



Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales

Especialización en Psico-Oncología

Directora de la Especialización: Dra. María Bosnic

***Trabajo interdisciplinario en la atención integral del
paciente oncológico***

***Caso: Camión de Abordaje Sanitario Territorial de la
Provincia de Jujuy***

**¿Cuál es la significatividad que adquiere lo interdisciplinario en la
atención del paciente oncológico?**

Tutor de Contenidos: Lic. Graciela Cuello

Orientador Metodológico: Lic. Esp. Carina Ponce

Lic. Ana Sofía Venesio Juárez Peñalva

Buenos Aires- Argentina

ÍNDICE

Introducción.....	Pág. 1
Desarrollo.....	Pág. 4
1. Marco Teórico.....	Pág. 4
1.1 ¿Qué es una Disciplina?.....	Pág.4
1.2 Interdisciplina, Multidisciplina y Pluridisciplina.....	Pág.4
1.3 Trabajo en Equipo.....	Pág.8
1.4 Atención Integral.....	Pág.13
2. El rol del Psicólogo en Oncología.....	Pág.17
3. Planteo de Problema.....	Pág.21
4. Objetivos: Generales y Específicos.....	Pág.21
5. Aspectos Metodológicos.....	Pág.22
6. Presentación del Caso Clínico.....	Pág.22
6.1 Organigrama.....	Pág.24
7. Descripción y Análisis del Caso.....	Pág.25
7.1 La Presentación del Equipo.....	Pág.25
7.2 El Coordinador.....	Pág.27
7.3 El Primer Día de Trabajo.....	Pág.28
7.4 Reuniones de Equipo.....	Pág.29
7.5 El Psicólogo.....	Pág.30
7.6 Los Talleres.....	Pág.33
7.7 Último Día de Trabajo.....	Pág.35
Discusión.....	Pág.37
Conclusiones Generales.....	Pág.41
Referencias Bibliográficas.....	Pág.43

INTRODUCCIÓN

*“Si encuentro a alguien
capaz de ver las cosas en su unidad y en su
multiplicidad ese hombre es lo que yo busco
como a un Dios”*
Platón

El presente trabajo corresponde al Trabajo Integrativo Final de la Especialización en Psico-Oncología que se dicta en la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. Este se llevará a cabo mediante la articulación de un caso con el correspondiente correlato teórico, con el fin de mostrar la importancia del trabajo interdisciplinario en la atención integral del paciente oncológico.

De esta manera la información que se expondrá a continuación será de utilidad para la constitución de equipos de salud dedicados a la asistencia de pacientes con cáncer. Incluso se destacará la relevancia del profesional psi en las diferentes fases por las que estos pacientes atraviesan, a lo largo de la evolución de su enfermedad.

En definitiva el interrogante que guiará el presente trabajo estará orientado a responder sobre la importancia que adquiere lo interdisciplinario en la atención del paciente oncológico. Con este fin se caracterizará en profundidad dicha modalidad de encuentro.

El caso que se analizará, además de dar cuenta del valor de estos equipos de trabajo, tiene como intención brindar las herramientas necesarias para facilitar el vínculo entre los profesionales que intervienen en el abordaje del enfermo y su familia. En base a esto, González Billalabeitia (s. f.) sostiene:

La principal actividad que debe desarrollar un equipo es el seguimiento del paciente a lo largo de las diferentes fases del proceso de la enfermedad. A esta se suman las reuniones de formación y de apoyo, la docencia, la evaluación y la investigación. Estas sesiones se deberían llevar a cabo

mediante encuentros multidisciplinares y periódicos, de modo que el equipo pueda discutir sus metas en la atención del enfermo y proceda a su seguimiento. También hay que tener en cuenta la importancia de las sesiones de trabajo en las que se planifiquen y realicen talleres, cursos, etc. (p.711).

Se debe tener en cuenta que este tema es de gran relevancia debido al vacío de normas y leyes relacionadas al mismo, en lo que respecta al ámbito público, considerando el hecho que desde el estado sólo se brindan algunos beneficios para los pacientes oncológicos (medicamentos) pero no se tiene en cuenta lo referido al soporte emocional que requieren estas personas. Si bien se tiene en cuenta la salud mental, la relación de la misma con la enfermedad oncológica no es tenida en cuenta como prioridad.

En relación a lo anteriormente expresado es oportuno considerar lo expuesto por la Dra. Bosnic (1999):

Si creo poseer una determinada porción de conocimientos y me encuentro con alguien que tiene otra óptica, puedo enriquecerme enormemente. Puedo confrontar mis argumentos con los del otro; tener una nueva visión del tema en que quizá no había reparado; elegir quedarme con la que me parezca más acertada o componer un nuevo enfoque aun, complementando las dos posturas. (p.42)

El caso elegido para dar cuenta de lo explicitado anteriormente es un dispositivo móvil denominado, Camión de Abordaje Sanitario Territorial, perteneciente al Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Estos dispositivos son enviados a las distintas provincias o jurisdicciones del país, en el marco de diferentes campañas nacionales.

La siguiente articulación teórico-práctica se realizará a partir de material sobre el tema recopilado desde distintas fuentes de consulta: páginas Web, libros e investigaciones publicadas sobre el tema.

En la primera parte se efectuará una apreciación del significado de la palabra disciplina, desde de la conceptualización de diferentes autores, a partir de la

cual se definirán interdisciplinariedad, multidisciplinariedad y pluridisciplinariedad, con el propósito de definir las y diferenciarlas.

Luego se caracterizará al equipo interdisciplinario en el ámbito de la salud, resaltando el rol que el psicólogo cumple en el equipo tratante.

En la segunda parte se realizará una descripción detallada del caso elegido y se explicitarán los criterios de selección del mismo.

En la tercera parte se efectuará una articulación teórico-práctica con el fin de elaborar un análisis del caso observado y descripto.

En la cuarta parte se expondrá, en términos de proyecto de intervención y en función del análisis efectuado, la propuesta de actividades posibles de ser implementadas, tendientes a resolver determinadas fallas o dificultades observadas en el curso de la experiencia.

Para finalizar se expondrán las conclusiones y se detallarán las referencias bibliográficas.

DESARROLLO

1. MARCO TEÓRICO

1.1 ¿Qué es una disciplina?

Edgar Morin (1995) sostiene que la categoría *disciplina* tiene una función organizacional en el seno del conocimiento científico. Las mismas se constituyen mediante la demarcación, división y especialización del trabajo, y desde ahí, responden a los distintos dominios predeterminados por el paradigma dominante. Las disciplinas tienden a la autonomía que ejercen a través de la delimitación de sus fronteras, de sus teorías y de las técnicas que utilizan en sus investigaciones.

Morin (1998) explica que las disciplinas tienen una historia, es decir, nacen, se institucionalizan, evolucionan, se dispersan, etc.; por ello afirma que ninguna puede exclusivamente, desde su interior, conocer todos los problemas referentes a su propio despliegue y confirmación.

Finalmente, tomando en consideración la definición de la Real Academia Española, la disciplina es un campo organizado de estudio, rama o forma distintiva del conocimiento que estudia un conjunto de fenómenos correlacionados o correlativos.

1.2 Interdisciplinariedad, multidisciplinariedad y pluridisciplinariedad

Según Bottomore (1982) la interdisciplinariedad implica el encuentro y la cooperación entre dos o más disciplinas aportando cada una de ellas sus propios esquemas conceptuales, su forma de definir los problemas y sus métodos de investigación. Se trata de una puesta en común, otra forma de conocer, analizar y abordar un fenómeno, problemática o proceso determinado. No es una sumatoria de saberes ni la aglutinación de actos de un grupo. Por el contrario supone una apertura recíproca y una comunicación en la que no

tienen lugar los absolutismos, ni los mandatos, ni tampoco los reduccionismos. Es a través de ella que dialogan disciplinas que parecen no tener temas en común.

A su vez la interdisciplina se fundamenta y lleva a cabo desde un paradigma superador integrando los aportes de diferentes discursos que, en su ensamble, abordan la complejidad del proceso. De allí la necesidad de pensar en términos de trabajo en equipo.

