

INTERDISCIPLINA EN SALUD PÚBLICA: IMAGINARIO SOCIAL DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DE SALUD SOBRE EL PACIENTE ONCOLÓGICO

NATALIA AYALA CRAVING* , MARIA VICTORIA CAMPO* , GABRIELA CÉVALO BORO* , JUAN MANUEL CHIARELLA* , JULIETA DE MARCO*

* Facultad de Ciencias Sociales – Universidad de Buenos Aires (Argentina)

m_v_campo@yahoo.com.ar



Resumen. Los imaginarios sociales son sistemas de representaciones que comparte un determinado grupo social a partir del cual el conjunto adquiere su identidad y su autorepresentación. En este trabajo, nos proponemos explorar los imaginarios sociales del paciente oncológico al interior del equipo interdisciplinario de salud del Hospital Municipal de Oncología “María Curie”. Es de nuestro interés hacer hincapié en el carácter interdisciplinario ya que consideramos que a partir de éste emerge un imaginario social compartido por el equipo que difiere de aquel incorporado a través de la formación disciplinaria específica de cada miembro. Si bien la problemática del paciente oncológico ha sido tratada desde diversas ópticas por las Ciencias Sociales, en pocas o casi ninguna oportunidad se indaga al problema desde la perspectiva de los profesionales de la salud que conviven con este tipo de enfermedad, la cual por sus características, requiere de una labor coordinada para su tratamiento.

Palabras Claves. Salud Pública – Imaginario Social – Cáncer – Enfermedad Crónica – Interdisciplina.

Abstract. Social imaginaries are representation systems shared by a particular social group from which the whole acquires its identity and self-representation. Here, we intend to explore cancer patients’ social imaginaries of the interdisciplinary State health team at the Hospital Municipal de Oncología "Maria Curie". It is our interest to emphasize the character of interdisciplinarity as we think it enables the emergence of a shared social imaginary which differs from the one assimilated by each specific disciplinary. Although the question about oncological patients has been already treated by the Social Sciences, few or almost none work saw the problem from the perspective of health professionals who treat this kind of disease, which, due to its features, requires a coordinated work for its treatment.

Keywords. State Health System – Social imaginaries – Cancer – Cronical diseases – Interdisciplinarity.

Enviado. 17-10-2016 | **Aceptado.** 27-12-2016

Dentro del vasto escenario interactivo, las nociones de salud y enfermedad juegan un rol para nada secundario. El cáncer, dentro de este repertorio es considerado como una de las enfermedades más temidas, por su ligazón con la muerte y el sufrimiento, por que tal como lo define la Sociología de la Salud, se contempla dentro de las “enfermedades crónico-terminales” (Strauss et al., 1984, p. 11-15) lo que implica indefectiblemente que su tratamiento “requiere una forma de organización

apropiada para una interacción reiterada durante meses y años entre pacientes y profesionales de la salud, para las complejas relaciones sociales que se desarrollan entre ellos a lo largo de la enfermedad” afectando con ello no sólo al individuo sino también al contexto en el que éste se desenvuelve y también modificando la relación médico-paciente.

Desde este lugar y teniendo en cuenta que esta enfermedad particular introduce la necesidad de

un contacto prolongado entre el paciente y el equipo de salud y, dentro de éste último, entre las diferentes especialidades en relación a las terapéuticas apropiadas para cada tratamiento, es que creemos relevante concebir a la interdisciplina como esa labor conjunta que realiza un esfuerzo a través de la incorporación de la visión de diferentes disciplinas por producir una nueva que retome las especificidades de cada una, generando marcos conceptuales novedosos para abordar los diferentes fenómenos (Stolkiner, 1999). Sosteniendo por tanto que la interdisciplina es una respuesta a cómo estudiar los fenómenos en su complejidad, en la que hallamos “componentes que pertenecen al dominio de distintas disciplinas pero componentes que interactúan entre sí de tal manera que ninguno de ellos es definible de manera independiente sino en función del contexto dentro del cual están metidos y en interacción con los otros componentes” (García, 1989, p. 550), es que consideramos que la interdisciplina viene a romper con la forma de conocimiento de la especialización, en la cual se buscan causas y soluciones monocausales enfocadas desde el paradigma de cada ciencia.

