de 2019
Fecha de aceptación:	18 de mayo de 2019
Correspondencia a:	Jesús del Canto
Correo electrónico:	lic.delcanto@gmail.com

*. Licenciado en Trabajo Social. Hospital General de Agudos "Dr. Teodoro Álvarez", Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Resumen:

El egreso hospitalario de personas adultas internadas con alto nivel de dependencia puede verse obstaculizado por razones no médicas. Estas pueden incluir la ausencia de dispositivos acordes con las necesidades de cuidado de los sujetos, así como también interacciones familiares problemáticas que obturan la elección de una alternativa de egreso y/o demoran su resolución. Se trata de un escenario que constituye motivo de interconsulta para el Trabajo Social en el ámbito hospitalario, requiriendo una adecuada evaluación y el despliegue de intervenciones acordes para su modificación. En el caso específico de problemas interaccionales entre los miembros de la familia del sujeto, o entre ésta y el equipo de salud, el profesional de Trabajo Social puede

evaluar la situación desde los ejes del enfoque sistémico: problema, comunicación, organización, paciente identificado e historia familiar. A partir de este diagnóstico, se puede intervenir a partir de una serie de técnicas que apuntan a modificar las creencias, conductas e interacciones de las personas para favorecer el egreso hospitalario. Asimismo, de no existir alternativas, se pueden recurrir a otras instancias de gestión y/o judiciales. En cualquier caso, estas acciones no necesariamente implican eventos aislados, sino que pueden configurarse como una estrategia a desarrollarse desde el proceso metodológico de intervención.

Palabras clave: Familia - interacciones - intervención.

Summary

Leaving hospital by challenged people may have obstacles because of non medical reasons. These might include the absence of devices related to the health care needs of these patients, just like problematic family interactions that difficult the election of an option to leave hospital and/or delay its resolution. It's a scenario that becomes a motive to ask Social Work to assist in hospitals, requiring a professional evaluation and the development of interventions in order to promote change. In the specific case of interactional problems between members of the patient's family, or between them and the health care team, social work professionals can evaluate the situation by the Concepts of systemic approach: problem, communication, structure, identified patient and family history. With this diagnose, it's possible to intervene by a series of techniques that have the goal to change perceptions, behaviours and people interactions to promote leaving hospital. Furthermore, if there are no alternatives, it's possible to go other stages or management and/or justice. In any case, these actions not necessarily imply isolated events, rather be configured as a strategy to develop by methodological process of intervention.

Key words: Family - interactions - intervention.

Introducción¹

El presente artículo tiene por objetivo analizar cómo algunas interacciones familiares de personas adultas internadas con un alto nivel de dependencia pueden obstaculizar su egreso hospitalario, luego de contar con el alta médica. El mismo parte del análisis y reconstrucción teórica del ejercicio profesional en el Servicio Social de un hospital general de agudos abordando la problemática antes descripta, desarrollando estrategias enfocadas en las aludidas interacciones.

Se trata de una propuesta ecológica y sistémica, en la cual se concibe al ser humano en constante intercambio con su medio social y sus relaciones, transformándose mutuamente (Bateson, 1999; Bronfenbrenner, 1987). Desde este ángulo se busca comprender qué puede ocurrir en las familias que cuentan con un miembro no autoválido y cómo las interacciones entre estos grupos

y el equipo de salud podrían evaluarse a los efectos de diseñar intervenciones que favorezcan externaciones del hospital.

Esta perspectiva dialoga con las disposiciones normativas que regulan estas situaciones en términos de derechos y salud integral, y con aportes sociológicos sobre obstáculos también presentes que ciertamente no dependen de la agencia de los sujetos. En todo caso, resulta fundamental poder visualizar cómo los intercambios entre los miembros de una familia, y entre esta y el personal sanitario son condicionadas por variables coyunturales y estructurales y qué peso tiene cada una de ellas en la definición del egreso.

En este punto, resulta oportuno aclarar que no se trata en modo alguno de un protocolo rígido sobre cómo debería intervenir ante ciertas situaciones cuyas características pueden parecer estándares, puesto que siem-

1. Agradezco a la colega Mg. Graciela Nicolini por su atenta lectura y aportes a esta producción.

pre debe atenderse la singularidad. Tampoco el recorte propuesto configura la única fuente de obstáculos en el proceso de favorecer el egreso hospitalario de personas en condiciones de alta clínica. Antes bien, este trabajo constituye un esbozo sobre cómo un profesional del Trabajo Social (o de otra disciplina involucrada) puede situarse y desenvolverse en un escenario en el cual confluyen lo familiar, lo institucional, lo normativo y lo sociopolítico, retroalimentándose mutuamente.

Con estos objetivos planteados, el artículo comenzará caracterizando brevemente el problema social de las internaciones prolongadas por razones no médicas. Luego se presentarán aportes desde los cuales se concibe a los sujetos mencionados en términos de discapacidad y salud mental. Una vez delimitado el recorte, se propondrán algunas estrategias y finalmente se presentarán las conclusiones. Desde luego, se trata de un proceso de construcción de conocimiento que busca generar nuevos interrogantes.

Internaciones hospitalarias prolongadas por razones no médicas

Como ya se adelantaba, los sujetos que protagonizan este análisis son los pacientes internados con egresos demorados por cuestiones que exceden la labor médica, careciendo sus familiares o red social inmediata de posibilidades de resolver dicho egreso. Estas internaciones se desarrollan principalmente en unidades de Clínica Médica, Traumatología, Cardiología, Cirugía, Terapia Intensiva y Salud Mental, por mencionar las más representativas. En cada caso, tal vez con excepción de la última, la internación se encuentra justificada por un criterio médico ligado a un problema de salud susceptible de ser tratado por dicha especialidad.

Ahora bien, cuando ese problema es tratado médicamente y ya no hay derivaciones para realizar a otros espacios de internación, los sujetos podrían no egresar del hospital debido a una serie de razones. Esta situación, a saber, tener que organizar espacios de cuidado y/o rehabilitación para el paciente constituye una demanda para el Servicio Social en el hospital por parte del equipo médico de las diferentes salas o unidades de internación. Asimismo, la pertinencia del Servicio Social en relación con los egresos se encuentra avalada por la normativa vigente. En efecto, la Resolución 484/2002 del Ministerio de Salud enumera las funciones de estos profesionales y plantea, entre otras: “Promover la

participación del paciente y su familia sobre los efectos sociales del diagnóstico y pronóstico médico, así como en la programación del alta”.

