

RELATO de Experiencia

77

RELATO de Experiencia. Por Jesús del Canto.

EL DIAGNÓSTICO SOCIAL Y SISTÉMICO DE LAS FAMILIAS CON HIJOS/AS ADOLESCENTES EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO.

SOCIAL AND SYSTEMIC DIAGNOSIS OF
FAMILIES WITH ADOLESCENT CHILDREN IN
THE HOSPITAL SETTING.

*O DIAGNÓSTICO SOCIAL E SISTEMÁTICO
DE FAMÍLIAS COM FILHOS/AS ADOLESCEN-
TES NA ÁREA DO HOSPITAL.*

Autor: Jesús del Canto

Lic. en Trabajo Social
con Tramo de Formación
Pedagógica para
Profesionales y Técnicos
Superiores. Diplomado
Superior en Metodología
de la Investigación.
Hospital General de
Agudos "Dr. Teodoro
Álvarez" - Gobierno de la
Ciudad de Buenos Aires

Resumen:

El objetivo del presente artículo es proponer un diagnóstico desde el Trabajo Social basado en el modelo sistémico para el abordaje de familias con hijos/as adolescentes en situación de vulnerabilidad social en el ámbito hospitalario. Aunque se trata de un desarrollo desde y para esta disciplina, sus aplicaciones y posibilidades podrían ser incorporadas al quehacer de otras profesiones que también asisten a esta población. Se trata de una síntesis teórica y de revisión bibliográfica a partir del ejercicio profesional con estos sujetos en un hospital público, que apunta a revalorizar el diagnóstico como momento de la metodología y al pensamiento sistémico como paradigma holístico.

Palabras Clave: diagnóstico – adolescente – vulnerabilidad – trabajo social.

Trabajo recibido : 09 de
abril 2018.
Aprobado: 14 de agosto
2018.

Abstract

The objective of this article is to suggest a diagnosis from Social Work based on the systemic model to approach families with adolescent children in a situation of social vulnerability in the hospital setting. Although the development is done from and for this discipline, its applications and possibilities may be incorporated to other professions which also help this population. It is a theoretical summary and a literature review from the professional practice with these subjects at a public hospital, aiming at increasing the value of diagnosis as a moment in methodology and systemic thinking as holistic paradigm.

Key words: diagnosis - adolescent - vulnerability - social work.

Resumo

O objetivo deste artigo é propor um diagnóstico a partir do Serviço Social baseado no modelo sistêmico para a abordagem de famílias com crianças / adolescentes em situação de vulnerabilidade social no ambiente hospitalar. Embora seja um desenvolvimento a partir de e para esta disciplina, suas aplicações e possibilidades poderiam ser incorporadas ao trabalho de outras profissões que também atendem essa população. Trata-se de uma síntese teórica e revisão bibliográfica da prática profissional com esses sujeitos em um hospital público, que visa revalorizar o diagnóstico como um momento de metodologia e pensamento sistêmico como paradigma holístico.

Palavras chave: diagnóstico - adolescente - vulnerabilidade - trabalho social.

Introducción

El presente artículo tiene por objetivo analizar una propuesta de diagnóstico sistémico y social de las familias con hijos/as adolescentes a su cargo en situación de vulnerabilidad social en el ámbito hospitalario. El mismo constituye una síntesis teórico-práctica del ejercicio profesional de Trabajo Social en el ámbito hospitalario público con estos sujetos y sus familias.

Como ya se adelantaba en el título, la óptica desde la cual se aprehende la realidad en general y el abordaje con familias en particular es el modelo sistémico (Ceberio y Watzlawick, 1998), en diálogo con otras perspectivas teóricas y disciplinares y marcos normativos que atraviesan la intervención. Este compromiso epistemológico responde a las posibilidades que le ofrece este enfoque al Trabajo Social en el campo de la salud (Guerrini, 2009; del Canto, 2017a) por su carácter holístico, integral y relacional. Se trata de rasgos que pueden cobrar especial relevancia en este ámbito, contribuyendo a superar su fragmentación y complejidad (Tobar, Olaviaga y Solano, 2012).

Con la meta al inicio esbozada, se caracterizarán en principio algunas cuestiones del diagnóstico tanto desde el Trabajo Social como desde el pensamiento sistémico. Por un lado, teniendo presente cómo el contexto social puede en sus aspectos culturales y económicos atravesar a los sujetos, redefiniendo sus padecimientos y condicionando las posibilidades interventivas de los profesionales actuantes. En este punto, se presentará un breve recorrido por la categoría de diagnóstico en Trabajo Social, tanto como momento del proceso metodológico de intervención que sintetiza el recorrido realizado hasta el momento (Rozas Pagaza, 1998) como en sus variables y elementos constitutivos.

Por otro lado, en relación a la construcción de diagnósticos desde el modelo sistémico y la concepción desde esta óptica de la familia con hijos/as adolescentes. En esta perspectiva, los problemas humanos y de salud que presentan los sujetos individualmente pueden comprenderse en el marco del momento particular del ciclo vital que atraviesan sus familias, generando ciclos disfuncionales (Ceberio y Serebrinsky, 2011) y por lo tanto, sufrimiento.