Por su parte Stolkiner (1999) sostiene que polemizar sobre la manera en que se desarrolla lo interdisciplinario es un debate fundamental, en función del cual incluye el siguiente nivel de análisis: un nivel referente a lo subjetivo y lo grupal: las disciplinas no existen sino por los sujetos que las portan, las reproducen, las transforman y son atravesados por ellas, y además, resulta necesario resaltar lo obvio: un equipo interdisciplinario es un grupo. En consecuencia debe ser pensado con alguna lógica que contemple lo subjetivo y lo intersubjetivo. Por último, lo principal y más evidente, es que un saber disciplinario es una forma de poder, y por ende, estas cuestiones aparecerán necesariamente.

La autora plantea que en el aspecto individual, la participación en un equipo de esta índole implica numerosas renunciaciones, por ejemplo: la de considerar que el saber de la propia disciplina es suficiente para dar cuenta del problema.

Por el contrario, la multidisciplina implica una yuxtaposición de disciplinas en la que todas intervienen en el mismo caso, en donde el sujeto se fragmenta y en la cual se efectúa un parcelamiento de la intervención, sin conexión entre los diversos saberes participantes.

En este caso cada disciplina contribuye a la búsqueda de la solución de un problema local o circunscripto, accionando en conjunto pero no interaccionando, de manera que cada una se mantiene inmodificada. Por consiguiente, lo que se enriquece es una práctica concreta y no la visión o indagación de una problemática.

Por último la transdisciplina se define como una integración que promueve y produce un código en común, nuevo, en el que quedan borradas las anteriores fronteras de las disciplinas originarias. Abarca el total de sus contenidos y no se queda sólo en una parcela ni en el terreno de nadie. Implica un altísimo grado de articulación entre diversidad e integración en un sistema total, naciendo de esta manera una nueva disciplina.

El concepto de transdisciplinariedad implica un principio de unidad del conocimiento, más allá de las disciplinas. Se refiere a formas integradoras de investigación y comprende una familia de métodos para relacionar el conocimiento científico, la experiencia extra-científica y la práctica en la resolución de problemas.

En fin, la transdisciplinariedad, es en todo caso, radicalmente diferente de la multidisciplinariedad y de la interdisciplinariedad debido a su objetivo, esto es, la comprensión del mundo actual que no puede alcanzarse en el entramado de los estudios disciplinares.

Por su parte Elichiry (1987) sostiene que la aproximación interdisciplinaria surge ante la demanda social, ante situaciones de problemas cada vez más complejos y por la evolución interna de las Ciencias. Esta orientación interdisciplinaria favorece la integración y producción de conocimientos y sus intercambios producen enriquecimiento mutuo y transformación. Estos intercambios implican además, interacción, cooperación y circularidad entre las distintas disciplinas a través de la reciprocidad entre esas áreas, con intercambio de instrumentos, métodos, técnicas, etc.

Además destaca que en la articulación interdisciplinaria cada disciplina es importante en su función y en su individualidad. Cuando cada disciplina está nítidamente identificada y estructurada, se hace posible la interdisciplina.

Es importante destacar que la autora enumera algunos prerequisites complementarios para que la interdisciplina se constituya como tal:

- *trabajo en equipo: formación de actitudes cooperativas con el grupo.
- *intencionalidad: que la relación entre las disciplinas sea provocada.
- *flexibilidad: que exista apertura en cuanto a la búsqueda de modelos, métodos de trabajo, técnicas; sin actitudes dogmáticas, con reconocimiento de divergencias y disponibilidad para el diálogo.
- *cooperación recurrente: que haya continuidad en la cooperación entre las disciplinas para lograr cohesión del equipo.
- *reciprocidad: está dada por la interacción entre las disciplinas. Ésta lleva al intercambio de métodos, conceptualizaciones, códigos lingüísticos, técnicas, resultados, etc.

Respecto al enfoque multidisciplinario esta autora explica que se caracteriza por una simple yuxtaposición de áreas del conocimiento, en la que cada disciplina se dedica a su especialidad sin que haya una relación ni se evidencien modificaciones o transformaciones en las disciplinas encontradas. La característica de esta perspectiva es su visión atomista de la realidad y un total aislamiento respecto de toda demanda social.

Por último sostiene que la transdisciplinariedad supone un sistema total que integra las distintas disciplinas a través de un marco conceptual común.

Por su parte, Vidal y Benito (2003) destaca que existen diferentes relaciones entre las disciplinas:

***Interprofesionalidad:** un grupo de profesionales de distintos campos que trabajan juntos sobre un mismo objeto o sobre un mismo problema. Este es el primer paso hacia la interdisciplina.

***Multidisciplina-Pluridisciplina:** varias disciplinas se ocupan simultáneamente de un mismo problema sin que exista entre ellas ninguna relación. Cada profesional da respuesta al problema desde su disciplina.

***Integración Disciplinaria:** una disciplina elabora teorías que explican acontecimientos en el campo de otra. Existen grados o niveles de integración:

-Multidisciplina: primer nivel (se integran resultados).

-Interdisciplina: segundo nivel (integración en la delimitación del problema a estudiar).

-Transdisciplina: tercer nivel (desaparecen las disciplinas).

***Transdisciplinariedad:** el nivel máximo de integración en el que se borran los límites entre las disciplinas. Ésta es complementaria de un enfoque interdisciplinario. Algunas actitudes transdisciplinarias son: rigurosidad, apertura y tolerancia.

***Interdisciplina:** supone la integración, no del resultado, sino de los distintos enfoques para la delimitación de la problemática a investigar. Las distintas disciplinas pueden tener enfoques diferentes en el modo de abordaje de la realidad y lógicas de construcción del objeto, no coincidentes o contrapuestas. Es por ello que la interdisciplinariedad no es una fórmula, sino una manera de enfocar los problemas.

1. 3 Trabajo en Equipo

Se considera fundamental en este apartado definir trabajo en equipo y su función en el campo de la salud.

Rosales y Valverde (1998) definen al *equipo de trabajo* como un proceso continuo de elaboración, confrontación, discusión, resolución de conflictos y desarrollo de procesos conjuntos de trabajo. En ese proceso se construye un esquema de referencia común explicativo que permite al equipo organizar una forma diferente de actuar frente a las demandas de la institución y la realidad epidemiológica.

Cabe destacar que Palomo (2007) considera que el trabajo en equipo es algo más que un grupo de individuos que colaboran en la realización de una serie

de tareas para alcanzar unos objetivos comunes. Además, puntualiza que es necesario que los miembros del grupo:

*Perciban que tienen un objetivo común.

*Se autodefinan como miembros del equipo y se perciban como una unidad diferenciada de los demás.

*Desarrollen normas que regulen las relaciones de los miembros.

Por su parte Gatto (2006) expresa que para que haya articulación entre las disciplinas deben constituirse *equipos* que puedan dar lugar a preguntas y a problemas precisos y circunscriptos. Espacios donde las distintas lecturas de la realidad puedan enriquecerse con el hallazgo de un punto preciso de la interrogación.

En relación a lo anteriormente citado Palomo (2008) enumera ventajas, a nivel organizacional e individual e inconvenientes, en lo referido al trabajo en equipo.

a.1) Ventajas a nivel organizacional:

**Mayor nivel de productividad:* tanto a nivel individual, al estar las personas más integradas en su trabajo y desarrollarlo de forma más eficaz, como a nivel grupal, ya que los resultados obtenidos por el grupo, cuando éste funciona como un verdadero equipo, son superiores a la suma de los que habrían obtenido sus miembros trabajando individualmente.

**Sistemas de comunicación e información más eficaces:* se logra al establecer sistemas de comunicación más directos y al reducir el miedo a opinar. También al hacer sugerencias o recibir críticas de los compañeros.

**Mayor nivel de compromiso con los objetivos del grupo:* al ser éstos conocidos y aceptados por los miembros que además, conocen como las metas del equipo se relacionan con los objetivos organizacionales. Asimismo existe un mayor apoyo y aceptación de las decisiones adoptadas por el grupo debido a que éstas son tomadas por consenso.

**Mejora del clima laboral:* se obtiene al existir una comunicación más abierta, al conocer los objetivos que se persiguen y al mejorar las reacciones interpersonales.

**Afrontar con mayor éxito tareas complejas:* la diversidad de competencias, puntos de vista y medios para generar ideas que confluyen en el grupo a través de la unión de sus miembros, aumenta su creatividad, la competencia para solucionar problemas, etc.

**Desarrollo de una identidad grupal:* que potencie la implicación y el compromiso entre los miembros del equipo y en relación a los objetivos y el proyecto organizacional.

a.2) Ventajas a nivel individual:

**Satisface la necesidad de afiliación:* al sentirse miembro de un grupo y ser aceptado y apoyado por los demás integrantes del mismo.