Ahora bien, si consideramos que cada disciplina posee un determinado “marco epistémico”, un sistema de pensamiento, de ideas muy generales, que conforman una cosmovisión del mundo, una concepción de la naturaleza y de la sociedad (Becerra & Castorina, 2016) podemos entender a los “imaginarios sociales” de un modo semejante al ser éstos aquellas “referencias específicas en el vasto sistema

simbólico que produce toda colectividad” (Backzo, 1984). Se trata, por tanto, de sistemas de representaciones, interpretaciones, percepciones, creencias y valores que comparte un determinado grupo social (Moreno Bravo & Kaltwasser, 2009), a partir del cual el conjunto adquiere su identidad y su autorepresentación (Backzo, 1984). Así, el imaginario social y el conocimiento propio de cada área tienen en común el ser universos simbólicos compartidos por un cierto grupo, cuya configuración es histórica y actúa condicionando no sólo el modo ver el mundo sino también el modo actuar en él. Sabemos que el marco epistémico, específicamente, supone un trasfondo ideológico que, al atravesar a las distintas disciplinas, supedita las teorizaciones y orienta los sistemas conceptuales; éste condicionamiento se vuelca en el recorte y problematización que se hace de la realidad, permitiendo que ciertos fenómenos sean interrogados y otros invisibilizados (Becerra & Castorina, 2016). Frente a ello, la interdisciplina plantea explorar un más allá del más acá de cada especificidad, de cada profesión, de su modo particular de pensar, y también intervenir, de trabajar (Martinek, 2011) ya que, como bien resalta Rolando García “no se trata de ‘aprender más cosas’, sino de ‘pensar de otra manera’ los problemas que se presentan” (García, 2006, p. 90).

Es entonces, a partir de lo antes referido, que sostenemos que un trabajo es interdisciplinario cuando lleva a relativizar las certezas, a interrogarse y a permitir que el pensamiento de un profesional cuestione los criterios utilizados

por los otros y de este modo posibilite la autocrítica y el aprendizaje, conjugando habilidades y conocimientos de diferentes especialidades ya que éste debe suponer una formulación conjunta del problema, requiriendo de una definición común creada del pensar juntos, que supere la simple suma de distintas respuestas disciplinarias (Schejter et al, 2005).

Si bien somos conscientes de que las percepciones acerca del cáncer han sido abordadas desde distintos ámbitos disciplinarios, en nuestra labor, mayormente nos encontramos con estudios que centran su atención en la autopercepción de la enfermedad y de los estadios a través de los cuales el paciente oncológico y su entorno atraviesan este proceso tan particular desde el momento en el que el diagnóstico de cáncer ingresa a sus vidas. En lo que respecta al campo específico de la salud, hallamos pocos antecedentes sobre las representaciones sociales de los diferentes profesionales en torno al cáncer y a su tratamiento. Asimismo, contamos con caracterizaciones sobre el trabajo interdisciplinario en salud, en general, y sobre el trabajo con pacientes oncológicos, en particular. Sin embargo, se han librado pocos o casi ningún estudio sobre el imaginario social del cáncer desde la visión del equipo de salud en su calidad de equipo interdisciplinario, sobre la manera en que esta problemática los atraviesa y genera en ellos una imagen del sujeto tratado. Es desde este lugar que nos interesa indagar en la mirada del equipo de salud, haciendo hincapié en la interdisciplinariedad como gesto superador a la

hora de abordar al paciente y su patología, ya que consideramos que de la labor interdisciplinaria emerge un imaginario social compartido por el equipo que difiere de aquel incorporado a través de la formación disciplinaria específica de cada miembro en relación al paciente oncológico.

Dos trabajos franceses, sin embargo, nos abrieron camino en torno al imaginario social del cáncer que poseían tanto especialistas en la materia como el resto de la sociedad. Así, en sus investigaciones realizadas desde la antropología clínica, tanto Aline Sarrandon-Eck (2004) como Pierre Moulin (2005) estudiaron la manera en que las distintas percepciones del cáncer se fueron convirtiendo en un lugar común tanto dentro del campo de la salud como fuera de éste, generando así un saber compartido, una representación colectiva en donde el conocimiento práctico y disciplinario de la enfermedad fue moldeando las ideas de las que el sentido común luego abreva. De esta manera, los autores, realizan un recorrido histórico sobre las distintas apreciaciones que desde los años '70s del siglo pasado fueron conformando la idea del cáncer. Esta enfermedad es concebida desde una perspectiva individual como una afección incurable, mortal, hereditaria, consecuencia de malos hábitos y hasta malas elecciones de vida. Hoy, sin embargo, si bien las ideas antedichas se comparten, prima empero la noción de ésta dolencia como un mal silencioso y traicionero que avanza sobre cualquier ser humano independientemente de su condición social y de la que solamente puede salirse

mediante la lucha, ya que sólo desde este lugar heroico en donde la esperanza ocupa un rol fundamental, pueden convertirse los enfermos en “sobrevivientes”. Desde este lugar, y aseverando esta noción de percepciones confluentes, el estudio más reciente de Figueroa Varela et al. (2012) trata sobre la contrastación entre el imaginario social prevalente en dos grupos culturales diversos el de los profesionales de la salud y el de los enfermos, acerca del cuerpo con cáncer de mama. El mismo nos introduce una vez más en la trascendencia de las representaciones que poseemos de la realidad que nos atraviesa en tanto individuos más allá de nuestras formaciones académicas particulares.