Posteriormente se sintetizarán ambos enfoques, proponiendo algunas cuestiones básicas para realizar diagnósticos desde el Trabajo Social que incluyan ejes de la óptica sistémica. Finalmente, se introducirán conclusiones y la bibliografía.

Cabe aclarar que el esquema que aquí se presenta no pretende ser una enunciación absoluta y definitiva sobre el diagnóstico desde esta disciplina y desde este modelo, sino que busca de algún modo proponer un modo posible de pensar cómo organizar la información recabada y diseñar estrategias coherentes que puedan producir cambios cualitativos. Desde luego, esta síntesis podría aplicarse a familias en otro momento del ciclo vital u otros sistemas humanos que asistan los trabajadores/as sociales.

Desarrollo

Analizar las posibilidades de construir diagnósticos de familias con hijos/as adolescentes desde el hospital requiere caracterizar a esta población y contextualizar la intervención con estos grupos humanos en este marco institucional. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia constituye el período de crecimiento y desarrollo de la vida que ocurre entre los diez y los diecinueve años. En esta conceptualización, se destaca el peso de las transformaciones biológicas, la transición a la adultez, la importancia de la familia y el contexto, y la potencial aparición de conductas de riesgo (relaciones sexuales sin protección, consumo problemático de sustancias, violencias interpersonales, etc.)

Frente a este planteo bastante general y propuesto con fines analíticos, pueden realizarse algunas precisiones teóricas que amplíen el sentido de la categoría. Por un lado, algunos desarrollos ya clásicos del psicoanálisis (Aberastury y Knobel, 1988) describen los desequilibrios e inestabilidad que atraviesa el sujeto adolescente a partir de la interacción entre éste y su medio y los duelos que debe sortear durante este período. Estos incluyen su cuerpo de niño/a, su rol e identidad infantiles y a sus padres de la infancia.

Por otro lado, Efrón (1996) destaca la heterogeneidad del devenir adolescente y cómo este es relativamente reciente en la historia humana, es decir, que no es natural o immanente. Por su parte, Pereira (2011) recoge trabajos que describen y analizan las complejas relaciones entre la adolescencia actual y las nuevas tecnologías, centrales en su sociabilidad contemporánea.

Desde un ángulo acorde con las investigaciones actuales en materia de neurociencias, Ceberio (2015) explica las transformaciones propias de este período visibilizando una compleja articulación entre procesos interpersonales y modificaciones neurofisiológicas que se influyen mutuamente. Se trata de un avance importante en términos de superar la dicotomía mente-cuerpo en la comprensión de este u otros fenómenos y de la tensión ciencias duras-ciencias blandas. Dicho de otro modo, genera un diálogo entre la dimensión biológica y la sociocultural de la realidad.

Ahora bien, estas diferentes modalidades de concebir la adolescencia a partir de los atributos distintivos que estos sujetos pueden presentar no los excluye de ser una población a cargo de los adultos (sean estos integrantes de sus familias o profesionales que los asistan). De esta manera y en lo que se refiere a la normativa reguladora, en la Ciudad de Buenos Aires la Ley 114 y la Ley Nacional 26061 definen el Sistema de Promoción y Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes. Al respecto del mismo, diferentes autores como Fazzio y Sokolovsky (2006) plantean que se trata de un paradigma que privilegia los Derechos del sujeto niño/a o adolescente, reconoce su capacidad relativa para tomar decisiones sobre su vida y la centralidad de la familia como ámbito para su desarrollo, apoyada por el Estado y sus políticas sociales.

Pensar la niñez y la adolescencia desde este ángulo en el campo de la salud y realizar intervenciones acordes puede tensionarse con la urgencia, la complejidad y la fragmentación que el hospital específicamente presenta (del Canto, 2017a). Estas características organizacionales pueden favorecer procesos iatrogénicos, al desconocer las conexiones

interpersonales entre los individuos y las familias y otros sistemas que integren (Minuchin y Colapinto, 2000).

También en el plano normativo y en lo que se refiere a la atención sanitaria de estos sujetos en la Ciudad de Buenos Aires, la Resolución 1751 – MSGC/08 y su Anexo I describen la creación del Programa Salud Integral de los Adolescentes. En esta documentación se señala cómo las condiciones de exclusión social se articulan con las instituciones de salud y afectan los modelos de atención, enfatizando la importancia de garantizar el acceso a acciones integrales.

En este escenario, la atención de familias con sujetos en esta franja etárea puede realizarse tanto por consultorios externos, sector de urgencias o en la internación. Aunque con diferencias, se presenta en todas las áreas como un desafío para los profesionales que las asisten el poder conciliar los preceptos legales y las expectativas institucionales de evaluar las habilidades parentales con las transformaciones en las relaciones intergeneracionales (del Canto, 2017b).