**Aumenta la seguridad personal:* las decisiones son analizadas y discutidas por todo el equipo, que por otra parte, respalda y apoya las decisiones que adopte cada uno de sus miembros.

**Facilita el desarrollo personal y/o profesional:* a través de la ayuda, apoyo y retroinformación desinteresada que proporcionan los compañeros, permite que los individuos conozcan sus puntos fuertes y sus áreas de necesidad de mejora.

**Estimula la creatividad:* al favorecer la participación activa de todos y de cada uno de sus miembros, los integrantes del equipo se sienten más libres para aportar ideas sabiendo que van a hacer escuchados y sin miedo a la crítica.

b) Inconvenientes:

**Consume más tiempo:* requiere más tiempo para la coordinación de las actividades, ya que por ejemplo, si las decisiones se toman por consenso es necesaria la participación y el acuerdo de todos y cada uno de sus miembros.

**Propicia el conformismo y desaparecen los juicios críticos:* se produce en algunos miembros y en relación a la mayoría, debido al temor a ser excluidos o al excesivo deseo de pertenencia.

**Control y manipulación del grupo por parte de un individuo o subgrupo:* desvirtuando los objetivos prioritarios y confundiendo, por ejemplo, la distribución de responsabilidades.

**Procesos que inciden negativamente en la calidad de las decisiones y la solución de problemas grupales:* difusión de responsabilidades, desarrollo del *pensamiento grupal* (fenómeno que consiste en aceptar conclusiones evidentemente erróneas), confianza de que el grupo se equivoca menos que el individuo.

**Rechazo o menosprecio hacia determinados miembros:* con los consiguientes sentimientos de inseguridad, insatisfacción, pérdida de autoestima, etc., que implican para el individuo.

En relación con el equipo de trabajo sanitario interdisciplinar, Gómez Sancho (1998) sostiene que el mismo está compuesto por un conjunto de profesionales de diferentes disciplinas que se unen para trabajar empleando una metodología común y compartiendo un mismo proyecto asistencial y unos mismos objetivos de atención. Además destaca que el método de trabajo del equipo interdisciplinar se basa en la creación de dinámicas en las que los integrantes del equipo de salud trabajan juntos en la reorganización e integración de los conocimientos que cada profesional aporta en función de las necesidades para alcanzar un objetivo común.

González Billalabeitia (s.f.) sostiene que en Oncología el trabajo en un equipo interdisciplinar cobra especial importancia, ya que ninguna especialidad puede atender a todos los requerimientos necesarios para el manejo integral del paciente con cáncer, siendo por esta razón indispensable la coordinación de diferentes especialidades.

Por su parte la OMS define algunas características del trabajo en equipo, las cuales incluyen la autonomía relativa de cada tipo profesional (asegurada por la legitimidad del conjunto de competencias que caracteriza a cada uno); la interdependencia entre los distintos profesionales en la ejecución de las acciones, la horizontalidad, la flexibilidad, la creatividad y la interacción comunicativa.

En relación a esto, Rosales y Valverde (1998) realizan la siguiente caracterización comparativa entre trabajo fragmentado y trabajo en equipo:

TRABAJO FRAGMENTADO	TRABAJO EN EQUIPO
Falta de interés/identificación con el trabajo que realiza	Identificación con el trabajo que realiza.
Ausencia de compromiso con la misión institucional	Compromiso con la misión institucional.
Actitud poco colaborativa con las tareas que realizan los demás.	Cooperación con el trabajo que realizan los demás
Falta de iniciativa y creatividad para resolver los problemas que se presentan en los servicios.	Iniciativa y creatividad para resolver los problemas que se presentan en el desarrollo de las tareas.
Intolerancia.	Flexibilidad para enfrentar y resolver las diferencias.
Modelo de organización vertical y autoritario.	Modelo de organización más horizontal y menos autoritario.
Visión parcial del proceso y desconocimiento del producto.	Concepción global del proceso de trabajo y conocimiento del producto.

1. 4 Atención Integral

Larraz Romeo (2002) expresa que la atención integral, en términos específicos, consiste en tratar al enfermo como persona. Con esto se refiere a:

*Tener en cuenta a la persona como totalidad. Esto significa que no se la puede dividir ya que es una unidad. Tratar al enfermo como persona supone el reconocer que es único e irrepetible. En definitiva, no es algo sino alguien.

*Tener en cuenta el concepto de salud en términos de calidad de vida global.

*La calidad de vida surge de lograr un equilibrio entre las múltiples dimensiones que forman la persona.

También destaca que es una constante de las instituciones sanitarias el incluir en los diferentes trípticos informativos al usuario y sus familiares que prestan una atención integral bio-psico-social. Sin embargo hablar de atención integral hacia una persona enferma va mucho más allá y se materializa en una serie de acciones que, en ocasiones, tienen que ver con «actitudes» tanto individuales de los profesionales (cómo entiende cada profesional qué es «ser persona» y además cómo entiende «ser persona enferma»), como de la propia institución sanitaria en cuanto a su misión como tal.

Estas acciones y actitudes en las que se materializa la atención integral a la persona enferma se pueden observar a varios niveles:

***Personalización de la atención:**

La persona enferma tiene un nombre, una historia, unas costumbres, un entorno, etc. y va mucho más allá de unos síntomas, un diagnóstico y un número de habitación o historia clínica.

***Respeto absoluto a la dignidad de la persona:**

Respeto absoluto de sus derechos como persona independientemente de su edad, raza, sexo, posición económica y social, creencias, tendencia sexual, etc. En este sentido, en la asistencia sanitaria, se ha de poner un especial énfasis en el derecho a la intimidad y a la confidencialidad de la persona,

especialmente en determinados trastornos cuya ruptura puede suponer un grave perjuicio para la misma. Este respeto ha de tener muy en cuenta a personas en situación de especial fragilidad como a personas mayores o con patologías psiquiátricas, hacia las cuales con frecuencia se efectúan situaciones de marginación y exclusión.

***Función social de la asistencia sanitaria:**

Las instituciones y los profesionales sanitarios, en su misión y obligación moral, han de ir más allá de ser meros agentes tratantes de patologías, prescindiendo del entorno global en el que se desenvuelve la persona. De no ser así es posible convertirse en «mecánicos» que ponen parches o sustituyen y eliminan «piezas» que han dejado de funcionar, provocando una distorsión en el funcionamiento global de los individuos.

La tecnificación absoluta de la medicina, la distancia que ha provocado su uso masivo con la persona y la insensibilidad que muchas veces perciben los enfermos de los profesionales e instituciones sanitarias, son algunos de los motivos de la pérdida del prestigio social de la medicina y de las profesiones sanitarias. Esto hace que la función del profesional de la salud en la actualidad se perciba como desprovista de esa función social, es decir, de hacerse cargo de lo que la persona enferma sufre y de sus consecuencias.

Por otra parte es también justo señalar una realidad que condiciona, en el momento actual, cada vez más la respuesta de instituciones y profesionales como es la limitación de recursos asistenciales en relación a la demanda masiva de servicios sanitarios de los ciudadanos, que motiva en ocasiones la queja de éstos y la presión hacia aquéllos ante la exigencia de sus derechos, legalmente reconocidos, pero imposibles de satisfacer en los términos exigidos (rapidez, seguridad, resultados, etc.). En cualquier caso no se debe olvidar nunca la identidad profesional ni la misión (actitud) para intentar modular la demanda y dar siempre una respuesta en relación a las posibilidades existentes, pero siendo sensibles a la situación de la persona enferma.

***Responsabilidad en el desempeño de la labor asistencial:**

Responsable es la persona que puede responder de una acción o intervención realizada, y que además, está relacionada con su aptitud (capacidad, entendida como conocimiento) y su actitud (disposición o predisposición). En la asistencia sanitaria la responsabilidad entendida así es algo inherente a la profesión (asignada tanto social como legalmente), aun reconociendo que en el momento actual los riesgos y repercusiones posteriores de las intervenciones en el ámbito de la asistencia sanitaria pueden ser trascendentes tanto para profesionales como para instituciones. Por esta razón no hay que olvidar la responsabilidad por lo que se decide, es decir, la circunstancia en la que el profesional se inhibe de tomar una decisión por miedo a las consecuencias que de ella se pudieran derivar.