Es frecuente este tipo de intervención con adultos mayores, en el que se entrecruzan la ausencia de familia continente con la inexistencia de programas y dispositivos que favorezcan el regreso a su contexto social, haciendo que la institucionalización sea una de las pocas alternativas viables (del Canto, 2015)

Asimismo, más allá del momento del ciclo vital que atraviesa el sujeto, el cursado de internaciones por problemas de salud en su fase aguda puede reducir la autonomía de quien los padece. De este modo, la discapacidad de una persona adulta ligada a la imposibilidad de desarrollar conductas de autocuidado y/o actividades instrumentales constituye un motivo de intervención del Trabajo Social bien identificado por el resto del equipo de salud. Se trata de los pacientes habitualmente llamados sociales, para aludir al hecho de que quedan internados esperando un hogar geriátrico o terapéutico al cual egresar sin tener criterio clínico que justifique su presencia en la sala.

Esta situación ha sido extensamente investigada por un grupo de trabajadoras sociales insertas en diferentes hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires, quienes han explorado los obstáculos presentes en el egreso hospitalario de personas adultas con internaciones prolongadas por razones no médicas (Brovelli et al., 2015). En este trabajo, sus autoras visibilizan que en la resolución de la problemática confluyen una serie de variables tales como sus ingresos, los tiempos judiciales de aquellos casos con intervención de este tipo y la ausencia de políticas públicas que contemplen prestaciones de salud tales como rehabilitación y cuidados integrales de enfermos crónicos en su domicilio (cuando las personas cuentan con un lugar donde vivir)

Para explicar la génesis de esta situación, aluden a las transformaciones epidemiológicas ocurridas en los últimos tiempos relativas al auge de enfermedades crónicas y discapacidades mentales y físicas, problemas de salud para los cuales ciertamente no fue creado el hospital general de agudos, proveniente de un paradigma anterior. Ahora bien, este desajuste entre las necesidades sociales de las personas usuarias de los servicios públicos de salud y la oferta efectiva de éstos ciertamente constituye una fuente de obstáculos para el egreso del hospital, implicando gastos innecesarios para el sistema y un impe-

dimento para que otras personas con criterio de internación médica accedan a una cama. Sin embargo, cuando la institucionalización se encuentra disponible a través de la cobertura de obra social del paciente (PAMI, por lo general) o a través del sistema público de salud, pudiera ser que el paciente o su familia no la aceptasen.

En los casos en que la única alternativa de egreso del hospital es el ingreso a un dispositivo geriátrico o terapéutico y el paciente no reúne condiciones psicológicas o neurológicas para aceptar esta opción, puede ocurrir que sea la familia quien se niegue a la aludida alternativa de egreso. Este es el foco del presente trabajo: cómo interpretar la dinámica de un grupo familiar y la interacción entre esta y el equipo de salud y cómo podría intervenir sobre estos circuitos a los efectos de remover obstáculos en las externaciones.

Familias, discapacidad y salud mental

Con vistas a proponer de proponer diagnósticos sobre el funcionamiento de las familias cuyos miembros se encuentran en el escenario que viene describiéndose hasta aquí, parece oportuno realizar algunas precisiones conceptuales sobre algunas categorías.

En lo que se refiere a las familias de los sujetos, y como se citaba antes, la misma Resolución 484/2002 señala que es función de los trabajadores sociales incluirlas en sus intervenciones. Desde luego, las profundas conexiones existentes entre este grupo humano y el ejercicio profesional son históricas (Aylwin y Solar, 2003; Méndez Guzmán, 2016), habiendo generado a lo largo del tiempo diferentes tipos de relación profesional y concepciones teóricas que a su vez fundamentaron diversas metodologías y técnicas (Quintero Velásquez, 2011)

Cabe aclarar en este punto que en no pocas ocasiones las personas se encuentran absolutamente desvinculadas de toda red de contención y no es posible referirse a una intervención familiar. Se trata de aquellos pacientes con padecimientos mentales severos y/o con trayectorias de desafiliación social (Castel, 1997), como los adultos solos en situación de calle, por ejemplo.

Sea como fuere, el grupo familiar constituye un factor a tener en cuenta a la hora de construir diagnósticos y diseñar proyectos de intervención. En este trabajo se pensará a la familia como un sistema humano, es decir, como un conjunto de dos o más personas que interac-

túan entre sí en un contexto determinado, teniendo a su vez intercambios con este y atravesados por funciones de cuidado y socialización (Minuchin, Colapinto y Minuchin, 2000). Esta visión interaccional de las relaciones humanas en general y de la familia en particular se ha ampliado con la inclusión de variables tales como el género y la diversidad cultural (Goodrich et al, 1989; Goldenberg y Goldenberg, 2012)

Desde esta perspectiva, la familia, con independencia de su configuración, atraviesa una serie de fases o ciclos vitales que pueden ser fuente de crisis. Estos momentos son relativos al crecimiento de sus miembros y al modo en que progresivamente se redefinen sus relaciones, en función también de las demandas que les presenta el contexto social ampliado (Nichols, 2014). Cuando surgen dificultades en estas transiciones que los sujetos no pueden sortear por sí mismos, pueden gestarse formas de malestar aparentemente individuales pero que en el fondo implican a todo el grupo, pudiendo constituirse en demandas de intervención (Haley y Richeport-Haley, 2006)

Algo similar puede ocurrir con la discapacidad de un miembro de la familia, sea o no adulto mayor, ligada a accidentes o enfermedades crónicas que generan desvalimiento (Rolland, 2000). Para este autor, los problemas de salud graves y/o que afectan en forma reiterada a un sujeto repercuten en la dinámica de funcionamiento de su familia, poniendo a prueba la capacidad de esta para flexibilizarse y adaptarse a los cambios que exige la patología. Esta capacidad del grupo familiar de responder a una situación de esta índole depende tanto de los ejes de funcionamiento sistémico (comunicación, organización y cohesión) como de la historia familiar previa.