Asimismo notamos que los estudios realizados teniendo en cuenta el ejercicio de la interdisciplinariedad mayormente se centran en la relevancia de llevar adelante esta práctica en los diferentes ámbitos de la salud cuando nos encontramos con una enfermedad de tal magnitud. En este sentido versan los estudios desarrollados al interior de los centros de salud como ser el de Danièle Roberge y Dominique Tremblay (2014) o el de la Società Italiana di Psico-Ontología (1998), o bien los realizados por el Equipo del Hospital de Día del Servicio de Psiquiatría-UDH del Hospital Nacional Prof. A. Posadas ya relacionados con otras patologías como ser los pacientes psicóticos o con neurosis grave (2013). Asimismo en nuestro recorrido nos topamos con escritos de alto contenido teórico en donde el énfasis está puesto en la necesidad de concretar esta lógica de abordaje en el

ámbito de la salud de nuestros días. Sin embargo, ninguna de estas obras contempla cómo atraviesa la interdisciplina a la mirada profesional en torno al paciente, ni siquiera la relevancia que la misma posee a la hora de afrontar el tratamiento y la relación con los pacientes oncológicos.

Es entonces, desde aquí que nos proponemos la tarea de explorar el imaginario social del paciente oncológico al interior del equipo interdisciplinario de salud del Hospital Municipal de Oncología “María Curie” de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Buscaremos acceder a éste a través del conocimiento del imaginario social que los miembros de cada especialidad del equipo poseen acerca del paciente oncológico para luego poder evaluar, en su comparación, si el trabajo interdisciplinario modifica o no el imaginario propio de cada disciplina en torno al paciente oncológico.

Metodología y técnicas de relevamiento

Debido a que nuestro objeto de estudio son los imaginarios sociales del equipo de salud interdisciplinario, nos pareció pertinente utilizar una metodología de investigación cualitativa ya que ésta nos permitió acercarnos con detalle y profundidad a los significados y perspectivas de los sujetos estudiados. Una metodología cuantitativa, no respondería con exactitud a nuestros objetivos, ya que nuestra intención no es generalizar resultados, sino conocer en profundidad los imaginarios sociales que se

construyen alrededor de los pacientes con cáncer.

Con miras a responder estos interrogantes, nos acercamos al campo utilizando entrevistas en profundidad que fueron organizadas alrededor de disparadores que apuntan a nuestras inquietudes pero que a la vez, les permitieron a nuestros entrevistados expresarse sobre el tema. Este tipo de entrevista fue aplicada a por lo menos a un miembro de cada especialidad del equipo interdisciplinario de salud: un médico especialista en oncología clínica, un médico especialista del área quirúrgica, una enfermera, una asistente social, un médico radioterapeuta, un licenciado en Bio-imágenes y una psicopedagoga que realiza tareas administrativas en el Comité de Docencia e Investigación del nosocomio. De este modo, pudimos explorar cómo está caracterizado el imaginario sobre los pacientes con cáncer desde cada disciplina específica, si hay similitudes y diferencias dependiendo de la especialidad o el área a la que se dedica el entrevistado.

Una vez realizado el trabajo de campo, procedimos a la transcripción de las entrevistas y al análisis de las mismas, en vistas a responder los objetivos planteados. Para el análisis seguimos el método de la Teoría Fundamentada en los datos de Glaser y Strauss (1967). Este nos facilitó la lectura e interpretación de la información a través de categorías y su relación entre ellas. Fue en este momento donde pudimos observar qué elementos surgieron de

las entrevistas que no estaban previstos en los objetivos de la investigación.

Resultados

Frente a la lectura de las conversaciones nos encontramos con varias categorías. Muchas de ellas se desprendían de nuestra guía de pautas, sin embargo, algunas surgieron de las coincidencias de los entrevistados al referirse a algún tópico en particular.

Para dar respuesta a nuestros objetivos nos pareció pertinente entonces relevar las categorías “percepciones previas” y “percepciones actuales”, debido a que pudimos distinguir que los indagados tienen una percepción del paciente oncológico en el pasado marcada por el sentido común y las experiencias personales (en la mayoría de los casos, casi la totalidad, el primer contacto con la enfermedad es a través de un familiar con cáncer, y este contacto moldeó la percepción pasada):

"El único contacto que yo tenía con la radioterapia era por un familiar mío... mi madre, que murió de cáncer de mama y se había irradiado algunos años antes."

Entrevista 4, Radioterapeuta, 64 años.

"Lo único que sabía era que mi abuela paterna había fallecido de cáncer de mama. Pero no tenía dimensión de lo que era un cáncer de mama por ejemplo".

Entrevista 6, Psicopedagoga, 56 años.

También advertimos que esta percepción estaba relacionada con el momento en que se generaba

su diagnóstico y tratamiento. Así, el deterioro/mejoramiento del paciente se ve atravesado por el avance tecnológico, de un lado, y por el tipo de cáncer y su estadio, por otro. Encontramos entonces que no existe una asociación directa entre cáncer/muerte, sino una nueva mirada sobre la enfermedad, su cronicidad.