***Atención a la dimensión corporal (biológica-somática):**

Es algo inherente a la asistencia sanitaria ya que la dimensión corporal de la persona es el substrato en el que la misma se materializa y además es su vehículo de expresión. Al hablar de atención corporal se hace referencia a lo siguiente:

- a) La necesidad de una competencia profesional (conocimiento-capacidad) a través de un proceso de formación continuada de los profesionales.

- b) La inclusión de un aspecto que no se adquiere con la capacitación y que tiene que ver con la actitud del profesional. Esto es la humanización, entendida como amabilidad, acompañamiento, empatía, etc.

***Atención a la dimensión psicológica:**

Supone acercarse al conocimiento del mundo emocional (funcionamiento mental) de la persona y se materializa en:

- Conocer cómo es la persona, cómo es su personalidad, lo cual informa acerca de cómo vive la enfermedad.
- Comprender, es decir, ponerse en el lugar de la persona enferma.
- Dar apoyo y acompañamiento emocional.

***Atención a la dimensión social:**

Hablar de atención integral no es sólo hablar de una persona que tiene unos síntomas y un diagnóstico. Además, esa persona está enmarcada por un entorno que hay que conocer y tener en cuenta (función social), lo cual implica:

- Conocimiento de su situación (cultural, económica, social, etc.).
- Apoyo decidido a la persona ante el rechazo y exclusión social que algunas enfermedades (trastornos mentales) aun conllevan en la actualidad.

***Atención a la dimensión trascendental:**

La atención a la dimensión trascendental en la persona enferma se ha de entender en un sentido amplio que incluya:

a) La atención religiosa-espiritual (respetando las decisiones y creencias de cada persona).

b) La atención a la parte trascendental que se ve afectada (en determinados procesos patológicos muy seriamente) ante la enfermedad:

- El sentido de la vida y la existencia.
- Los valores personales.
- Los criterios morales que rigen decisiones y conductas de la persona.

De esta manera el trabajo en equipo puede contribuir a paliar la creciente insatisfacción de los usuarios de sistemas sanitarios aportando calidad en los cuidados asistenciales al generar la situación en que cada miembro del equipo puede centrarse en un aspecto concreto del cuidado.

Finalmente se considera a la atención integral como un espacio donde el paciente oncológico debiera ser atendido de una forma coordinada entre los distintos especialistas participantes del proceso, ya que tanto el paciente como su familia, atraviesan por una serie de modificaciones en diversas áreas de su vida a partir del diagnóstico de su enfermedad. (Clínica de la Luz, 2008)

2. El Rol del Psicólogo en Oncología

Al referirse a la Psico-Oncología, Holland y Murillo (s.f) sostienen que el campo de la Psicooncología contribuye al cuidado clínico de los pacientes y sus familiares, favorece el entrenamiento del personal sanitario en el manejo de problemas psicológicos y ayuda en investigaciones acerca de problemas de comportamiento relacionados con: la prevención del cáncer, el manejo de enfermedades psiquiátricas y con el estudio de problemas psicológicos, durante todo el tiempo que dure el tratamiento de la enfermedad hasta los últimos días de vida.

Por su parte, Cruzado (2003) considera a la Psico-Oncología como un campo interdisciplinar de la Psicología y las Ciencias Biomédicas dedicado a la prevención, diagnóstico, evaluación, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y etiología del cáncer. También contribuye a las mejoras de las competencias comunicativas y de interacción de los sanitarios, además de la optimización de los recursos para promover servicios oncológicos eficaces y de calidad.

En su artículo, *Oncología y Psicología: Un Modelo de Interacción*, Sanz y Modolell (2004) citan a Holland, quien describe dos dimensiones psicológicas en las que debe incidir la Psico-Oncología: una se refiere a atender la respuesta emocional de pacientes, familiares y de todas las personas encargadas del cuidado del paciente a lo largo del proceso de enfermedad (psicosocial). Otra, hace referencia a detectar e intervenir en aquellos factores psicológicos, de comportamiento y aspectos sociales, que puedan influir en la mortalidad (supervivencia) y morbilidad (calidad de vida) de los pacientes con cáncer.

Malca Sharf (2005) sostiene que el rol del psico-oncólogo y sus intervenciones varían dependiendo de la fase en la que se encuentre el paciente con su enfermedad, además de las características individuales y demandas de cada caso. En relación a esto destaca las siguientes fases:

***Fase de diagnóstico:** se caracteriza por ser un período de mucha incertidumbre y presencia de emociones como ira, negación o culpa. Tanto el paciente como la familia se encuentran en un estado de impacto psicológico agudo de carácter traumático.

La intervención del psico-oncólogo en esta fase consiste en detectar las necesidades emocionales, psicológicas y sociales del paciente y su familia a fin de ofrecer apoyo y ayudarles a que perciban que, a pesar del diagnóstico, hay recursos adaptativos que se pueden poner en marcha para hacerle frente a la enfermedad.

***Fase de tratamiento:** la calidad de vida del paciente se puede ver comprometida por los efectos secundarios de los diversos tratamientos a los que esté sometido. Algunos de estos efectos secundarios son: alteraciones en la imagen corporal, malestar físico, dolor y ansiedad, entre otros. Debido a esto y otros efectos, puede generarse además, dificultad en la adherencia al tratamiento, generando el riesgo del abandono del mismo.

La intervención del psico-oncólogo en esta fase radica principalmente en potenciar estrategias de afrontamiento que permitan ayudar a la adaptación del paciente y su familia.

***Fase de intervalo libre de la enfermedad:** la amenaza de volver a presentar la enfermedad aumenta, a partir de los controles médicos que suelen realizarse en esta etapa. La intervención del psico-oncólogo en esta fase consiste en facilitar la expresión de miedos y preocupaciones, tanto del paciente como de sus familiares, para lo cual es necesario que establezca empatía y una buena comunicación.

***Fase de supervivencia:** mediante el apoyo psicológico se procura facilitar la adaptación del paciente a las secuelas físicas, sociales y psicológicas que la enfermedad haya podido generar. También se trabaja sobre la reincorporación a la vida cotidiana y se brinda ayuda para la reinserción laboral u otras actividades de interés.

***Fase de recidiva:** se caracteriza por un malestar anímico aún más intenso que el que suele experimentarse en la fase de diagnóstico. La intervención del psico-oncólogo en este periodo consiste en abordar y tratar los estados depresivos que puedan generarse.

***Fase final de la vida:** en esta etapa se aborda al paciente mediante tratamiento paliativo, es decir que el objetivo de la terapia cambia de curar a cuidar. La intervención del psico-oncólogo se basa en ofrecer una mejor calidad de vida al paciente y a los familiares. Para ello es necesario detectar y atender las dificultades psicológicas y sociales que puedan presentar.

Prosiguiendo con el tema del rol del psico-oncólogo, Cruzado (2003) describe cuatro áreas en las que el profesional puede intervenir:

***Asistencia Clínica:** brindada tanto al paciente como a sus familiares para mejorar la adaptación y calidad de vida ante el diagnóstico, tratamiento médico, controles clínicos, cuidados paliativos y duelo. Dentro de éste tipo de asistencia se incluye:

- *Evaluación Clínica:* durante esta etapa se debe realizar un examen inicial del paciente el cual consiste en una evaluación de sus capacidades cognitivas y una evaluación de trastornos psicopatológicos. Es conveniente explorar la capacidad de adaptación del paciente a la enfermedad y la adherencia al tratamiento correspondiente, teniendo en cuenta el grado de comprensión de la información que se le ha brindado, la cual se relaciona también con la participación de la persona en la toma de decisiones y su confianza en el equipo tratante.

Es importante tener en cuenta que durante esta etapa se debe prestar especial atención al estado emocional del paciente el cual puede estar atravesado por estados de ansiedad, depresión, culpa e ira.

También se debe evaluar el lugar que cumple la familia en la situación, considerando a la misma como el apoyo social con el que cuenta la persona enferma.

- *Tratamiento Psicológico*: aquí se incluye la psicoeducación, el consejo psicológico y la orientación sobre estrategias para superar ciertos problemas de comunicación que se pueden haber generado al momento del diagnóstico.