Una aclaración parece fundamental: de ningún modo se está aquí equiparando las nociones de "vejez" y "discapacidad" o enfermedad. En este sentido, como bien lo señala Salvarezza (1999), constituye un prejuicio contra esta fase de la vida denominado viejismo el considerar que una persona adulta mayor se encuentra necesariamente enferma. Lo que está tratando de delinarse es un perfil de sujeto que no puede cuidar de sí mismo y que, frente a una internación hospitalaria, implica intervenciones por parte del equipo de salud y una reorganización de su medio social cercano, ya sea familiar y/o institucional.

Sea como fuere, este aumento en la dependencia de una persona podría organizar sistémicamente a su familia

en torno de este problema generando mayor malestar y no pudiendo satisfacer las necesidades de ese sujeto en particular o del resto. Esta lectura interaccional de la realidad puede complementarse y ampliarse con algunas concepciones actuales de la discapacidad y la salud mental.

En relación con la primera, la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de La Salud (CIF) desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) inaugura una perspectiva según la cual se evalúa el funcionamiento de una persona en una o varias áreas de su vida y los obstáculos que pueden presentarse. Se trata de una concepción integral de las personas, en oposición al modelo biomédico, que sólo reconoce los déficits orgánicos.

En una línea similar, la salud mental, genere o no una discapacidad, es entendida en las Leyes 448 de Ciudad de Buenos Aires y 26.657 de Nación en forma multidimensional, acentuando el peso de grupos primarios y del ámbito comunitario en la atención de padecimientos. Esta normativa también insta entes reguladores de las instituciones y servicios de salud mental y acentúa el peso del Estado y las políticas públicas en la atención de los sujetos.

Sin embargo, investigaciones de diferentes tendencias teóricas e ideológicas (Sialle Demiddi, 2013; Weber Suardiaz, 2014; Benassi y Serra, 2015) coinciden en señalar que la desmanicomialización, al no haber sido efectivamente acompañada por políticas públicas en Argentina, ha implicado depositar nuevamente en los sujetos y las familias la responsabilidad de la resolución de problemáticas. Se trataría de una lógica de distribución de recursos coherente con el auge del pensamiento neoliberal en el ámbito público, ligada a la reducción del gasto social.

En cualquier caso y como trata de sostenerse aquí, aunque la institucionalización o la organización de cuidados en domicilio de una persona dependiente constituyan posibilidades, su familia podría obstaculizar el egreso hospitalario y sostener la internación en el efector de salud en forma indefinida, favoreciendo un cuadro de iatrogenia. Este es el recorte problemático objeto de intervención social aquí: al margen de la existencia y disponibilidad de recursos para asistir a estos adultos fuera del hospital, cómo analizar la comunicación entre la familia y el equipo de salud y poder abordarla para favorecer la externación.

Algunos aspectos a evaluar en el entramado paciente - familia - equipo de salud

En los apartados anteriores se ha trazado un escenario en el cual confluyen marcos normativos y teóricos que encumbran los derechos de las personas dependientes, las dificultades con los dispositivos y recursos que esas mismas normativas proponen para su asistencia y el peso de la familia como grupo primario proveedor de cuidados.

A los efectos de intervenir en esta complejidad, se propone pensar las acciones profesionales en el esquema de la metodología de De Robertis (2006). Esta referente del Trabajo Social describe una serie de fases en las cuales se puede pensar el trabajo, desde la identificación de la demanda o problema social hasta la finalización de la intervención. Se trata de una secuencia presentada en forma lógica sobre cómo unas fases suceden a otras, aunque como la misma autora advierte, en realidad son simultáneas y/o dialécticas.

En lo que se refiere al problema social, ya ha sido presentado en los apartados anteriores. El mismo puede ser enunciado por otros integrantes del equipo de salud, o expresado por el mismo paciente y/o su familia en términos de demanda de intervención. En este punto, conviene atender a quién señala la situación, puesto que las perspectivas e intereses que fundamentan la solicitud suelen no coincidir. Si proviene de miembros del equipo de salud como por ejemplo el personal médico, pudiera estar relacionada más con la necesidad de favorecer el egreso hospitalario para favorecer el giro cama, que con la organización y necesidades de cuidado del sujeto en cuestión.

Por otro lado, si la situación problemática fuese formulada por un integrante de la red social del paciente, podría asociarse con el reconocimiento de progresivos procesos de desgaste de su capacidad de proveer cuidados en relación con su familiar (del Canto, 2017). Estas diferencias en torno al origen de la demanda social no son menores, ya que constituyen indicadores diagnósticos sobre el funcionamiento de la familia y la relación que esta pudiera llegar a establecer con la institución y el trabajador social.

Ahora bien, tal y como proponen las normativas antes mencionadas, la perspectiva del sujeto (paciente) a través de su consentimiento es central en el momento

de tomar decisiones que afectan su salud, como el lugar donde vivirá por fuera del hospital. No obstante, pudiera ser que este no se encontrara en condiciones de manifestar su voluntad, debido a deterioro cognitivo, enfermedades neurológicas, un accidente cerebrovascular, etc.

A los efectos de evaluar o realizar un diagnóstico, y retomando la concepción de familia antes propuesta, es importante atender a los ejes de funcionamiento de un sistema humano. Para autores tales como Serebrinsky y Rodríguez (2014), los ejes centrales son: problema, dinámica o comunicación y estructura u organización. Estos ejes provienen de las principales escuelas de terapia familiar y son pasibles de ser integrados. También es central la noción de paciente identificado, si es que hay uno, y más aún en aquellos casos en los cuales no es evidente y no se trata del miembro dependiente.

En cuanto al problema, y como venía diciéndose con anterioridad, conviene diferenciar cómo es planteado y qué significa para cada quien. Desde el punto de vista sistémico, el problema constituye una dificultad en la vida de una o varias personas que no ha podido resolverse y que, por el contrario, los intentos de resolución fallidos lo han intensificado (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1992). En la situación que nos ocupa, pudiera ser que los miembros de la red del paciente ya hubieran descubierto que la persona no podía continuar viviendo sola, si era lo que ocurría, o que ya no podrían continuar cuidándola, si vivía con algunos o varios de ellos.