“Mhm... Es que, ahora lo que se busca es eso... el cáncer es una enfermedad crónica... Una cosa es lo que percibe quizás el común de la gente... como que el cáncer es una enfermedad incurable que indefectiblemente va a llegar a la muerte y, actualmente, con las nuevas terapéuticas, no digo que no que no ocurra eso, pero es decir, muchas veces se puede cronificar la enfermedad.”

Entrevista 3, Médico Oncólogo, 45 años.

“Se convirtió en una enfermedad crónica en muchos casos, no es mortal como era antes hace, te puedo decir, 40 años atrás.”

Entrevista 1, Trabajadora Social, 49 años.

En relación a la “percepción actual del enfermo de cáncer” notamos que la idea sobre la enfermedad cambia tanto con la cercanía al paciente como con el contacto diario con los enfermos.

“Podes ver charlas, diapositivas, pero hasta que no lo ves delante tuyo, no tomas dimensión de la gravedad que puede tener...”

Entrevista 8, Lic. en Bio-Imágenes, 51 años.

“Claro, porque al estar acá adentro uno se empapa de otras cosas que afuera desconoce”

Entrevista 1, Trabajadora Social, 49 años.

Una categoría de análisis que no estaba prevista en nuestra entrevista pero que hace a los objetivos de identificar los imaginarios del equipo de salud, es la que denominamos “sentimiento de tristeza por el paciente/alejamiento, distanciamiento”. Esta categoría se nutre de los testimonios que afirman que el trabajo de un profesional de la salud en un hospital oncológico involucra una dimensión sentimental que quizás en otros tipos de hospitales no es tan marcada. Los entrevistados afirman sentir tristeza, pena, dolor por sus pacientes y por el seguimiento de su deterioro corporal pero, al mismo tiempo, dan cuenta de la necesidad de poner una barrera emocional que los distancie de los sentimientos por el paciente:

“Aunque uno no lo exprese... siente dolor cuando los pacientes no andan como uno quisiera o cuando uno ve las imágenes y ve que la persona en poco tiempo se va a morir... ¿no? Por lo que uno ve, por la agresividad de lo que uno está viendo en el tumor. Uno no puede expresarle, ni llorar con el paciente, porque si no estaría mal la relación médico-paciente, pero si nos produce angustia...”

Entrevista 2, Médico Cirujano Torácico, 41 años.

“Después, respecto de la relación nuestra con el paciente, bueno... uno trata de relacionarse pero también de poner como una contención para no involucrarse mucho más que pueda afectar la parte emocional, porque dado que acá es un hospital donde la patología tiene una carga muy pesada.”

Entrevista 5, Técnico en Hemoterapia, 53 años.

En relación a esta categoría, y como otra característica del imaginario previo, surge la de “el paciente oncológico como un sujeto que

merece atención y consideración". Alrededor de esta categoría agrupamos las percepciones que tienen que ver con asumir que el paciente no está pasando un buen momento y la predisposición y voluntad del equipo de salud para no hacer que una situación que ya es difícil de por sí se complique aún más.

"Que estoy para resolverle su situación, para atenderlo, resolverle y no para crearle más inconvenientes."

Entrevista 7, Enfermera, 53 años.

"Para tratar de hacer el menor daño posible y darle la mejor calidad de vida que se pueda dentro del lugar en el que uno está trabajando, que es un hospital público donde tiene un montón de virtudes y un montón de falencias que uno se da cuenta y no se las hace saber al paciente para no generarle mayor estrés..."

Entrevista 2, Médico Cirujano Torácico, 41 años.

Finalmente, otras dos categorías que hacen a la percepción previa son "percepción del tratamiento como agresivo" e "imagen del cuerpo mutilado". Aquí clasificamos los testimonios que describen que si bien la enfermedad no es necesariamente mortal, si no que se puede tratar como una enfermedad crónica, no por eso, el tratamiento deja de ser invasivo como así también aquellos que nos muestran que la mutilación del cuerpo no deja de caracterizar la imagen de los pacientes con cáncer, aunque muchas veces ésta sea un indicador de la percepción pasada.

"Es una enfermedad que si se puede cronificar, sería como la hipertensión, como la

diabetes... pero bueno... es mucho más agresivo que eso."

Entrevista 2, Médico Cirujano Torácico, 41 años.

"Trato de no usar la palabra cáncer y con el paciente igual:... 'mira, lo que tenés no es una gripe, es algo que hay que tratarlo, es algo agresivo y para algo agresivo hay que oponer agresividad en los tratamientos'... Pero trato de no utilizar la palabra cáncer."

Entrevista 4, Radioterapeuta, 64 años.