Es de vital importancia brindar al paciente un espacio para poder expresar sus emociones y afectos, y de esta manera, poder identificar y controlar ciertos estados de ánimo negativos como: ansiedad, depresión, sentimientos de culpa, aislamiento, etc., con el fin de ayudarlo a descubrir y utilizar aquellas estrategias disponibles y necesarias para el afrontamiento de la situación.

Se deben tener en cuenta también la existencia de ciertos trastornos relacionados a la imagen corporal como aquellos que son consecuencia de los tratamientos oncológicos específicos como, pérdida o aumento de peso, pérdida del cabello y diversas mutilaciones a partir de cirugías, entre muchos otros. Por otra parte, el trabajo con la familia también es muy importante e incluye la información sobre el estado sanitario y psicológico del paciente y la psicoeducación acerca de herramientas para la resolución de problemas de la vida diaria.

***Docencia**: basada en la formación en habilidades de comunicación y manejo de situaciones de crisis y estresantes en la interacción con el enfermo.

***Prevención**: creación de programas adecuados de educación para la salud, aprendizaje de hábitos saludables preventivos del cáncer, conductas de detección precoz, apoyo e intervención en consejo genético y prevención del síndrome de burnout.

***Investigación**: en aspectos comportamentales y sociales que están presentes en la patología del cáncer, sus tratamientos o el sistema de atención. Valoración de la calidad de la evaluación y los tratamientos aplicados.

3. PLANTEO DE PROBLEMA

La tarea de comunicación con el paciente, la familia y el equipo tratante, implica diferentes modos posibles de abordaje, tomando en cuenta el impacto psicológico que la información diagnóstica, pronóstica y de recidivas produce en todos ellos.

Como lo explica Barbero (s.f.) la buena voluntad de los profesionales tratantes, en el sentido de hacer el mayor bien posible al paciente, si bien es condición necesaria, no es suficiente.

Por esto también es importante el trabajo conjunto y en equipo, donde exista la posibilidad de la integración de conceptos, métodos, procedimientos, terminologías y datos de diferentes campos disciplinarios. En definitiva, el intercambio y la confrontación de diversos saberes.

Por todo esto el problema que guía el presente trabajo es: ¿Cuál es la importancia que adquiere lo interdisciplinario en la atención integral del paciente oncológico?

4. OBJETIVOS: GENERAL Y ESPECÍFICOS

4.1. OBJETIVO GENERAL:

- Caracterizar el trabajo interdisciplinario en la atención integral del paciente oncológico.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Caracterizar el rol del psicólogo en el equipo de atención interdisciplinario.
- Indagar los roles y funciones de cada profesional en el equipo.
- Describir el trabajo multidisciplinario, pluridisciplinario y transdisciplinario.
- Describir fortalezas y debilidades del trabajo interdisciplinario.

5. ASPECTOS METODOLÓGICOS

Respecto a los aspectos metodológicos del presente trabajo se trata de un estudio de caso único, con alcance descriptivo, en el que se caracteriza y analiza el trabajo interdisciplinario de los profesionales que formaron parte del dispositivo móvil. El enfoque metodológico utilizado es cualitativo. Específicamente se utiliza como instrumento de recolección de datos la observación. El diseño es no experimental, debido a que sólo se observa y describe la variable: trabajo interdisciplinario en la atención integral del paciente oncológico; en la unidad de análisis elegida, en su contexto natural, sin crear situaciones artificiales ni manipular en forma intencional la variable.

Por último, respecto a la unidad de análisis, el dispositivo móvil enviado a Jujuy para la Campaña de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino, fue elegida en forma intencional en base a que, de acuerdo a sus características, sirve como modelo ejemplificador para mostrar la necesidad y la importancia de la existencia de un equipo interdisciplinario en la atención integral del paciente oncológico.

6. PRESENTACIÓN DEL CASO

Para comenzar, se caracterizará la unidad de análisis elegida para el presente estudio de caso.

Como se adelantó anteriormente, el dispositivo fue enviado a la Provincia de Jujuy en el marco de la *Campaña de Prevención de Cáncer de Cuello de Útero*, con el objetivo de realizar PAP, colposcopias y ecografías mamarias a la población femenina del lugar que se acercaba a los consultorios.

Su objetivo principal fue brindar atención sanitaria a aquellas personas que por cuestiones económicas, geográficas, educativas o de otra índole, no pueden acceder al sistema de salud de su respectiva provincia.

La campaña se desarrolló a lo largo de una semana en diferentes barrios (de niveles socio-económicos medio-bajo) de la provincia. El primer día los camiones se ubicaron en una feria emplazada en el Barrio Alto Comedero, en la que también se realizaban otros Programas pertenecientes al Ministerio de Salud de Nación; como Maternidad e Infancia y Adolescencia; los cuales realizaban talleres y repartían folletería sobre sus respectivas temáticas. El segundo y tercer día los camiones continuaron trabajando en el Barrio Alto Comedero, ya sin la presencia de estos otros programas.

Posteriormente el dispositivo se trasladó al Barrio Tupac Amarú (organización barrial), integrado por 3400 viviendas. Cabe señalar que el crecimiento del mismo se basa en la conformación de Cooperativas de Trabajo (por ejemplo Cooperativa Textil y Cooperativa de Construcción) en las que los habitantes del barrio obtienen un trabajo y del cual reciben un salario.

Los profesionales integrantes del dispositivo fueron: 4 médicos generalistas o médicos de familia, 1 psicóloga, 1 trabajadora social, 1 enfermera, 2 técnicos radiólogos y 1 periodista (coordinador del equipo).

En este operativo se enviaron 2 camiones sanitarios: el primero acondicionado como consultorio de atención clínica y enfermería y el segundo equipado para diagnóstico por imágenes.

Las mujeres interesadas en efectuarse los estudios debían acercarse espontáneamente. En primer término, la trabajadora social les ayudaba a llenar algunas planillas con sus datos personales e información acerca de su composición familiar y características de la vivienda. Seguidamente eran atendidas por uno de los médicos, quien efectuaba una entrevista en la que se les preguntaban sus antecedentes familiares.

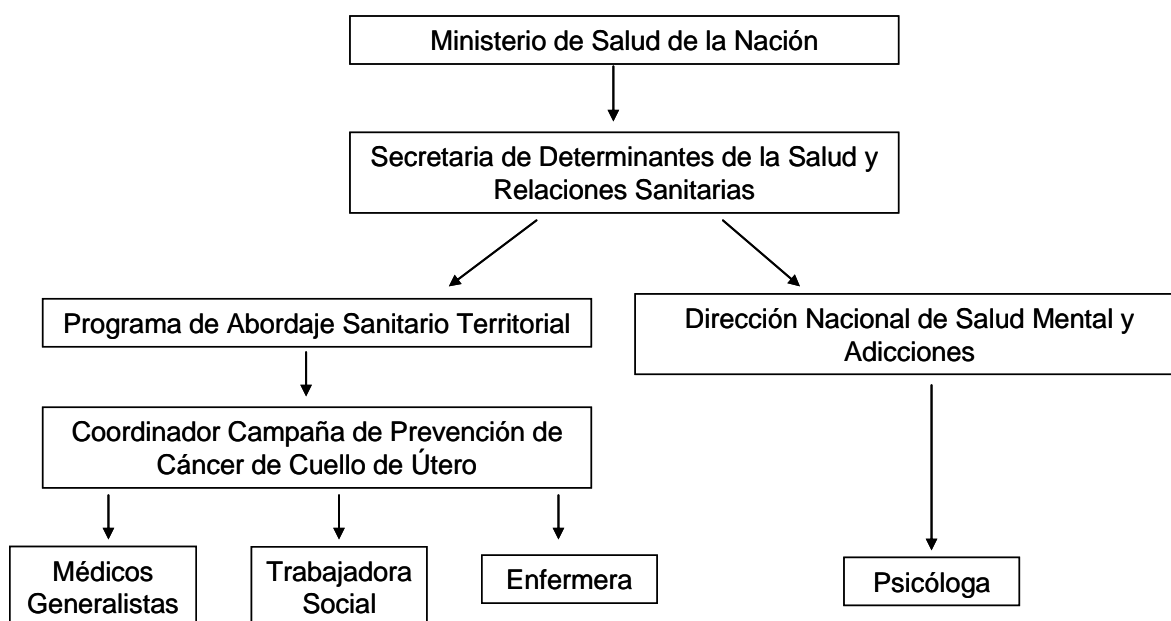
Posteriormente eran derivadas a otro profesional que luego de una consulta efectuaba los pap y colposcopias, si así lo requería el caso. Si se detectaba algún signo o síntoma de un posible cáncer se derivaba a la paciente a una interconsulta psicológica, pero sólo en los casos que el médico lo creyera

necesario y teniendo en cuenta la decisión de la paciente. En otras oportunidades se requería un estudio complementario (ecografía mamaria o mamografía) para corroborar el diagnóstico.