Algunas soluciones intentadas fallidas a esta dificultad pueden haber sido proponerle a la persona el ingreso en un dispositivo, costear un cuidador particular, reforzar cuidados familiares o simplemente no hacer nada y apostar a una autonomía ya en declive de su familiar. Como sea, estos intentos de atender a la cuestión del autovalimiento deben ser explorados por el profesional en entrevistas con el paciente y con su red, a los efectos de evitar proponer proyectos que ya han sido ineficaces en el pasado.

Respecto a la comunicación, se trata de un proceso de interacción circular entre dos o más personas en el cual se intercambia información y que puede ser asociado a la noción de conducta (Ceberio, 2006). Así, toda conducta, incluyendo el silencio, implica comunicación, y toda comunicación constituye una conducta relacional. Testear este eje significa reconocer si las personas involucradas se confirman o no, si existe descalificación,

cómo se comunican (si hay pedidos, reclamos, quejas, etc) y si hay simetría o complementariedad (y sobre qué temas o aspectos)

En aquellas familias que cuentan con un miembro internado no autoválido, conviene chequear en la medida de lo posible 1) cómo se comunican entre sí el paciente y el grupo, 2) los miembros de este entre sí y 3) el sujeto, toda la familia y el equipo de salud. Aunque ciertamente puede parecer una empresa compleja, se trata de un aspecto útil a los fines de evaluar las resistencias que pueden llegar a tener los usuarios y así diseñar estrategias que no las desconozcan y por ende reproduzcan soluciones fallidas.

En lo que se refiere a la organización, se trata del conjunto de pautas transaccionales que progresivamente se construyen entre los sujetos que lo integran y que definen sus relaciones, cuyos elementos son las fronteras, los límites, la jerarquía, las distancias y los roles y funciones (Minuchin, Nichols y Lee, 2011). En la organización se ponen en juego cuestiones tales como las expectativas que tienen las personas unas de otras y la información que comparten entre sí y con otros sistemas.

De esta manera, aquellas familias que comparten muy poca información con el equipo de salud u otros sistemas tendrán una frontera cerrada o rígida. Si por el contrario, no existen limitaciones en aquello que se comparte con el exterior, se puede decir que su frontera se encuentra demasiado abierta o es difusa. Una cuestión a atender, pensando en sistemas con un integrante atravesado por la discapacidad o enfermedad crónica, es que las intervenciones múltiples que no reconocen las conexiones entre los sujetos y sólo ven individuos podrían debilitar aún más sus fronteras y su capacidad de gestionar problemas (Minuchin, Colapinto y Minuchin, 2000)

Así, desarrollar estrategias profesionales que busquen la salud integral y sean respetuosas de los sujetos y sus derechos debería incluir el pensar en términos de características individuales a la vez que procesos interaccionales y redes más amplias (Selvini Palazzoli, 1990; Morin, 2004; Sluzki, 2014). Tal vez esto no sea siempre posible o al menos simple, puesto que la crisis generada por la pérdida de autonomía e independencia podría re-flotar conflictos pasados no resueltos o generar nuevas disputas en donde los intereses no siempre sean reconciliables.

Por ejemplo, sería el caso de hermanos adultos que no acuerdan sobre quién cuidará a su padre o madre (u otro familiar, para el caso) o sobre si accederán o no a la institucionalización. En este último caso, puede ponerse en juego también el difícil reconocimiento de que el paciente ya no tiene la autonomía que tuvo en su juventud y/o antes de la fase aguda de su problema de salud. Esto mismo podría sucederle al sujeto en cuestión, en aquellos casos en los cuales puede reconocer sus dificultades pero no es realista en cuanto sus posibilidades de egreso, ligadas a su propia situación psicofísica y/o a su falta de recursos económicos para retornar a su domicilio (si es que cuenta con uno)

Además de estas variables, sería oportuno visualizar, como se planteara antes, si existe o no un paciente identificado, entendido como aquel a quien sus familiares señalan como “el problema” y por el cual consultan. En estos casos, en general se trata del miembro ahora dependiente, pero también podría tratarse de uno de los miembros de la red, que actúa como portavoz, es decir, denunciando el acontecer de todo el grupo (Serebrinsky, 2009)

Ahora bien, pensar en términos de problema, comunicación, organización y (potencial) paciente identificado remite al funcionamiento actual o presente de las relaciones. No obstante, estas variables deben ser comprendidas además en función de la historia de la familia, siempre que sea posible reconstruirla. En este sentido, el conocimiento de esta es importante a los efectos de visualizar cómo los lugares, lealtades y mitos (Boszormenyi-Nagy y Sparks, 2003) que atraviesan a los sujetos se ponen en juego en el conflicto del presente. También ayuda a los efectos de ponderar y estimar cuestiones tales como el cuidado y el riesgo en el cual podrían encontrarse los sujetos en determinados cursos de acción. No estamos aquí afirmando en modo alguno que los eventos del presente se expliquen por sí mismos a partir de las situaciones pasadas, ni que el conocimiento de éstas sea suficiente o inclusive necesario para producir modificaciones en el cuadro actual (Ceberio y Watzlawick, 1998). Pero sí la inclusión de estos datos contribuye con la posibilidad de realizar pronósticos para generar conocimiento sobre el devenir de los eventos hasta el presente y posible situaciones futuras.

Todos estos aspectos en relación a la intervención con familias han sido extensamente analizados desde el Trabajo Social por referentes en el tema de cuidados paliativos (Novellas, 2000). En esta óptica, ocupa un lugar

central la identificación de cómo los procesos de comunicación entre los miembros de una familia con una persona con una enfermedad crónica pueden obtener o favorecer su tratamiento, y/o repercutir en todo el grupo.

Finalmente, todos estos factores ligados a la interacción familiar deberían ampliarse con la inclusión y valoración de variables tales como la interdisciplina, la intersectorialidad (qué otros equipos e instituciones también participan de la situación) y el reconocimiento de los derechos y necesidades en juego (del Canto, 2018)

Con este mapeo en mente sobre la singularidad de cada situación es que pueden diseñarse estrategias de intervención coherentes con estos ejes, de acuerdo a la autonomía profesional, el modo en que se configuren las relaciones de fuerzas y los recursos efectivamente disponibles.