En efecto, se espera de estos profesionales (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, psicopedagogos, etc.) el poder determinar si los adultos de estas familias pueden criar y cuidar a sus hijos/as, cuando las definiciones tradicionales de autoridad se han subvertido, poniendo en jaque las posibilidades de instaurar límites y formar a las nuevas generaciones. Mientras que ciertas situaciones problemáticas como el maltrato, el abuso sexual y el riesgo suicida de los sujetos, entre otras, son fácilmente identificables con la vulnerabilidad y el riesgo, pueden visibilizarse otras cuestiones menos lineales que de todas formas generan inter-consultas y obligan a los profesionales a problematizar las singularidades.

De este modo, el consumo de sustancias (problemático o esporádico), la violencia en el noviazgo o el llamado acoso virtual, por mencionar solo algunas, constituyen dinámicas que pueden generar preguntas sobre la capacidad cuidadora de los adultos que se encuentran a cargo de adolescentes. Por esta y otras razones, parece oportuno delinear algunos elementos básicos propios del Trabajo Social y del pensamiento sistémico para pensar en la construcción de diagnósticos de estas familias, con el objetivo de direccionar intervenciones que favorezcan relaciones y conductas de cuidado y salud.

Construir un esquema de diagnóstico social y sistémico para la intervención con familias en general y aquellas que cuentan con hijos/as adolescentes en particular implica necesariamente visualizar esta categoría en la epistemología e historia del Trabajo Social.

En efecto, esta categoría es propia de los inicios de la profesión y ha sido incluida en su acervo por Mary Richmond, de acuerdo con Travi (2006). Esta autora enfatiza cómo en esos primeros desarrollos el diagnóstico ya se pensaba como momento central de la intervención y captaba la integralidad de la realidad social, esto es, en sus aspectos individuales, familiares, económicos, culturales y simbólicos.

En cualquier caso, la amplia aceptación de la categoría de diagnóstico por referentes de diferentes perspectivas teóricas y su peso en la discusión disciplinar actual parece justificar la reflexión sobre la misma. Asimismo, en este trabajo se la equipara con la concepción de evaluación que proponen algunos autores, tales como De Robertis (2006). Para esta autora, se trata de una fase que puede ser tanto preliminar, en lo que se refiere a los datos que se han recabado desde el inicio de la intervención, como de resultados, una vez implementado el proyecto de intervención.

Sea como fuere, el diagnóstico o evaluación social en tanto parte del proceso metodológico constituye un momento dinámico del accionar profesional que permite organizar la información recabada y plantear objetivos de cambio social y terapéutico.

De esta manera, Travi (2017) propone pensar el diagnóstico social como un proceso de conocimiento sobre determinadas situaciones, necesidades o problemas sociales que afectan la calidad de vida de las personas y/o vulneran sus derechos. Para esta autora, debe orientar la toma de decisiones profesionales e incluir tanto los aspectos negativos de la

situación abordada como los factores protectores o resilientes, permitiendo o favoreciendo la toma de decisiones.

En esta línea, se propone que todo diagnóstico debe incluir por lo menos: una caracterización de los problemas sociales a abordar, una evaluación de las intervenciones realizadas hasta el momento y aquellas por realizarse, y un examen de las fuerzas sociales actuantes (Travi, 2001).

Asimismo, incluir en el diagnóstico a estos actores, sus perspectivas, representaciones e intereses constituye una forma de pensarlos como fuerzas sociales que actúan sobre el sujeto influyendo en su vida y posibilidades. Se trata de una óptica coherente con los desarrollos de Bronfenbrenner (1987), quien concibe el desarrollo humano como el producto de la interacción entre los sujetos y diferentes entornos, desde el más inmediato (la familia) hasta los más remotos (la cultura).

Trabajar con estas fuerzas ya sea para acompañarlas en su influencia o para modificar o reducirla puede ser un desafío ligado a la autonomía profesional, el diseño de estrategias y los valores ético-políticos del trabajador social. En cualquier caso, esta complejidad social siempre debería incluir la perspectiva de los propios sujetos, esto es, el sentido que las personas atribuyen a sus interacciones y al mundo social del que participan (Kisnerman, 2005).

Ahora bien, con estas variables en mente, la construcción de diagnósticos de familias con hijos/as en este momento de la vida puede expandirse aún más con las categorías propias del pensamiento de sistemas.

Pensar la intervención con familias en términos metodológicos y a partir de la categoría de diagnóstico desde este paradigma implica necesariamente algunas precisiones conceptuales. En efecto, diferentes autores coinciden en concebir un sistema como un conjunto de dos o más elementos que interactúan o se relacionan entre sí. De esta manera, existen sistemas biológicos, físicos y humanos, como las instituciones de distinta índole y las familias. Sobre estas últimas y como se mencionaba en la Introducción, pensarlas desde el paradigma de la complejidad requiere ligarlas a su contexto social y de acuerdo con los diferentes momentos que atraviesan. Aunque estos sistemas puedan diferir en su configuración y objetivos, Serebrinsky y Rodríguez (2014) proponen algunos ejes comunes para pensar su funcionamiento. Estos son la dinámica o comunicación, la estructura u organización y el problema o motivo de consulta

En lo que se refiere al primero, estos autores piensan la dinámica o comunicación como un proceso de interacción circular de conductas que se influyen mutuamente. De acuerdo con Watzlawick, Beavin y Jackson (1971), toda comunicación implica conducta y toda conducta comunica, por lo cual, sería imposible no comunicarse.