Durante las mañanas la psicóloga del equipo organizaba talleres de información con las mujeres que aguardaban para ser atendidas. Se ubicaban las sillas formando un círculo y se les brindaba a cada una un folleto con información acerca de la importancia de realizarse los controles anuales, y además, se les aportaban algunos datos sobre el cáncer de cuello uterino.

Mientras las señoras leían el folleto, la profesional explicaba de manera más clara la información contenida en los mismos e incentivaba a las mujeres a que expresen todas aquellas dudas y consultas que tuvieran acerca de los controles que debían realizarse, así como también sobre de los riesgos que implica el no acudir al médico.

6.1 Organigrama



7. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DEL CASO

En el presente apartado se efectúa una articulación del marco teórico con el caso presentado con el fin de realizar un análisis del mismo. Para esto se expondrán las observaciones efectuadas, y a continuación, el análisis correspondiente a partir de unidades temáticas.

Ante todo es significativo aclarar que esta campaña en particular fue la primera experiencia en la cual se incluyó al profesional *psi*, razón por la cual el rol del profesional de la salud mental no estuvo claramente delimitado ni definido con antelación.

7.1 La Presentación del Equipo de Profesionales

Antes de la presentación del equipo de trabajo la Coordinadora convocó a la psicóloga a una entrevista en su oficina con el objetivo de comentarle la razón de ser de la campaña, porqué se la había convocado a la misma y, a modo de advertencia, le remarcó que los integrantes del equipo eran en su generalidad médicos y que el lugar que ella ocuparía sería el de mediadora del equipo. Ante lo cual, la reacción de esta última fue de asombro, ya que lo que ella esperaba era efectuar el abordaje emocional de las pacientes y no la función de mediadora del grupo.

Antes de viajar al lugar donde se realizaría la campaña se convocó a una reunión de equipo para la presentación de los profesionales. A esta reunión sólo acudieron: la psicóloga, dos de los cuatro médicos, la enfermera y una de las técnicas radiólogas. Durante este encuentro se explicitaron los objetivos y el encuadre. Se indicó que los objetivos serían: realizar la mayor cantidad de pap y colposcopias posibles, para de esa manera poder detectar precozmente los eventuales casos, repartir folletería acorde al tema para brindar información y realizar talleres psicoeducativos. El tema principal que se trató fue el origen de la campaña, a partir de lo cual se destacó que los resultados de estudios de prevalencia realizados habían sido el motor impulsor de su existencia.

Incluso se utilizó este espacio para la organización del trabajo especificando: cuantos camiones sanitarios concurrirían, con cuantos consultorios contaba el equipo y como se distribuirían los profesionales, que tipo de estudios complementarios se realizarían y que medicamentos se brindaría a la comunidad, en el caso que fuera necesario. También se distribuyeron las tareas que realizaría cada uno, en base a las demandas de la población.

El hecho de formar equipos de profesionales de múltiple disciplinas es una oportunidad para sumar diversas miradas, estudios, modalidades de análisis, modelos de intervención y prácticas diferentes para mejorar el servicio. Tal como lo expresa González Billalabeitia (s.f.):

Debido a que una única disciplina o un solo profesional no pueden de forma aislada facilitar una atención terapéutica integral ni satisfacer las diferentes necesidades que presenta el enfermo, el trabajo en equipo es uno de los pilares fundamentales en la atención a los enfermos oncológicos (p.709).

Se observa como desde el comienzo la inclusión de la psicóloga no está orientada al trabajo con pacientes sino más bien a intermediar en posibles conflictos que pudieran surgir entre los diferentes profesionales del equipo.

Se podría decir que en este caso se considera al psicólogo en principio, como variable de ajuste en el equipo de trabajo. De esta manera sólo se ocuparía de incentivar o facilitar una buena comunicación y relación entre los profesionales, de los profesionales hacia la familia y el paciente y también entre el paciente y su familia. En definitiva su función consistiría en evitar las confrontaciones que podrían ocurrir entre los diferentes integrantes del equipo.

La OMS (1973) define al equipo de la salud como: “Una asociación no jerarquizada de personas, con diferentes disciplinas profesionales, pero con un objetivo común que es el de proveer en cualquier ámbito a los pacientes y familias la atención más integral de salud posible”.

En este sentido es que se habla de un equipo interdisciplinario. Tal como lo expresa Bottomore (1982): “una puesta en común, otra forma de conocer, analizar y abordar un fenómeno o proceso determinado”. (p.32-52)

También se puede observar como en ningún momento se delimitaron los roles de cada profesional ni se utilizó el espacio para la presentación de cada uno de ellos. Por otra parte el objetivo principal de la campaña está exclusivamente relacionado con el ámbito médico, en ningún momento se consideró tratar el aspecto emocional de las pacientes estudiadas, ni siquiera se tiene en cuenta la función del profesional psi en lo que respecta a la atención del paciente. Sin embargo se tiene en cuenta al mismo como variable de ajuste, fundamental en lo que refiere a la dinámica y relación entre los miembros del equipo, así como entre el equipo, el paciente y su familia.

7.2 El Coordinador

El día en el que el coordinador se presentó dijo su nombre e informó que su profesión era la de periodista. Comentó que al ser el coordinador de la campaña toda decisión importante tenía que ser analizada previamente por él. Él sería quien se encargaría de hablar con los referentes de cada jurisdicción para la realización de la campaña en los diferentes barrios y transmitiría cualquier información a sus superiores.

Durante el viaje el coordinador se mostró muy comprometido, tanto con su tarea como con la de los demás integrantes del equipo. Siempre estuvo disponible para lo que se lo requería en cada momento, así como también para solucionar algunos conflictos en relación a los servicios de salud locales, que se presentaron en diferentes ocasiones.

A propósito Gené (1994) sostiene lo siguiente:

El Coordinador de un Centro de Salud (CS) tendría un papel más parecido al capataz de obras, aquel profesional que trabajando codo a codo con sus compañeros tiene la misión de conseguir que los resultados se aproximen lo más posible a los objetivos marcados.

Se puede considerar una ventaja el hecho que el coordinador del equipo no pertenezca al ámbito de la salud, ya que de esta manera podría tener una visión más objetiva, en lo que respecta a diversos problemas que eventualmente se podrían generar en el equipo.

También se debe tener en cuenta que todo líder debe ser motivador y director de grupos, fomentando la iniciativa y la creatividad de cada miembro. Aquellos que ejercen las funciones de autoridad, jefatura o liderazgo, les compete coordinar las actividades del grupo mediante la comunicación entre sus miembros ayudándose y manteniendo la unión entre todos.

En definitiva, una de las funciones del coordinador es que pueda transformarse en facilitador en vez de supervisor, estando dispuesto a relacionarse y a escuchar las demandas tanto de la población con la que trabaja como de los profesionales que integran su equipo.

Por otra parte se debe destacar que al tratarse de un dispositivo comunitario se debe trabajar considerando las necesidades y demandas sociales, por lo cual el coordinador de estos equipos suele ser una persona flexible e independiente de una jefatura asignada según su profesión. En términos generales es necesario que en lo posible sea un agente que comprenda el lenguaje de las diferentes disciplinas y actúe como traductor.

7.3 Primer Día de Trabajo

El primer día los camiones se ubicaron en una feria que se estaba realizando en el Barrio Alto Comedero. Allí también se encontraban otros Programas del Ministerio de Salud de Nación, como fue explicado anteriormente.

Durante ese día se distribuyeron los cuatro consultorios ubicados en los camiones. Los mismos se encontraban equipados con una camilla y un escritorio con dos sillas. También contaban con un colposcopio por cada consultorio y materiales esterilizados para realizar los análisis necesarios, por ejemplo, la extracción de la muestra de pap.

Cada médico eligió y ocupó un consultorio y la enfermera se instaló en el que incluía la farmacia del dispositivo a la cual concurrían las pacientes una vez finalizada la consulta para retirar los medicamentos que les recetaban los médicos: pastillas anticonceptivas, preservativos u otros medicamentos.