La intervención social: aspectos educativos, terapéuticos y de gestión

Diferentes autores contemporáneos del Trabajo Social en esta y otras latitudes proponen una serie de funciones profesionales ligadas tanto a la interacción interpersonal con los usuarios con fines terapéuticos y educativos como de gestión de recursos (Kisnerman, 2005; Molina Molina, 2004; Calvo, 2013; Constable, 2016). Aunque ciertamente existe diversidad en sus planteos y en el desarrollo de la profesión en Argentina, parecería existir algún nivel de acuerdo sobre esto; sobre lo que los profesionales efectivamente hacen y sobre lo que pueden hacer. Pues bien, en el recorte problemático del objeto de intervención, constituye un ejercicio pensar cómo producir modificaciones sobre la dinámica familiar y la relación entre ésta y el paciente, y entre ésta y el equipo de salud.

En primer término, se destacan las posibilidades educativas y terapéuticas del diálogo con los sujetos, de acuerdo con el diagnóstico realizado a partir de las variables enunciadas en el apartado anterior. En esta línea, autores como Bergman (1991), Minuchin y Fischman (2008) y Ceberio y Watzlawick (2011) recopilan y sintetizan las técnicas desarrolladas desde el pensamiento sistémico para el abordaje de los ejes diagnósticos antes presentados (problema, comunicación, organización, paciente identificado e historia familiar). Si bien es cierto que continúa siendo un tema polémico en Argentina la participación de trabajadores sociales en procesos terapéu-

ticos (Chadi, 2005), convendría evaluar en qué medida alguna o varias de estas técnicas pueden aplicarse en el ámbito hospitalario en el marco de la intervención social.

Como técnicas que pueden aplicarse a las situaciones abordadas (e integradas a la práctica del Trabajo Social en general) se destacan las siguientes: redefinición, cuestionamiento circular, connotación positiva de síntomas, uso de historias y analogías, confrontación, rol playing, entre otras. En general, estas técnicas se dirigen a modificar el modo en que los sujetos perciben la realidad y sus relaciones, con el objetivo de que se modifiquen sus interacciones y su relación con el contexto.

Por supuesto, su integración en una estrategia debe ser coherente con el testeado de los ejes de comunicación, problema y organización identificados en la situación problemática. Retomando el esquema metodológico ya mencionado, aquí se alude a la evaluación preliminar, la elaboración de un proyecto de intervención y la puesta en práctica de estrategias (De Robertis, 2006)

En cuanto a la redefinición y dirigida a los familiares, podría señalarse que las dificultades del sujeto son propias de su edad o discapacidad y que la institucionalización y/o inclusión o reorganización de cuidados son coherentes con la disponibilidad de recursos en la sociedad actual. Plantear alternativas de este modo incluye la situación singular en un contexto general y reduce así las posibilidades de sentirse culpable que pueden tener los miembros de la familia. Es decir, al ver sus decisiones como parte de una serie más amplia que los trasciende y no como un acto de abandono y daño a hacia su ser querido.

A la inversa y en relación con el paciente, podría transmitírsele que las decisiones que su familia deba tomar para propiciar su externación responden al afecto que le tienen (aunque esta incluya la gestión de un hogar geriátrico o terapéutico). De este modo, lo que un sujeto podría no tolerar y constituir fuente de malestar para con sus allegados, podría presentarse como un acto de amor y cuidado.

Esta técnica de redefinir los problemas ha sido analizada por Eduardo Cárdenas (1998) como parte de procesos de mediación familiar. Este autor, propone concebir la situación de un modo tal que sea resoluble y que incluya el propio cambio perceptivo del profesional, para que sea capaz de comunicarlo a las partes implicadas. Asimismo, es interesante su apuesta al uso de este recurso como medio para resolver conflictos entre diferentes actores y no sólo destinada a un único sujeto.

Retomando las técnicas, el cuestionamiento circular (Boscolo et. al. 1987; Diorinou y Tseliou, 2014), además de favorecer la obtención de informaciones, permite que las personas puedan percibir el modo en que sus conductas se influyen unas a otras. Así, realizar entrevistas conjuntas y preguntarle a cada interlocutor qué siente frente a determinada emoción, o qué hace frente a cierta conducta de los demás, y viceversa, propicia el reconocimiento de las conexiones existentes entre los sujetos.

En este sentido, hablando con una señora mayor y su hija adulta de mediana edad, se le podría preguntar a esta última qué piensa acerca de su madre dejando la llave del gas abierta, o las facturas impagas, etc. En contraste, a la paciente podría preguntársele qué piensa que siente su hija con estas mismas conductas por su parte. La aplicación de esta misma técnica deviene pertinente con familiares, que no acuerdan sobre la toma de decisiones sobre la externación y no parecen en principio capaces de escuchar las razones y fundamentos del otro. Respecto al uso de historias y analogías, se trata de una técnica dirigida a influir en el inconsciente del interlocutor, incluyendo sus valores y marco de referencia aludiendo de forma remota e indirecta a sus problemas e inquietudes (O' Hanlon, 1995; Rosen, 2009). De este modo, se pueden abordar profesionalmente las dificultades que presentan los usuarios de forma indirecta, abriendo así alternativas a la situación planteada.

En este sentido, invocar situaciones similares atravesadas por otros sujetos (modificando detalles y datos sensibles) y/o de la historia personal del profesional son buenos ejemplos, relativos siempre a la cuestión de organización de cuidados posterior a la internación. Asimismo, y en el caso de adultos mayores, el profesional puede capitalizar su propia experiencia (si es que esta no constituye una fuente de angustia para sí mismo) con sus abuelos/as, tíos/as o padres y utilizarla en forma narrativa, siempre que en forma indirecta esta guarde relación con lo que le acontece a los sujetos asistidos.

En contraste, la confrontación constituye una técnica directa que también requiere evaluar las posibilidades de los sujetos para escuchar o visualizar aspectos de sus vidas que presentan problemas, o soluciones intentadas que otrora fueron exitosas pero que ahora ya no lo son. De esta manera, no es infrecuente que algunos cuidadores/as se nieguen a favorecer la institucionalización de sus familiares dependientes alegando que los "venían cuidando perfectamente hasta ahora". Lo mismo puede ocurrir con la población adulta mayor, que hasta el momento de

la internación, podía vivir por sus propios medios en su casa, pero que a posteriori de la crisis de salud que motivó la internación debe empezar a reconocer que este estilo de vida no podrá continuar debido a sus limitaciones.