Respecto de la estructura u organización, se trata de la información que un sistema comparte o no con otros sistemas, en términos de calidad y cantidad de la misma. Algunas fronteras pueden ser rígidas, flexibles o difusas, según la información que permitan ingresar o proveer al exterior. Desde luego, estas nominaciones no deberían tomarse como rótulos unívocos y taxativos, puesto que la frontera de un sistema humano puede ser rígida en algunos momentos y frente a ciertos temas, pero no durante otros estadios y con diferentes cuestiones.

En todo caso, constituye un aspecto más a tener en cuenta para evaluar las posibilidades de cambio sobre un determinado problema que puede tener un grupo humano como la familia. De acuerdo con Minuchin (1983), los elementos que componen la estructura son los límites, los roles y funciones, las distancias entre las personas y la jerarquía, entendida esta última como la capacidad de poner reglas. Aunque este modelo de análisis de familias ha sido criticado por enfatizar cuestiones como el poder y el control y desconocer determinaciones de género (Hoffman, 1993), lo cierto es que sus aportes bien podrían conservar su vigencia si se los piensa como una estructura heurística que puede guiar la mirada y la

intervención y no como un manual de recetas pautadas (Dal para Ponticelli, 1998).

Finalmente, el problema o motivo de consulta se refiere a una dificultad que la persona que la padece no puede resolver por sí misma y cuyos intentos fallidos han acabado por reforzar el malestar inicial, incrementándolo (Watzlawick, 1992). Por su parte, Haley (1980) ha descrito los problemas humanos como secuencias que incluyen a por lo menos dos personas, y nunca como algo individual. Por esta razón, las madres y padres que solicitan asistencia profesional por las cuestiones que se presentan con sus hijos o los profesores que las identifican con sus alumnos (Selvini Palazzoli, 1993) participan interaccionalmente de las secuencias que perciben y denuncian como conflictivas.

En los apartados anteriores se han presentado algunas cuestiones genéricas del diagnóstico en Trabajo Social y desde el modelo sistémico para la intervención con familias. Aquí se intentará una integración entre ambas ópticas que integre los aspectos interaccionales, socioculturales e institucionales para la evaluación diagnóstica de familias con adolescentes en el ámbito hospitalario.

En lo que se refiere a las familias pensadas como sistemas y retomando la noción de estructura, Micucci (2005) ha señalado como algunos problemas familiares responden al hecho de que los hijos han crecido y la organización de la familia sigue funcionando como si estuviera en una fase anterior. Dicho de otro modo, el ritmo de vida de los adolescentes comienza a ser diferente al que tenían con anterioridad, pero los adultos continúan tratándolos del mismo modo en que lo hacían cuando eran niños. Esta incapacidad de la familia para adaptarse a las exigencias que el contexto social imprime sobre sus integrantes puede ser fuente de disfuncionalidad, es decir, de malestar.

También pueden ocurrir las triangulaciones o coaliciones, entendidas como relaciones patológicas entre dos o más sujetos contra terceros y/o en las cuales un miembro de la familia desarrolla síntomas para mantener unido al conjunto en su “cuidado”. Aunque estas interacciones no serían privativas de este momento evolutivo, sino que podrían aparecer en cualquier otra etapa del ciclo vital, no puede evitarse su mención en este apartado.

En relación a los límites entre subsistemas, debido a la progresiva autonomía de los hijos, es comprensible que se modifique la información que una generación y otra comparten (relaciones sexuales, grupos de pares, etc.). Se trataría del llamado proceso de individuación (Bowen, 1991), en el que el sujeto adolescente y/o joven adulto comienza a separarse de sus familias de origen. En algunas familias gravemente perturbadas, la separación es vista como una amenaza a la cohesión familiar y no es infrecuente que los jóvenes presenten dificultades en sus relaciones de pareja, escolares y/o de inserción laboral en el futuro próximo (Bergman, 1991).

Otro elemento importante de la estructura es la jerarquía, entendida como la puesta de reglas. Se trata de un tema complejo y en permanente debate sobre teóricos de diferentes disciplinas. En efecto, desarrollos actuales de las neurociencias plantean que los límites puestos por padres y profesores son necesarios para el adolescente porque su lóbulo prefrontal no se encuentra completamente desarrollado durante este período y por ende carecería de autorregulación que provee esta área de su cerebro (Ceberio, 2015).