La trabajadora social se encontraba abajo del camión realizando encuestas sociodemográficas a las mujeres que se acercaban y que esperaban a ser atendidas. Estas encuestas incluían preguntas referidas a sus datos personales, características de la vivienda, cantidad de hijos, medidas de higiene, etc.

Respecto a la psicóloga, si bien no tenía un consultorio destinado para ella, podía utilizar alguno que estuviera libre, si fuera necesario. Durante el primer día trabajó en conjunto con el resto de los Programas que se encontraban en el lugar, repartiendo folletería y brindando información a la población.

Se observa la flexibilidad de la psicóloga para adaptarse a diferentes espacios y horarios considerando la falta de un espacio adecuado para atender a los pacientes que requerían interconsulta.

A propósito, y tal como lo expresa la Dra. Bosnic (1999): “No hay demasiados planes de estrategia temporal para funcionar, más que una gran flexibilidad y la convicción genuina de lo que se quiere transmitir...” (p.50)

Además es importante considerar que el consultorio es el espacio donde la comunicación interpersonal se expresa con mayor despliegue y profundidad. Por esta razón debe ser un ambiente preparado de tal manera que invite a crear un clima de intimidad y confianza donde el paciente se sienta cómodo.

7.4 Reuniones de Equipo

Es importante aclarar que no se realizaban reuniones de equipo periódicas. Al finalizar la jornada de trabajo cada profesional “se quedaba” con la información que el paciente le había brindado durante su consulta, por lo cual, la misma no

circulaba hacia los demás integrantes del equipo. Esto producía que cada uno manejara una información fragmentada del paciente sin una visión integral del mismo.

En razón de la no participación de otros profesiones a los talleres organizados por la psicóloga, y en vistas de la no realización de reuniones de equipo, la psicóloga es la única persona que cuenta con la información trabajada en esos encuentros. Esto manifiesta, en forma evidente, la falta de comunicación entre todos ellos.

Atender a los procesos de comunicación en el interior de los equipos de salud es clave para fortalecer el trabajo en equipo y así brindar un servicio de salud más coordinado y eficiente. La comunicación es un eje estratégico porque es a través de las conversaciones que se coordinan las acciones necesarias para cumplir con las tareas definidas.

La buena coordinación y comunicación entre los distintos profesionales favorece los cuidados hacia el paciente atendiendo a las diferentes necesidades físicas y psíquicas que éste presenta a lo largo de todo el proceso de enfermedad, aportando seguridad en su tratamiento y recuperación, cuándo ésta sea posible, y aumentando la calidad asistencial y la satisfacción por parte del paciente con el sistema sanitario y el trato recibido.

También se deben considerar la importancia de las reuniones formales e informales en las que se brinde apoyo emocional a los profesionales del equipo. Ya que son un procedimiento eficaz para reducir el estrés asociado al trabajo con paciente con cáncer.

7.5 El Psicólogo

El primer día de trabajo, como no disponía de un espacio físico destinado como consultorio, la psicóloga se ubicó dentro de la enfermería esperando algún pedido de interconsulta y ayudando a la enfermera en el llenado de planillas necesarias para entregar medicamentos. También, en algunos momentos,

colaboraba con la trabajadora social realizando encuestas socio-sanitarias a las mujeres que se encontraban esperando a ser atendidas.

El segundo día una de las médicas le pidió a la psicóloga que asista a su consultorio. Al ingresar encontró a una paciente recostada sobre la camilla. La doctora allí presente le dijo a la psicóloga que la había llamado para que le sostenga la pierna a la mujer para poder realizarle una colposcopia.

El tercer día la profesional atendió su primera paciente derivada por interconsulta. Se trataba de una mujer de 75 años de edad, viuda, enfermera, con una hija y con diagnóstico de cáncer de mama. En el encuentro comentó que por su profesión ella ya sabía que tenía “algo malo” pero no le dio demasiada importancia, razón por la cual no se mostró sorprendida en el momento en que la médica le dio el diagnóstico. También, durante la entrevista, comentó que había concurrido al lugar con su hija, por lo cual y con previa autorización de ella, se la convocó. Como se mostró sorprendida y angustiada en un primer momento se intentó calmar a la hija para poder hablar con ambas acerca de la enfermedad de la madre, la necesidad de un seguimiento y también anticipar la posibilidad de realizar estudios complementarios.

Ese mismo día acudieron a la consulta dos mujeres por problemas de abuso por parte de sus parejas, a ellas y a sus hijos. Ambas fueron atendidas por la psicóloga en el consultorio, quien posteriormente decidió acudir a las instituciones que se encargan en la comunidad de atender a mujeres víctimas de estas situaciones. En ambos casos, si bien habían concurrido a comisarías, la policía no había accionado en función de sus denuncias.

El cuarto día una de las doctoras del equipo le pidió a la psicóloga que se dirija a su consultorio ya que quería que estuviera presente en el momento de darle el diagnóstico de cáncer de mama a una paciente. La misma era una mujer joven (30 años), casada, sin hijos. En un primer momento se mostró muy angustiada, sólo quería ir a su casa y hablar con su marido. Luego la psicóloga le ofreció tener una entrevista con ella, ante lo cual accedió. Durante la misma la paciente se sintió calma y tranquila y se pudo trabajar con ella acerca del

diagnóstico, la posibilidad de una intervención quirúrgica y sobre la importancia de hablar con su marido acerca de la enfermedad y sus miedos.

Los días posteriores no hubo interconsultas. La psicóloga realizó talleres para brindarles información a las mujeres que se encontraban esperando a ser atendidas. Con este fin se utilizaron folletos elaborados por el Programa de Prevención de Cáncer de Cuello de Útero del Ministerio de Salud de Nación, los cuales explicaban que es un pap, cuales son las ventajas de realizárselo una vez al año, quienes se encuentran dentro del grupo de riesgo y también se brindaba una línea gratuita de consulta.

A partir de estas observaciones se puede advertir como en un primer momento no está totalmente definida la función de la psicóloga, ya que la misma cumplía el rol de auxiliar o “comodín” en los casos en que se necesitaba de alguna ayuda.

En relación al tema del trabajo en equipo y a lo relatado en esta última observación se debe considerar que, cuando un especialista de una determinada disciplina funciona sólo como “colaborador” de algún otro profesional, a esta relación no se la puede denominar interdisciplinaria.

No obstante se advierte como en un segundo momento se comienza a delimitar su rol y su función, en lo referido a la atención emocional de una paciente, precisamente en el momento en que una de las doctoras le pide una interconsulta por una mujer con diagnóstico de cáncer de mama. Es en esa circunstancia donde la profesional psi comienza a tener una participación tendiente a lo interdisciplinario. Durante esta entrevista se puede observar además, como la psicóloga le brinda a la paciente un clima adecuado para la libre expresión de sus emociones.

Como lo expresa la Dra. Bosnic (1999): “Si estoy transitando una enfermedad, lo lógico no es que esté distendido y alegre sino: asustado, inseguro, angustiado, deprimido, insomne y con miedo de morirme” (p.51).

Por otra parte se debe destacar la presencia de la psicóloga en el momento en que la médica le informa el diagnóstico a otra paciente (función indelegable del médico a cargo). Más allá que la psicoterapeuta sólo actúa como observadora, su presencia silenciosa es fuente de contención y además es un espacio importante para trabajar a posteriori con el procesamiento y resignificación de la información recibida.

En relación a este tema Malca Sharf (2005) sostiene que la fase del diagnóstico se caracteriza por ser un período de mucha incertidumbre durante la cual la tarea del psicooncólogo se caracteriza por detectar las necesidades emocionales, psicológicas y sociales del paciente y su familia, a fin de ofrecer apoyo y ayudarle a que perciba que, a pesar del diagnóstico, se pueden utilizar diferentes modalidades para enfrentar la enfermedad.

7.6 Los Talleres

Los talleres se realizaban en la “sala de espera” (espacio libre dentro del predio donde estaban ubicados los camiones) con las mujeres que iban a ser atendidas y en algunos casos, sus hijas o hermanas que las acompañaban.

El material que se utilizaba en los talleres era fundamentalmente folletería sobre la temática; algunos contenían leyendas en relación a la prueba de pap, explicando que la misma no producía dolor, que duraba sólo unos minutos y que era necesario realizarla a todas las mujeres sexualmente activas.