En estos escenarios, sería importante identificar aquellas posibilidades de los usuarios para escuchar y aceptar versiones diferentes sobre las realidades que han construido, porque de lo contrario, se correría el riesgo de aumentar la frustración y afectar la relación profesional. En lo que respecta al rol playing, se le podría pedir a uno o varios familiares que imaginen estar en la situación de su familiar con dependencia psicofísica. O viceversa, pedirle al paciente que se imagine “en los zapatos” de los integrantes de su red social. A través de este proceso, se podría favorecer que los sujetos valoren otras perspectivas y situaciones además de la propia, contribuyendo a comprender lo difíciles que pueden ser las decisiones de otros en este escenario de crisis vital.

En definitiva, lo que todas estas técnicas tienen en común es el uso del lenguaje como vehículo para modificar las creencias de las personas y así influir sobre sus conductas (Wainstein, 1991). Retomando el apartado anterior, se trata de recursos que apuntan a modificar el modo en que los sujetos han construido el problema, las interacciones comunicacionales que lo sostienen y refuerzan y/o la organización en la que se encuentran y que, frente a la discapacidad sobreviniente, ya no resulta adecuada para cumplimentar las funciones de cuidado necesarias. También pueden favorecer mover al paciente identificado del lugar que ocupa como portador del problema e instalar en los sujetos una óptica relacional sobre sus padecimientos. Es decir, que son técnicas coherentes con el tratamiento de los ejes diagnósticos de su funcionamiento relacional.

Concebir la intervención profesional desde esta perspectiva puede aplicarse no sólo a los usuarios, sino también a los demás actores intervinientes. En efecto, aunque los ejemplos expuestos hasta aquí remiten a la interacción profesional-usuarios (paciente y/o familia o red social), sería oportuno incluir en los abordajes a otros profesionales tratantes. Por un lado, debido al carácter interdisciplinario de los equipos de salud. Por otro, debido a que el alta médica corresponde a quienes integran dicha profesión, su aporte en términos comunicacionales es fundamental en reuniones conjuntas con familiares para evacuar inquietudes de ligadas a su saber profesional que hacen a la salud del paciente. En esta línea, otras disciplinas que aborden los casos pueden contribuir con la

comprensión y transmisión de la vulnerabilidad que atraviesa el paciente y la importancia de revisar críticamente qué sucederá en su egreso institucional.

Desde el ángulo normativo, pensar el ejercicio profesional frente a este problema social realizando intervenciones que apunten a la modificación de patrones de interacción interpersonal entre individuos, familias e instituciones es coherente con las leyes de salud mental y el paradigma actual de discapacidad. En efecto, esta óptica también interpreta lo humano en forma multidimensional, dinámica y poniendo el foco en los aspectos saludables antes que en los problemáticos o patológicos. Ahora bien, aunque este enfoque pueda ser coherente con algunas normativas y paradigmas en vigencia que validan los derechos de los sujetos y promueven su desarrollo, no se encuentra exento de críticas en la academia profesional. En efecto, Gianna (2015) ha planteado que el modelo sistémico constituye una nueva forma de abordajes tradicionales que se preocupan por cuestiones puramente metodológicas y desconocen las determinaciones político-económicas de las situaciones abordadas. Para este autor, un enfoque de esta índole es funcional a estructuras que generan y sostienen las desigualdades, al no cuestionarlas y en cambio depositar en los sujetos y sus redes inmediatas la responsabilidad de resolver sus problemas y gestionar sus necesidades.

Desafortunadamente, una perspectiva ideológica y profesional de este tipo parece ignorar la compleja ecología en la que se construyen los problemas y cómo el hecho de que intervenir en unos niveles de la realidad no necesariamente implica invisibilizar otros. Como ya se ha dicho en el primer apartado, trabajar con el paciente, su familia y el equipo de salud para lograr acuerdos sobre la alternativa de egreso más favorable en el marco de las posibilidades existentes no excluye al Estado y a las obras sociales de las responsabilidades que tienen en el cuidado de la salud. Antes bien, la apuesta aquí se centra en aquello que es posible de ser atendido por el profesional en forma directa en contacto con los sujetos, sin obviar las normativas que prescriben la existencia de dispositivos que dependen de coyunturas y estructuras más amplias.

Dicho esto y retomando la cuestión instrumental, las técnicas anteriormente expuestas y otras que se dirijan al cambio subjetivo y conductual podrían resultar insuficientes en aquellas situaciones en las cuales se encuentran involucradas familias con fronteras extremadamente rígidas, inaccesibles o bien que son inexistentes (en alusión a los pacientes totalmente solos)

En estos casos, la gestión de recursos y la inclusión de la instancia judicial (en tanto marco protección del sujeto atravesado por una discapacidad) también son acciones profesionales que pueden complementar lo educativo y terapéutico. En efecto, en el caso de la primera, podría ser como se mencionaba al inicio, que el dispositivo terapéutico (hogar, por ejemplo) o sistema de apoyo deba ser solicitado al Estado u obra social del paciente, y eventualmente reclamado de no recibirse una respuesta acorde.

En cuanto a la inclusión de la instancia judicial, generalmente aludida con el término "judicialización", la solicitud de inicio de un proceso de determinación de capacidad del sujeto (en los términos de arts. 31 a 50 del Código Civil y Comercial de la Nación) puede ser la alternativa frente a familias con fronteras demasiado rígidas en las cuales no sea posible el diálogo sobre el egreso hospitalario del paciente o cuando éste último presente un nivel de incapacidad muy elevado que comprometa su autodeterminación. A través de la aludida figura jurídica, se evalúan las posibilidades de una persona de ejercer sus derechos, desarrollar actividades de la vida diaria y relacionarse con su entorno. En aquellos casos de incapacidad absoluta, se podrían designar figuras de apoyo o un curador (éste excepcionalmente, ante imposibilidad absoluta de interactuar con el entorno y expresar su voluntad, art.32 del CCCN), que tome las decisiones por la persona en cuestión (Garate, 2017)

En este escenario, que supone someter a la decisión judicial cuestiones atinentes a la persona internada, igualmente puede y debe sugerirse en un informe interdisciplinario elaborado por el equipo tratante cuál podría ser la medida más acorde con el bienestar psicosocial de las personas involucradas (incluyendo la institucionalización)