"Y después, en sí, de enterarse en la calle lo que era muy común de chico, era la gente que estaba sin pelo, uno lo tomaba como que estaba con cáncer... esa era la idea de uno [...] Como la imagen que usted tenía de chico, antes de empezar a trabajar... como la persona con alguna mutilación que era visible."

Entrevista 2, Médico Cirujano Torácico, 41 años.

"Las cirugías, porque hay cirugías, como la que te mencione, que por suerte bueno, cada vez se va haciendo menos, son cirugías algunas mutilantes, las cirugías de cabeza y cuello son cirugías muy mutilantes y también la quimio."

Entrevista 4, Radioterapeuta, 64 años.

Ahora bien, aunque la percepción de cáncer/muerte no sea la predominante, vimos que cada entrevistado tiene una visión sobre el paciente como enfermo que se atraviesa en dos planos, el que mejora/el que degrada.

"Vivo en el día a día y vivo el transcurrir. Veo el avance o el deterioro del paciente."

Entrevista 7, Enfermera, 53 años.

Asimismo, hay una dimensión de detención temprana y acceso a la información que para

ellos modifica la proyección de la enfermedad y que siempre se encuentra correlacionada con las condiciones sociales del paciente.

“El paciente de bajos recursos de antes era una cosa y el de ahora es otra, se maneja con otros códigos, es distinto.”

Entrevista 1, Trabajadora Social, 49 años.

“No es una clínica privada, donde la gente si hace prevención porque tiene otro poder adquisitivo... otra cultura. Acá la gente llega cuando ya se desarrolló la enfermedad.”

Entrevista 8, Lic. en Bio-Imágenes, 51 años.

Así, la clase social del paciente modifica el tipo de tratamiento o información que él pueda manejar. Este acceso a la información está relacionado con controles o cuidados que el paciente puede tener para poder tener un tratamiento adecuado.

“Tenemos pacientes que ya llegan en el último estadio y que bueno, solamente apuntan a cuidados paliativos porque ya no hay, están fuera del tratamiento.”

Entrevista 1, Trabajadora Social, 49 años.

“Lo importante son los controles, el diagnóstico temprano y los controles para cuando un hace diagnóstico sea una enfermedad inicial o este en los estadios iniciales.”

Entrevista 4, Radioterapeuta, 64 años.

Ahora bien, como nuestro objetivo era observar si existe un cambio en la percepción del paciente oncológico como consecuencia del trabajo interdisciplinario del equipo de salud del Hospital Municipal de Oncología “María Curie”, es que

construimos la categoría de “Ideas sobre la interdisciplina”, para recuperar el modo en que los entrevistados comprenden este trabajo.

En general, la interdisciplina es vista como una instancia en la que se toma contacto con otros profesionales de la salud del hospital. Algunos consideran que se restringe a un contacto puntual por consultas específicas, limitándose a la figura de la interconsulta; otros concluyen que tiene lugar un trabajo en equipo en el que se decide en conjunto como proceder, un espacio en el que los profesionales se ponen en acuerdo:

“Hoy en día tenés que hablar y ponerte de acuerdo, ver que vamos a hacerle, qué tratamiento, qué planificación, que sea en favor del paciente. Antes decías: ‘No, que éste físico que se deje de embromar yo quiero que me haga un campo así- asa y que entregue tal dosis’... Hoy en día se maneja mucho más interdisciplinariamente.”

Entrevista 4, Radioterapeuta, 64 años.

En su mayoría asocian interdisciplina con el diálogo: hablar, sugerir, consultar, y también, ser oído. En algunos casos, se comprende que la capacidad de ser escuchado depende de la personalidad o el carácter de cada uno:

(Refiriéndose al diálogo con otros profesionales de la salud) “Al principio, tal vez por mi carácter, me costaba un poco. No conocía mucho a los médicos. Y después de un tiempo no sé si fue el apoyo de otros compañeros... bueno, pude sacar y lograr de mí. (...) Entonces hoy puedo decir que cuando digo algo que bueno, que veo que no está bien para mí, bueno, lo hablo, lo digo. Y bueno al menos me escuchan.”

Entrevista 7, Enfermera, 53 años.

Asimismo, se afirma que depende del compromiso o el interés de cada profesional la posibilidad de llevar a cabo un trabajo interdisciplinario:

(Refiriéndose a la interdisciplina) “Funciona, depende de la persona, del profesional o de los profesionales. Hay profesionales con los que se puede trabajar y hay profesionales que no les interesa. (...) Hay gente que se compromete más, gente que se compromete menos, como en todos los ámbitos. Pero si la hay, en un punto, la hay.”

Entrevista 1, Trabajadora Social, 49 años.