En contraste, el debate académico de las ciencias sociales también incluye a quienes señalan la caída del modelo patriarcal de familia (Duschatzky y Corea, 2002) como fuente de transformaciones en las relaciones intergeneracionales, al margen del desarrollo biológico del adolescente. Por su parte, Narodowski (2016) destaca cómo el hecho de vivir en una época de rápidos cambios y culto a la juventud invierte la relación tradicional entre adolescentes y adultos al socavar la autoridad de los últimos en relación con los primeros.

Tanto para este último autor como para Corea y Lewkowicz (2004), la apuesta estaría en generar acuerdos situacionales, siempre contingentes y reinstalar relaciones asimétricas entre una generación y la otra en términos de cuidado y crianza. Este modo de pensar las relaciones entre una y otra generación trasciende a la familia e incluye también a la

escuela u otros sistemas humanos que integren los sujetos, como la escuela, el club o asociación deportiva, etc. Así, una valoración integral de las variables de hacen a un sistema tales como organización y comunicación puede ampliarse para incluir las del diagnóstico social.

En lo que se refiere a la comunicación, en tanto eje del diagnóstico sistémico, Serebrinsky y Rodríguez (2014) plantean como aspectos a observar: si las personas se confirman o no, el contenido de los mensajes, si hay acuerdos o desacuerdos y si las relaciones son simétricas o complementarias. En este plano, Ceberio (2015) destaca que el contenido de las interacciones tiende a tratar sobre el cuestionamiento de las reglas y la autoridad y el respeto por la intimidad de adolescente. En general, las relaciones que durante la infancia eran complementarias ahora comienzan a volverse simétricas, toda vez que los adolescentes adquieren saberes de los cuales sus padres carecen y que sustentan sus posibilidades de descalificarlos.

En este sentido, el autor destaca cómo la accesibilidad temprana a recursos de tecnología informática por parte de las nuevas generaciones constituye una diferencia con las posibilidades del mundo adulto, eventualmente reconocida y capitalizada por las primeras. De esta manera, no serían infrecuentes las consultas de padres que se preguntan cuánto tiempo pueden sus hijos usar el celular o la computadora y/o cómo construir legalidades en torno a estos usos. Además, y también sobre este tema, es central tratar de instalar pautas de cuidado sobre la información personal que los adolescentes pueden brindar a contactos de gente que no conocen, en forma virtual.

Este complejo interaccional y las lecturas que del mismo puedan hacerse se enriquece con los aspectos que hacen al diagnóstico social, puesto que las relaciones humanas no se construyen en el vacío sino en determinados contextos económicos, culturales y políticos. En el caso de las familias con hijos/as adolescentes, algunos problemas sociales que pueden presentarse en el ámbito hospitalario pueden incluir: violencia en el noviazgo y/o intrafamiliar, consumo de sustancias, acoso virtual o grooming, interacciones conflictivas con sus padres, dificultades en el desempeño escolar, aislamiento y/o bullying, situación de calle, etc.

Estas problemáticas no necesariamente ocurren de forma aislada, sino que pueden potenciarse recíprocamente o estar asociadas por diferentes factores. En efecto, Haley (1985) señala cómo las dificultades para tener autonomía de algunos adolescentes y progresivamente dejar el hogar de sus padres puede asociarse a crisis de salud mental y/o consumo problemático de sustancias. En cuanto al bullying, Olweus (2005), pionero de la materia, ha señalado tempranamente cómo ciertas modalidades de crianza conflictivas (autoritarias o permisivas) pueden favorecer la asunción de roles de víctima o agresor en las dinámicas escolares.

Por su parte, Epele (2010) describe cómo en los sectores populares el consumo problemático de sustancias puede estar asociado al empobrecimiento de las relaciones vinculares, a las relaciones sexuales sin protección (de riesgo) y a diferentes tipos de violencia interpersonal y urbana. Aunque esta antropóloga analiza una trama social en particular de extrema vulnerabilidad, que no necesariamente es la que consulta en el hospital, sí sería importante reflexionar sobre la accesibilidad de estos sectores poblaciones a espacios de atención de salud.

De lo contrario, y como advierte en el mismo trabajo, podrían sumarse a las barreras administrativa y organizacionales aquellas signadas por los prejuicios y discriminación de los profesionales del equipo de salud. En este punto, ciertas normativas constituyen avances en materia de regulación, como la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657, la de Matrimonio Igualitario N° 26618 y de Identidad de Género N° 26743, entre otras, aunque estas no generan por sí mismas los cambios cognitivos y epistemológicos. Sea como fuere, construir diagnósticos que incluyan variables sistémicas y sociales a los efectos de

generar estrategias que favorezcan la salud de los sujetos implicar evaluar la singularidad de los casos, la autonomía de la cual disponga el profesional, la coyuntura y los recursos disponibles.

De este modo, rastrear el origen de la demanda es importante a los efectos de ponderar para quién es problemática la situación y con qué posibilidades de cambio se cuenta (Haley, 1980). Aunque la demanda directa por parte de los mismos sujetos o sus padres podría ser más habitual en la consulta particular de psicología, psiquiatría o psicopedagogía que en la de trabajo social en el hospital, sí es importante distinguir quién padece qué problema, cómo lo concibe y desde qué lugar se enuncia.