Todo este análisis de las relaciones entre el sujeto y su familia y entre ésta y el equipo de salud (y otros que pudieran sumarse a lo largo del proceso, como son los actores del ámbito judicial) y cómo intervenir sobre ellas corresponde con lo que De Robertis (2006) llama elaboración e implementación del proyecto de intervención. Los efectos en la dinámica familiar, en la perspectiva del paciente o en las interacciones entre los involucrados proveerán los datos para conformar la evaluación de resultados, un proceso circular que generará nuevas informaciones y permitirá a su vez redireccionar o confirmar la estrategia (Campanini y Luppi, 1991)

En resumen, la intervención profesional se puede configurar a partir de la identificación de los obstáculos que

existen para el egreso hospitalario de un paciente, sean estos a partir de la ausencia de recursos, las dificultades con la persona o su familia, o una combinación de ambos. De este modo, el despliegue de intervenciones educativas, terapéuticas y/o de gestión (incluyendo la judicialización) dependerá de la evaluación o diagnóstico realizado en cada caso.

Conclusiones

A lo largo del presente trabajo se ha intentado analizar el abordaje social de las personas que, con altos niveles de dependencia sobrevenida a partir de una crisis de salud, quedan sometidas a internaciones prolongadas debido a interacciones familiares problemáticas (y/o por dificultades comunicacionales entre esta red y el equipo de salud). Para esto, se ha caracterizado el escenario social actual que atraviesa el cuidado de las personas no autoválidas, sean adultos mayores o personas con enfermedades crónicas y/o discapacitantes.

Este contexto incluye normativas en materia de salud mental que abogan por la desmanicomialización y territorialización de la atención profesional pero que no se verían sustentadas por la efectiva erogación de recursos públicos para generar los dispositivos necesarios. De este modo, cuestiones tales como el cuidado y la rehabilitación de personas con dificultades para gestionar su vida por sus propios medios pueden recaer en los mismos sujetos o en sus familias (en aquellos casos en los cuales cuentan con una)

Ahora bien, esta tensión extensamente explorada por la academia actual sobre las responsabilidades del Estado y las redes sociales primarias de los sujetos no invalida el hecho de que en ocasiones el egreso hospitalario se encuentra obturado por interacciones familiares conflictivas. Estas relaciones entre los miembros de la red social, o entre esta y el paciente, o entre el conjunto y el equipo de salud pueden ser evaluadas y abordadas por los profesionales de Trabajo Social.

En lo que se refiere a la evaluación o diagnóstico, los ejes del funcionamiento familiar tales como problema, comunicación, organización y paciente identificado así como la historia individual y familiar son centrales a la hora de diseñar intervenciones. Estas pueden ser educativas, terapéuticas y/o de gestión, o una configuración que las integre en diferentes momentos y con objetivos diversos.

Las primeras incluyen el diálogo directo con los usuarios y una serie de técnicas provenientes del enfoque sistémico ligadas al peso del lenguaje en la modelación de creencias y conductas. En general, estas acciones apuntan a modificar el modo en que las personas perciben la realidad y sus relaciones, buscando cambios cualitativos. Se trata de una concepción del devenir humano y las interacciones sociales acorde con las perspectivas actuales en materia de discapacidad y salud mental, ya que también acentúa el carácter ecológico de la realidad y la salud, su carácter dinámico y el acento en los factores positivos.

En contraste, las segundas implican el asesoramiento y derivación a recursos tales como dispositivos habitacionales y/o terapéuticos, o la judicialización de la situación problemática. Dependerá de cada caso el diseño de la estrategia, pudiendo incluir diferentes tipos de intervenciones en diferentes momentos de la secuencia y/o apuntando a objetivos cuya prioridad se modifique.

En síntesis, la intervención social frente a interacciones familiares que obstaculizan el egreso hospitalario de personas dependientes en condiciones de alta médica conlleva factores macrosociales, institucionales, familiares e individuales. Evaluar cómo se relacionan estas variables y sobre cuáles es posible intervenir desde el Servicio Social del hospital, diseñando e implementando las correspondientes estrategias, deviene fundamental a los efectos de favorecer externaciones y producir salud integral.

Bibliografía

- Ackerman, N. (1977) *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares*. Hormé, Buenos Aires.
- Aylwin, N. y Solar, M. (2003) *Trabajo Social Familiar*. Universidad Católica de Chile, Santiago de Chile.
- Bateson, G. (1999) *Pasos hacia una ecología de la mente*. Lumen, Buenos Aires.
- Benassi, E. y Serra, M. (2015) "Debates en torno a las políticas de salud mental. ¿Nuevo paradigma? ¿Nueva institucionalidad?" En *Saberes Nómades*. Cruces entre la formación profesional y las prácticas en el campo de la salud mental. Paraná. Facultad de Trabajo Social, Universidad Nacional de Entre Ríos.
- Bergman, J. (1991) *Pescando barracudas*. Pragmática de la terapia sistémica breve. Paidós, Barcelona.
- Boscolo, L. et al. (1987) *Terapia familiar sistémica de Milán: diálogos sobre teoría y práctica*. Amorrortu, Buenos Aires.
- Boszormenyi-Nagy, I. y Spark, G. (1983) *Lealtades invisibles*. Amorrortu, Buenos Aires.
- Bronfenbrenner, U. (1987) *La ecología del desarrollo humano. Experimentos en entornos naturales y diseñados*. Paidós, Buenos Aires.
- Brovelli, K. et al (2015) "Vivir en el hospital. Aportes para analizar la situación de las personas con internaciones prolongadas en hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires" en *Revista Margen*, N° 78. Septiembre de 2015. Disponible en: <https://www.margen.org/suscri/margen78/brovelli78.pdf> . Consultado 30 Mayo 2019.
- Campanini, A. y Luppi, F. (1991) *Servicio Social y modelo sistémico: una nueva perspectiva para la práctica cotidiana*. Paidós, Barcelona.
- Calvo, L. (2013) *Trabajo Social familiar*. Transdisciplina y supervisión. Espacio, Buenos Aires.
- Cárdenas, E. (1998) *La mediación en conflictos familiares*. Lumen, Buenos Aires.
- Castel, R. (1997) *La metamorfosis de la cuestión social*. Una crónica del salariado. Paidós, Buenos Aires.
- Ceberio, M. (2006) *La buena comunicación*. Paidós, Buenos Aires.
- Ceberio, M. y Watzlawick, P. (1998) *La construcción del universo*. Conceptos introductorios y reflexiones sobre epistemología, constructivismo y pensamiento sistémico. Herder, Barcelona.
- Ceberio, M. y Watzlawick, P. (2011) *Si quieres ver, aprende a actuar*. Diseño y prescripción de tareas en psicoterapias. Psicolibro, Buenos Aires.
- Chadi, M. (2005) *Familias y tratamiento familiar*. Espacio, Buenos Aires.
- Constable, R. (2016) "Social Work and family therapy: interdisciplinary roots of family intervention" en *Nauki o Wychowaniu*. *Studia Interdyscyplinarne*. Pp. 147-160.
- Diorinou, M. y Tseliou, E. (2014) "Studying circular questioning "In Situ": discourse analysis of a first systemic family therapy session" en *Journal of Marital and Family Therapy*. Año 40, N° 1. Pp. 106-121.
- De Robertis, C. (2006) *Metodología de intervención en Trabajo Social*. Lumen, Buenos Aires.
- Del Canto, J. (2015) "La intervención social con adultos mayores en el campo de la salud: entre la gerontología y las determinaciones institucionales" en