Otra de las categorías que se desprende de la lectura y análisis de las entrevistas es la “existencia de una jerarquía” dentro de la dinámica de trabajo interdisciplinario del hospital. La misma aplica tanto sobre el paciente como sobre la enfermedad. Observamos entonces que las decisiones que los distintos trabajadores del nosocomio toman a diario se ven influenciadas en su mayoría por los médicos oncólogos quienes deciden qué tratamiento se va a seguir y de qué manera se va a aplicar:

“El que suele manejar al paciente es el médico oncólogo que es el que indica los tratamientos y el seguimiento del paciente.”

Entrevista 3, Médico Oncólogo, 45 años.

Y aunque todos cooperen para elegir la mejor opción a la hora de decidir qué tratamiento se va a seguir, a fin de cuentas quien toma la decisión es el médico.

“No, hoy en día la jerarquía la tiene el médico pero, hoy en día, ya te digo, el más importante es el que menos jerarquía

siempre tiene que es el que opera todos los días en el equipo y el que le hace el tratamiento que es el técnico. Pero hoy en día inclusive, el médico y el físico, o la bioingeniera, que se dedica a toda la planificación y al cálculo de dosis y todo lo demás, tiene mucha importancia. Pero claro, el que decide el tratamiento es el médico pero eso no es que sea el más importante del grupo.”

Entrevista 4, Radioterapeuta, 64 años.

También pudimos observar como los trabajadores del hospital deben informar a los médicos sobre el seguimiento al paciente.

(Sobre si su palabra tiene validez) “Claro. Si sí, porque siempre lo que se habla es por el bien del paciente. Lo mismo puede ser que el paciente no quiera transfundirse. Que el médico no le aviso que le iba a indicar una transfusión, entonces el paciente me manifiesta su voluntad de no ser transfundido. Entonces uno tiene que respetar esa voluntad pero hay que escribir en la historia clínica y yo le aviso al médico de guardia o de planta que el paciente no quiere someterse a una transfusión.”

Entrevista 5, Técnico en Hemoterapia, 53 años.

En las entrevistas la gran mayoría coincide en que quien tiene la responsabilidad o la palabra final es el médico, a quien van a llamar para informarse, para saber cómo seguir adelante con el tratamiento.

“También el juez al que va a llamar el día de mañana va a ser el médico.”

Entrevista 4, Radioterapeuta, 64 años.

Ya adentrándonos específicamente en nuestro tema, consideramos relevante crear una categoría que refleje si el trabajo

interdisciplinario- o lo que éstos percibían como tal- afectaba o afectó su percepción del paciente oncológico. Incorporamos entonces la categoría “cambio del imaginario con la interdisciplina” bajo la cual pudimos agrupar distintos testimonios. Encontramos, por tanto, que en la mayoría de los casos el trabajo interdisciplinario no había influido en su imagen sobre el enfermo con cáncer.

"Más que trabajar con otras disciplinas, es ver al paciente, la evolución del paciente. Más allá de lo que el médico te pueda informar o no".

Entrevista 1, Trabajadora Social, 49 años.

"El trabajo inter no me afectó. En mi caso tuve una relación más interdisciplinaria porque hace muchos años que doy clase, y la relación viene de dar clases en distintas áreas."

Entrevista 8, Lic. en Bio-Imágenes, 51 años.

"No, porque en realidad, ya te digo, cuando empecé siempre había uno, dos físicos, los técnicos siempre fueron necesarios..."

Entrevista 4, Radioterapeuta, 64 años.

También surgió la problemática social atravesando a esta variable, es decir, que más que afectarle el trabajo interdisciplinario lo que marcaba una diferencia era el perfil del paciente oncológico dentro del hospital público.

"No... uno lo que sí se ambientó más al paciente y a la problemática del paciente oncológico con todos sus problemas y dentro de un ámbito público y de un medio... porque no es lo mismo un hospital público... todos los problemas que tiene en la sociedad el paciente (...) El pobre está con dolor, cuando

viaja en un colectivo nadie le da un asiento, a nadie le importa... pero eso tiene que ver con la sociedad... no la enfermedad..."

Entrevista 2, Médico Cirujano Torácico, 41 años.

Sin embargo, nos es menester señalar que fue justamente la psicopedagoga cuya labor no tiene, en este momento, un contacto asiduo con el paciente, quien diera una respuesta afirmativa sobre el impacto de la interdisciplina.

"(Refiriéndose a la importancia de no concebir al cáncer como una enfermedad terminal) Me ayudó trabajar en el hospital para darme cuenta de eso [...] y el trabajo con otros profesionales, el hablarlo como compañeros de trabajo, el explicarme cómo son las cosas..."

Entrevista 6, Psicopedagoga, 56 años.

Discusión

El propósito de conocer los imaginarios sociales sobre el paciente oncológico de los trabajadores de la salud del Hospital Municipal de Oncología “María Curie”, se complementa con el objetivo de evaluar si el imaginario propio de cada disciplina se modifica con el trabajo interdisciplinario.