En general, la atención de esta población puede ocurrir por guardia, consultorios externos o en internación. Cada uno de estos espacios posee una impronta diferente en función de la urgencia con la cual se manifieste el problema de salud, entre otros factores, condicionando a su vez las posibilidades de los equipos tratantes. De este modo, en la guardia podrían ser algunos problemas típicos la atención de adolescentes con “fugas” del hogar, el consumo problemático, el maltrato intrafamiliar y/o diferentes crisis de salud mental. En este punto, compete al trabajador social identificar miembros significativos de la red social del paciente, si es que existen y que pueden ser convocados, y el nivel de vulnerabilidad que pueden implicar para el paciente.

En contraste, la atención por consultorios externos responde en general a controles de salud propios de la edad y por ende corresponderse con un nivel de urgencia menor al anterior. Esto podría permitir a al Servicio Social poder desplegar estrategias con menores presiones ligadas al riesgo o la percepción de otros actores o instituciones. Sin embargo, el acceso de los trabajadores sociales a la situación objeto de atención dependerá de la representación social que de estos tengan quienes lo interconsultan. Así, recibir por ejemplo una interconsulta de un/a médico/a hebiatra o familiar sobre aspectos psicosociales de una familia que considera que deberían ser evaluados y atendidos siempre responderá al modo en que este profesional entienda las incumbencias profesionales del trabajador/a social.

En contraste, si un/a adolescente o los adultos con los que vive consultan en forma directa en el Servicio Social del hospital, su percepción del padecimiento o situación social que los aqueja tendrá otras características (en principio, menos ligadas a cuestiones orgánicas). En estos casos, la demanda social probablemente se encuentre ligada a cuestiones de insuficiencia habitacional, discapacidad, violencia familiar y/o en el noviazgo de los sujetos, etc. A la inversa, en estas interacciones será oportuno que sea el profesional de Servicio Social quien pueda captar la multidimensionalidad de la salud y contactarse con otros servicios de ser necesario. De esta manera, podrían por ejemplo abordarse en forma conjunta con nutricionistas y psicólogos los trastornos alimentarios o aspectos de salud sexual y reproductiva con Ginecología y Obstetricia.

En el proceso de atención de estos sujetos, Micucci (2005) acentúa cómo algunas conductas problemáticas de esta fase se relacionan con la rigidez de la estructura familiar. Es decir, con la incapacidad del grupo para adaptarse al hecho de que al menos uno de sus miembros requiere de mayores niveles de autonomía y responsabilidad, teniendo necesariamente que redefinirse las reglas entre adultos e hijos. Podría ser frecuente que algunos padres (o adultos cuidadores) consulten porque no saben cuánto tiempo pueden dejar a sus hijos utilizar nuevas tecnologías, si deben o no hablar de educación sexual o cómo sobrellevar dificultades escolares.

Respecto a estos planteos y pensando en la atención de poblaciones extranjeras, a las brechas intergeneracionales existentes entre adultos e hijos hay que agregarle las diferencias culturales que pueden surgir. En efecto, algunos adultos provenientes de otros países que han criado a sus hijos en Argentina podrían presentar además dificultades ligadas a rai-gambres de sus pueblos originales.

Aunque no existen respuestas unívocas para estos las inquietudes antes mencionadas,

como se señalaba en apartados anteriores, sería prudente evaluar la singularidad de cada caso y acompañar a los adultos siempre que no se vulneren derechos. En lo que se refiere al posicionamiento profesional, también es central reconocer cómo se ha transitado la propia adolescencia y la relación con otros a los efectos de evitar intervenciones basadas en experiencias personales o carentes de fundamentos científicos. Es decir, atender a la caja de resonancia que opera en uno cuando se trabaja con familias (del Canto, 2015) y visualizar el recorrido personal para evitar prejuicios o alianzas con alguno de los sujetos que entorpezcan las intervenciones.

Ahora bien, además de la familia en la vida social de estos pacientes participan otros grupos humanos que forman parte de la vida de los adolescentes. En relación con esto último y sobre las intervenciones realizadas y por realizarse, pensar en términos interdisciplinarios e intersectoriales implica visualizar qué otros profesionales de la salud, la educación y otras instituciones pueden haber actuado o podrían hacerlo en relación a la problemática objeto de intervención. En este sentido, saber si la escuela a la que concurren los sujetos cuenta con la asistencia de un Equipo de Orientación Escolar y/o si hay médicos o psicólogos interviniendo también con la familia podría contribuir a diseñar estrategias coordinadas que reduzcan la iatrogenia y favorezcan procesos de salud integral.