- Revista Plaza Pública. Año 8, N° 13, julio de 2015. Pp. 148-157.
- _____ (2017) "Familias, cuidado de pacientes durante internaciones y Servicio Social" en Revista Sistemas Familiares y otros sistemas humanos. Año 33, N° 1, abril de 2017. Pp. 61-70.
- _____ (2018) "El diagnóstico social y sistémico de familias con hijos/as adolescente en el ámbito hospitalario" en Revista de Salud Pública. Año 23, N° 3. Pp. 77-88.
- Garate, R. (2017) "La determinación de la capacidad jurídica, principios y procesos" en Revista Anales de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. UNLP. Año 14, N° 47. 2017. Pp. 152-189.
- Gianna, S. (2015) *Decadencia ideológica y Trabajo Social: crítica al debate contemporáneo profesional*. Dynamis, La Plata.
- Goldenberg, I. y Goldenberg, H. (2012) *Family therapy: an overview – 7th Edition*. Belmont, Thomson higher education.
- Goodrich, T. et al. (1989) *Terapia familiar feminista*. Paidós, Barcelona.
- Haley, J. y Richeport-Haley, M. (2003) *El arte de la terapia estratégica*. Paidós, Barcelona.
- Kisnerman, N. (2005) *Pensar el Trabajo Social. Una introducción desde el construccionismo*. Lumen, Buenos Aires.
- Méndez Guzmán, X. (2016) *Trabajo Social con personas y familias*. Espacio, Buenos Aires.
- Minuchin, S., Colapinto J. y Minuchin, P. (2000) *Pobreza, institución, familia*. Amorrortu, Buenos Aires.
- Minuchin, S., Nichols, M. y Lee, W. (2011) *Evaluación de familias y parejas*. Del síntoma al sistema. Paidós. México D.F.
- Minuchin, S., Colapinto, J. y Minuchin, P. (2000) *Pobreza, institución, familia*. Amorrortu, Buenos Aires.
- Minuchin, S. y Fischman, C. (2008) *Técnicas de terapia familiar*. Paidós, Barcelona.
- Molina Molina, M. (2004) *Modelos de intervención asistencial, socioeducativo y terapéutico*. Universidad de Costa Rica, San José. Costa Rica.
- Morin, E. (2004) *Introducción al pensamiento complejo*. Gedisa, Barcelona.
- Nichols, M. (2014) *The Essentials of family therapy - 6th Edition*. Pearson, Boston.
- Novellas, A. (2000) "La atención a las familias en cuidados paliativos. Análisis del Proceso y propuestas metodológicas de intervención" en Medicina Paliativa. Volumen 7, N° 2. Pp. 49-56.
- O' Hanlon, W. (1995) *Raíces profundas*. Principios básicos de la terapia y de la hipnosis de Milton Erickson. Paidós, Barcelona.
- Quintero Velásquez, A. (2011) "El Trabajo Social con familias" en Historia, identidad e intervención profesional. Suárez, Mar del Plata.
- Rolland, J. (2000) *Familias, enfermedad y discapacidad*. Gedisa, Barcelona.
- Rosen, (2009) *Mi voz irá contigo*. Los cuentos didácticos de Milton Erickson. Paidós, Barcelona.
- Salvarezza, L. (1999) *Psicogeriatría: teoría y clínica*. Paidós, Buenos Aires.
- Selvini Palazzoli, M. et al. (1994) *Paradoja y contraparadoja*. Paidós, México D.F.
- Serebrinsky, H. (2009) *Un viaje circular*. De la psicología social pichoniana a la teoría sistémica. De los cuatro vientos, Buenos Aires.
- Serebrinsky, H. y Rodríguez, S. (2014) *Diagnóstico sistémico*. Psicolibro, Buenos Aires.
- Sialle Demiddi, C. (2013) *La locura asumida como una política de Estado. Una experiencia provincial*. Tesis de Doctorado en Ciencia Política. Universidad Nacional de Rosario.
- Sluzki, C. (2014) "El futuro transdisciplinario de la terapia sistémica" en Revista Mosaico. N° 57. Pp. 63-78.
- Wainstein, M. (1991) "La cuestión del lenguaje en la clínica sistémica" en Clínica del cambio. Teoría y técnica de la psicoterapia sistémica. Nadir Editores, Buenos Aires.
- Watzlawick, P., Weakland, J. y Fisch, R. (1992) *Cambio. Formación y solución de los problemas humanos*. Herder, Barcelona.
- Weber Suardiaz, C. (2014) La transformación en las políticas de salud mental 2010-2014. Análisis de la situación de la Provincia de Buenos Aires. Tesis de Maestría en Trabajo Social. Universidad Nacional de La Plata.

Normativa

- Clasificación Internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. Organización Mundial de la Salud. 2001.
- Resolución 482/2002 – Norma de Organización y Funcionamiento del Área de Servicio Social de los Establecimientos Asistenciales. Ministerio de Salud.
- Ley N° 448/04 de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires.
- Ley 26657/10. Derecho a la Protección de la Salud Mental.