Para llegar a ello consideramos pertinente la tarea de investigar cuáles eran las percepciones que nuestros entrevistados poseían de la enfermedad y el enfermo tanto antes de ser atravesados por sus respectivas disciplinas como así también luego de iniciarse en su rol como trabajadores del ámbito de la salud. Desde este lugar es que pudimos notar que existió un quiebre muy particular que los atravesó

mayormente a lo largo de su labor como trabajadores del nosocomio en donde la referencia al cáncer como enfermedad terminal fue dejando lugar a la idea de su posible cronicidad siempre y cuando la misma sea detectada tempranamente.

Sin embargo, ya en relación al paciente, en su individualidad y más allá de la enfermedad misma, observamos que éste aún sigue siendo visto como un ser sufriente, que resiste tratamientos mutilantes y degradantes, que merece una atención y consideración social que pocas veces se encuentra pero en quién prima una esperanza de sanación mayoritariamente depositada en el médico. Esta imagen que atravesó a la mayoría de los entrevistados, poco o nada se vio modificada por la función de cada individuo dentro del nosocomio. Así, y retomando las ideas de Aline Sarrandon-Eck (2004) y Pierre Moulin (2005), podemos decir que aquí también el paciente es visto como aquel héroe- en donde la esperanza ocupa un rol fundamental - que sólo puede recuperarse mediante la lucha para convertirse de enfermos en “sobrevivientes”.

Ahora bien, en relación a la interdisciplina el trabajo de campo nos permite afirmar que en el Hospital Municipal de Oncología “María Curie” lo que predomina es un intercambio con otras disciplinas en términos de sugerencias o aportes desde la propia especialidad, respetándose la división de saberes, funciones, responsabilidades y jerarquías dentro de este nosocomio. En esos intercambios, todos pueden participar en la toma de decisión pero son los

médicos quienes tienen la última palabra. Si bien estamos en condiciones de afirmar la existencia de interrelación y diálogo entre las diversas disciplinas, no hallamos esa instancia superadora de formulación conjunta de la problemática.

Aun así, los entrevistados identifican que en el hospital existe trabajo interdisciplinario. Se considera desde el sentido común a la interdisciplina como una instancia en la que se entra en contacto con otros profesionales de la salud que trabajan en la institución estableciendo diálogos donde cada uno desde su función intercambia sugerencias, manifiesta su modo de pensar, da aviso del modo en que va a proceder y es oído por la otra parte interactuante.

Nuestro objetivo apuntaba a evaluar si el trabajo interdisciplinario había transformado de algún modo su percepción del paciente oncológico. Sólo la psicopedagoga respondió a este interrogante afirmativamente, la mayoría de los entrevistados sostuvieron que el trabajo interdisciplinario no había influido en su imagen del paciente oncológico. En algunos casos, la inexistencia de esta variación fue explicada por el contacto temprano y constante con otras disciplinas desde el comienzo de la labor en el área. Otros identificaron que su mirada sobre el paciente oncológico se modificó, pero no fue afectada por el trabajo interdisciplinario sino por el perfil del paciente oncológico dentro del hospital público, que supone una condición social específica.

Es desde aquí que afirmamos que aunque existe interrelación entre las diferentes disciplinas, en los diferentes intercambios son respetados los límites de cada especialidad, sin lograr explorarse “un más allá del más acá de cada especificidad, de cada profesión, de su modo particular de pensar, y también intervenir, de trabajar” (Martinek, 2011).

Conclusión

En nuestro trabajo partimos de concebir al cáncer como una enfermedad crónica que por sus características particulares requiere un tratamiento distinto que el resto de las enfermedades, e involucra la participación prolongada en el tiempo de diferentes profesionales en contacto con el paciente. Así supusimos que el tratamiento de este tipo de enfermedad debía ser interdisciplinario, es decir, involucrar los saberes y experiencias de varias disciplinas, generando un nuevo enfoque que permita tratar al cáncer en sus diversas dimensiones y de la manera más apropiada para cada paciente. También incluimos en nuestra hipótesis el postulado de que el trabajo interdisciplinario tendería a modificar el imaginario de cada profesional sobre el paciente con cáncer.

De este modo, en nuestro trabajo de campo pudimos tener una primera aproximación a este tema poco estudiado por las ciencias sociales: el imaginario del paciente oncológico desde la perspectiva del equipo interdisciplinario de salud

en el ámbito de la salud pública del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Esta aproximación descriptiva nos llevó a relativizar nuestra hipótesis de trabajo ya que si bien encontramos que en el Hospital Municipal de Oncología “María Curie” no hay un trabajo interdisciplinario en términos estrictos tal y como la teoría lo describe, si reconocemos que existe una relación de intercambio constante entre los distintos profesionales. Si bien pareciera que la jerarquía médica se instituye en la relación entre las disciplinas, en las entrevistas se ve claramente la intención de brindar al paciente el mejor tratamiento posible como objetivo conjunto desde cada ámbito disciplinar, lo cual es ampliamente demostrado en la predisposición de cada profesional a reunirse, aconsejar, comentar con otros si fuera necesario para el tratamiento de cada enfermo en particular. Del mismo las entrevistas describen tareas múltiples, extenuantes, atravesadas por las dificultades y urgencias que caracterizan a cualquier hospital público.