En todo momento, sopesar la información que se intercambia con otros miembros del equipo de salud u otras instituciones en términos cuantitativos y cualitativos generará efectos sobre sus conductas, teniendo a su vez repercusiones sobre el tratamiento de los usuarios. Por lo tanto, visualizar la posición que se ocupa en un determinado equipo e institución, el nivel de autonomía y las diferentes perspectivas profesionales resulta fundamental.

Asimismo, y retomando las leyes de niñez enunciadas en el primer apartado, también pueden tener injerencia en las situaciones los equipos profesionales dispuestos por las autoridades locales de aplicación de la normativa, así como agentes de los servicios de Justicia. Aunque los primeros, a diferencia de los segundos, constituyen una instancia administrativa, lo cierto es que unos como otros poseen una capacidad para regular la vida y vínculos de los sujetos que no debe ser menospreciada. En efecto, frente a diferentes niveles y tipos de vulnerabilidad social, estos actores también pueden participar del diseño de estrategias que afecten las dinámicas familias y el devenir de la vida de los adolescentes. Sí parece central el tener presente que todos estos actores podrían tener concepciones o ideologías diferentes sobre la situación problemática y cómo abordarla. Por lo tanto, el proyecto de intervención final (y las consecuencias que este acarree) serán el resultado de una confluencia de fuerzas y factores (De Robertis, 2006) que incluyan al profesional de trabajo social pero que también lo trasciendan.

De esta manera, un diagnóstico social y sistémico de una familia con hijos adolescentes debería incluir los problemas que se enuncien o construyan, la comunicación entre sus miembros y otros sistemas y la estructura de la familia, atravesados por sus necesidades sociales y derechos. Si bien se trata de un conjunto de variables de complejidad para ser captadas en un entorno como el hospitalario, sí es necesario tenerlas presentes al momento de enunciar respuestas o diseñar estrategias que busquen cambios cualitativos.

En cualquier caso, evaluar las competencias parentales de los adultos con niños/as y adolescentes a su cargo desde esta profesión constituye un desafío, no sólo porque las relaciones intergeneracionales se han modificado sino porque los entornos institucionales intervinientes también se pueden ver afectados por la desarticulación, la fragmentación y la ausencia de políticas sociales que los respalden. No obstante, podría ser de utilidad el observar los ejes del funcionamiento sistémico del grupo primario del adolescente en interacción con otras fuerzas e instituciones y recorriendo las intervenciones realizadas y por realizarse.

Conclusiones

A lo largo del presente trabajo se ha intentado presentar un esquema de diagnóstico para el trabajo con familias con adolescentes en el ámbito hospitalario desde el Trabajo Social con variables propias del enfoque sistémico. Como se mencionaba al comienzo, por cuanto la adolescencia constituye una fase de transición hacia la autonomía adulta y caracterizada por la heterogeneidad, resulta fundamental evaluar la singularidad de cada sujeto, en la medida que se reconozcan sus derechos básicos enunciados en la normativa vigente. De este modo, reflexionar en términos generales sobre aquello que debería ser irrepetible implica reunir criterios diagnósticos que puedan conjugar lo individual, lo familiar y lo contextual.

Ahora bien, pensar el diagnóstico social en general implica identificar y evaluar problemáticas de este tipo, las acciones realizadas y por realizarse y las fuerzas sociales en juego. Por otro lado, desde la psicología sistémica se incluyen ejes tales como dinámica, estructura y comunicación. Aunque todos estos factores sean diferentes entre sí, su integración podría no sólo ayudar a captar la realidad de forma integral y generar procesos de salud, sino también contribuir con la superación de la fragmentación propia del sistema hospitalario. De esta manera, las problemáticas que padece con frecuencia este sector poblacional pueden ser manifestadas desde diversos canales, lo que a su vez constituye un elemento más a nivel diagnóstico sobre la percepción de la vulnerabilidad y las posibilidades de cambio de los sujetos. En efecto, los mismos adolescentes, sus padres u otros adultos pueden realizar demandas sobre sus padecimientos desde diferentes instituciones, pero si no se adscribe desde el Trabajo Social (u otras disciplinas) a una visión holística de la realidad que integre los intercambios de información entre los subsistemas de la realidad y se diseñen estrategias que los incluya, se correría el riesgo de descuidar aspectos o actores centrales de los mismos, favoreciendo la iatrogenia y la vulneración de derechos.