Asimismo, observamos que el imaginario sobre el paciente –y en relación a este sobre la enfermedad– no se vio modificado por el trabajo en equipo sino más bien por el acceso o no a la información y al contacto diario con la patología. De esta manera, la percepción del paciente como una persona luchadora y sufriente –como consecuencia de los distintos tratamientos y procedimientos que debe superar en el transcurrir de su enfermedad– atravesó de manera tácita y expresa las respuestas de nuestros entrevistados.

Será tarea de investigaciones futuras ahondar más sobre la temática en función de poder reconocer cuáles son las variables que efectivamente afectan a la conformación del imaginario social del paciente oncológico y ver de qué manera las mismas son atravesadas por los conocimientos procedentes desde cada disciplina del equipo de salud más allá de la existencia o no de un trabajo interdisciplinar que –en el presente estudio– fue difícil de constatar.

Referencias

- Becerra, G., & Castorina, J.A. (2006). Una mirada social y política de la ciencia en la epistemología constructivista de Rolando García, *Ciencia, Docencia y Tecnología*, 27 (52), 329-350.
- Bru, G. S (2012). La Interdisciplina como utopía, *Margen*, 67 (diciembre).
- Fantini, N. et al., (2013). Importancia del trabajo interdisciplinario. Una experiencia institucional, *VIII Jornadas del Departamento de Salud Mental*, Universidad de Buenos Aires.
- Figueroa Varela, M. R., et al. (2012). El imaginario social del cuerpo con Cáncer de mama: contrastación entre personal de salud y mujeres con Cáncer de mama, *Aportaciones Actuales de la Psicología Social*, vol II, (pp. 467-475). México: Asociación Mexicana de Psicología Social.
- García, R. (1990). Dialéctica de la integración en la investigación interdisciplinaria, *IV Jornada de A.P.S - CONAMER - A.R.H.R.N.G*
- García, R. (2006). *Sistemas Complejos. Conceptos, método y fundamentación epistemológica de la investigación interdisciplinaria*, Barcelona: Gedisa
- Gatto, M. E. (2016). *Pensar el cáncer: Consideraciones desde la Psicooncología. Selección de conferencias*, Buenos Aires: Editorial Letra Viva.
- Glaser, B., & Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine Publishing.
- Martinek, P. (2011) *Hospital de día: el desafío de la interdisciplina*, Buenos Aires: Fundación Ineba.
- Moreno Bravo C. & Kaltwasser C. (2009). "Imaginarios: Desarrollo y aplicaciones de un concepto crecientemente utilizado en Ciencias Sociales", *Investigación para la Política Pública, Desarrollo Humano*, New York: RBLAC-UNDP.
- Moulin, P. (2005). Imaginaire social et Cancer, *Revue Francophone de Psycho-oncologie*, 4, 261-267.
- Roberge, D., et Tremblay, D. (2014). *Effets de l'interdisciplinarité dans les cliniques ambulatoires de cancérologie. Rapport de Recherche*. Quebec: Centre de Recherche – Hôpital Charles.
- Romano, E. (2016). Cáncer, imaginario social y filmografía, *Revista Medicina y Cine*, 12 (1), 33-46.
- Sarrandon-Eck, A. (2004). "Pour une anthropologie clinique: saisir le sens de l'expérience du cancer", en Ben Soussan, P. *Le Cancer, approche psychodynamique chez l'adulte*, (pp. 31-45), Ramonville: ERES.
- Schejter, V., et al. (2005). Imaginarizar el trabajo interdisciplinario en salud, *Anuario de Investigaciones*, Vol XIII, Buenos Aires: Facultad de Psicología – Universidad de Buenos Aires.
- Società Italiana di Psico-Oncologia (1998). *Standard, opzioni e raccomandazioni per una buona pratica psico-oncologica*, Génova: Società Italiana di Psico-Oncologia
- Stolkiner, A. (2005). Interdisciplina y Salud Mental, *IX Jornadas Nacionales de Salud Mental y I Jornadas Provinciales de Psicología, Salud Mental y Mundialización*. Misiones: Federación de Psicólogos de la República Argentina y Colegio de Psicólogos de Misiones.
- Stolkiner, A. (1999). La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas, *El Campo PSI*, abril.
- Strauss, A., et al., (1984). *Chronic illness and the quality of life*, Toronto: The C.V.Mosby.
- Teucher, U. (2003). The Therapeutic Psychopoetics of Cancer Metaphors: Challenges in Interdisciplinarity, *History of Intellectual Culture*, 1 (3).