Bibliografía

1. Ceberio M, Watzlawick P. La construcción del universo. Barcelona: Herder; 1998.
2. Guerrini M. La intervención con familias desde el Trabajo Social. En: Revista Margen. Número 56.
3. del Canto J. "Familias, cuidado de pacientes durante internaciones y Servicio Social" en Revista Sistemas Familiares y otros sistemas humanos. Asociación de Psicoterapia Sistémica de Buenos Aires. Año 33, N° 1, abril de 2017. Pp. 61-70.
4. Tobar F, Olaviaga S y Solano R. Complejidad y fragmentación: las mayores enfermedades del sistema sanitario argentino. CIEPP; 2012.
5. Rozas Pagaza M. Una perspectiva teórica-metodológica de la intervención en Trabajo Social.
6. Ceberio M y Serebrinsky H. Dentro y fuera de la caja negra. Desarrollos del modelo sistémico en psicoterapia. Buenos Aires: Psicolibro; 2011.
7. Organización Mundial de la Salud. Desarrollo en la adolescencia. Website: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
8. Aberastury A y Knobel M. La adolescencia normal. Barcelona: Paidós; 1988.
9. Efrón R. Subjetividad y adolescencia. En: Konterlink I y Jacinto C. Adolescencia, pobreza, educación y trabajo. Buenos Aires: Losada Unicef; 1996.
10. Pereira R (comp.) Adolescentes en el Siglo XXI. Entre impotencia, resiliencia y poder. Madrid: Morata; 2011.
11. Ceberio M. Guía para padres de adolescentes. Buenos Aires: Ediciones B; 2015.
12. Ley 114/98 de la Ciudad de Buenos Aires. Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires.
13. Ley 26061. Ley de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y

- Adolescentes. 2005.
14. Fazzio A y Sokolovsky J. Cuestiones de la niñez. Aportes para la formulación de políticas públicas. Buenos Aires: Espacio; 2006.
 15. Minuchin S, Colapinto J y Minuchin P. Pobreza, institución, familia. Buenos Aires: Amorrortu; 2000.
 16. Resolución 1751 – MSGC/08. Anexo I. Programa Salud Integral de los Adolescentes. Ciudad de Buenos Aires.
 17. 17) del Canto J. Profesiones asistenciales y adultos desestabilizados. Revista de Ciencias Sociales Segunda Época. Editorial de la Universidad Nacional de Quilmes. 2017. Año 9, Número 32. Pp. 117-129.
 18. Travi B. La dimensión técnico-instrumental en Trabajo Social. Buenos Aires: Espacio; 2006.
 19. De Robertis C. Metodología de intervención en Trabajo Social. Buenos Aires: Lumen; 2006.
 20. Travi B. El diagnóstico social y la noción de integralidad en la política social. Tradiciones disciplinares y desafíos actuales. Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social. 2017. Año 7, Números 13 y 14. Pp. 21-29.
 21. Travi B. La investigación diagnóstica en Trabajo Social: proceso de conocimiento e intervención profesional. En: Escalada M y otros. El diagnóstico social. Buenos Aires: Espacio; 2001.
 22. Bronfenbrenner U. La ecología del desarrollo humano. Experimentos en entornos naturales y diseñados. Barcelona: Paidós; 1987.
 23. Kisnerman N. Pensar el Trabajo Social. Una introducción desde el construccionismo. Buenos Aires: Lumen; 2005.
 24. Serebrisky H y Rodríguez S. Diagnóstico sistémico. Buenos Aires: Psicolibro; 2014.
 25. Watzlawick P, Beavin H y Jackson D. Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo; 1971.
 26. Minuchin S. Técnicas de terapia familiar. Buenos Aires: Paidós; 1983.
 27. Hoffman L. Exchanging voices: A collaborative approach to family therapy. Londres: Karnac Books; 1993.
 28. Dal Para Ponticelli M. Modelos teóricos del Trabajo Social. Buenos Aires: Lumen; 1998.
 29. Watzlawick P. Cambio: formación y solución de los problemas humanos. Barcelona: Herder; 1992.
 30. Haley J. Terapia para resolver problemas. Buenos Aires: Amorrortu; 1980.
 31. Selvini Palazzoli M. El mago sin magia. Cómo cambiar la situación paradójica del psicólogo en la escuela. Buenos Aires: Paidós; 1993.
 32. Micucci J. El adolescente en la terapia familiar: cómo romper el ciclo del conflicto y el control. Buenos Aires: Amorrortu; 2005.
 33. Bowen M. De la familia al individuo. La diferenciación del sí mismo en el sistema familiar. Barcelona: Paidós; 1991.
 34. Bergman J. Pescando barracudas. Pragmática de la terapia sistémica breve. Barcelona: Paidós; 1991.
 35. Duschatzky S y Corea C. Chicos en banda. Los caminos de la subjetividad en el declive de las instituciones. Buenos Aires: Paidós; 2002.
 36. Narodowski M. Un mundo sin adultos. Familia, escuela y medios frente a la desaparición de la autoridad de los mayores. Buenos Aires: Debate; 2016.
 37. Corea C y Lewkowicz I. Pedagogía del aburrido. Escuelas destituidas, familias perplejas. Buenos Aires: Paidós; 2004.

38. Haley J. Trastornos de la emancipación juvenil y terapia familiar. Buenos Aires: Amorrortu; 1980.
39. Olweus D. Conductas de acoso y amenaza entre escolares. Méjico: Alfaomega Grupo Editor; 2005.
40. Epele M. Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud. Buenos Aires: Paidós; 2010.
41. Ley 26657. Derecho a la Protección de la Salud Mental. 2010.
42. Ley 26618. Matrimonio Igualitario. 2010.
43. Ley 26743. De identidad de género. 2012.