Otros contenían información sobre el cáncer de cuello de útero destacando que el mismo afecta principalmente a mujeres mayores de 35 años y que se produce por algunos tipos de HPV (virus del papiloma humano). También se describían sus síntomas.

Luego de repartir esta folletería la profesional psi disponía algunas sillas en círculo y les brindaba a las mujeres algunos minutos para poder leerlos. Posteriormente se realizaba una reflexión acerca de lo leído.

Si bien la folletería brindaba información, la misma no era suficiente para responder a las preguntas de las señoras y la psicóloga tampoco podía responder preguntas médicas específicas. Algunas dudas que surgían eran en relación a la prueba de pap (que era lo que se extraía, que resultados podía dar) y otras en relación a las edades en las que se realizan cada estudio.

Por otra parte, durante este espacio las mujeres se mostraban cómodas y contenidas, contaban sus experiencias, expresaban su enojo con el sistema de salud local y se mostraban contentas por la posibilidad que se les estaba dando.

Durante el desarrollo de estos talleres los médicos se encontraban atendiendo, sin embargo es importante decir que en los momentos en que no tenían ningún paciente, no se acercaban al taller.

De acuerdo a la Guía de Comunicación en Salud del Ministerio de Salud de la Nación:

Históricamente, la sala de espera ha sido considerada como un lugar de *'pérdida de tiempo'* donde las personas se *'acumulan'* con el único fin de aguardar su turno para ser atendidas.

Si el tiempo de espera es prolongado y no se proporciona ninguna explicación razonable, entonces se genera el clima propicio para toda clase de comentarios y quejas en relación con la forma de atención del establecimiento y de los médicos en especial.

La sala de espera es un escenario ideal para trabajar los temas de salud, ya que hay tiempo de espera y necesidad de información. El desafío está en cómo aprovechar el tiempo de la espera y transformarlo en un tiempo activo de participación grupal para realizar acciones de promoción de la salud.

Si se considera que en estos talleres sólo interviene la psicóloga, al tiempo que los médicos no muestran interés alguno en participar de la actividad, aquella posiblemente se encuentre desbordada en diferentes momentos por la gran demanda de información que en muchas ocasiones no podía o no le correspondía responder.

Como lo señala la autora González Billalabeitia (s.f): “El trabajar junto a otros profesionales en un mismo proyecto proporciona la posibilidad de apoyo mutuo entre ellos” (p.711).

Incluso e independientemente de estas circunstancias, se debe tener en cuenta que una de las funciones o tareas del psicooncólogo es la prevención, por ejemplo, a partir de la transmisión de información acerca de la detección precoz y el aprendizaje de hábitos saludables y preventivos del cáncer.

7.7 Último Día de Trabajo

El último día de trabajo los médicos se encontraban superados por la situación, debido a que había muchas mujeres que querían y reclamaban ser atendidas. Se generaron situaciones de mucha tensión y desagrado por parte de algunas personas, las cuales fueron calmadas en varias oportunidades por el coordinador de la campaña.

A su vez, al ser el último día, la psicóloga y la trabajadora social se encargaron de llevar todas las muestras de PAP con las fotocopias de las historias clínicas al Centro de Salud de la comunidad que se encargaría de analizarlas y darles los resultados a las pacientes.

Al finalizar la jornada cada miembro del equipo se dispuso a acomodar su consultorio para que los camiones pudieran regresar a su lugar de origen.

A partir de esta observación se destaca cierta ineficacia en lo referido a la organización de las tareas ya que se deja entrever una dificultad en la división del trabajo de cada profesional, lo que da como resultado una atención poco coordinada y eficiente que produce el reclamo de las personas que exigen ser atendidas. ¿Es esto otra consecuencia de la falta de comunicación? o ¿sólo refleja la dificultad en la división de tareas a llevar a cabo?

Como se observa, a pesar de las quejas de las pacientes, los profesionales en ningún momento intentan organizar de mejor manera su trabajo para dar respuesta a la demanda. En definitiva continúan trabajando como lo vienen haciendo desde un principio.

Es importante destacar que al finalizar la campaña tampoco se ofrece realizar una reunión de equipo para poder poner en común las vivencias, sentimientos y sensaciones experimentados a partir de la experiencia compartida.

DISCUSIÓN

Ante todo es importante considerar lo que sostiene Gonzalez Billalabeitia (s.f.) acerca del equipo sanitario interdisciplinar cuando explica que: “Está compuesto por un conjunto de profesionales de diferentes disciplinas que se unen para trabajar, empleando una metodología común y compartiendo un mismo proyecto asistencial y unos mismos objetivos de atención.” (p.709)

Por esta razón, antes de convocarlos a formar parte de un equipo interdisciplinario para una determinada campaña, se deben delimitar sus objetivos. Esto favorece a que participen de la experiencia, según la formación y especialidad de cada uno, lo cual propicia al trabajo en equipo con objetivos definidos en común y compartiendo un mismo proyecto asistencial.

Lo que particularmente se puede observar, a partir de la descripción y el análisis del caso, es la ausencia de trabajo interdisciplinario por parte del equipo convocado para la realización de la campaña. Incluso y fundamentalmente, existe una falta evidente en lo que respecta a la delimitación de los roles de cada profesional convocado para formar parte. Si bien cada uno tiene una función específica de acuerdo a su profesión, sus tareas se ejercen en forma independiente.

En consecuencia es dable proponer, en calidad de Proyecto de Intervención, crear o diseñar estrategias para fomentar el trabajo interdisciplinario, teniendo en cuenta la importancia del mismo en la atención integral.

En términos específicos la elaboración de un Proyecto de Propuesta de Intervención implica proponer actividades o tareas que puedan llevarse a cabo con el fin de revertir la situación problemática. (Resala, Iglesias, 2009).

Los destinatarios directos de esta propuesta serían tanto el equipo de trabajo (psicólogo, médicos, coordinador, enfermera y trabajadora social), que participó

en La Campaña de Prevención de Cáncer de Cuello de Útero, como los futuros integrantes de próximas convocatorias. En tanto que los destinatarios indirectos serían los pacientes y la comunidad.

Como objetivos de este Proyecto de Intervención podrían proponerse:

Objetivo general:

- Planificar el trabajo en equipo.
- Crear espacios formales e informales para el intercambio de problemáticas surgidas de la tarea.

Objetivos específicos:

- Planificar los encuentros: hora de comienzo y finalización, cantidad de encuentros, participantes, normas o límites.
- Definición de las tareas de cada uno de los miembros del equipo.
- Delimitación de los objetivos compartidos.
- Fomentar la comunicación abierta y permanente.

Un obstáculo fundamental que se observa, en lo que respecta al trabajo en equipo, es la falta de reuniones o encuentros, tanto formales como informales, entre los profesionales. Dichas actividades son indispensables para que la información sobre cada paciente pueda ser compartida, y además no se concentre en un sólo profesional. Esto redundaría en que todos podrían compartir información acerca de los pacientes, enriqueciendo la asistencia y modificando una fragmentación empobrecedora, tanto para los consultantes como para el equipo.

En relación a lo expresado anteriormente, tal vez podría haber sido útil considerar la posibilidad de contar con reuniones de equipo periódicas, luego de finalizada la jornada laboral, sustentadas en la necesidad de circulación de información de los pacientes, así como también de un espacio para que cada profesional pueda “volcar” sus inquietudes respecto al trabajo o al equipo. Es

decir, un espacio adecuado para que cada uno pueda compartir sus opiniones y diferentes puntos de vista.

En definitiva se pueden proponer como acciones concretas: una primera reunión con todo el equipo convocado para la campaña, con el fin que conozcan los objetivos del proyecto y también poder delimitar roles y funciones de cada profesional. Y posteriormente se podría realizar algún otro encuentro, quizás uno o dos, antes de concurrir a la provincia en cuestión, para tratar temas más específicos.

Se observa a largo del análisis del caso, cierta dificultad en lo que se refiere a la comunicación y colaboración entre los profesionales para el trabajo en equipo, considerando que el mismo podría contribuir a paliar la creciente insatisfacción de las mujeres con la calidad de la atención recibida. Dificultades que posiblemente se hubieran subsanado con los encuentros anteriormente propuestos.

En lo que respecta a los talleres, si bien constituyen una actividad que beneficia y aporta al trabajo en la comunidad, los mismos no están incluidos como una de las actividades a realizar durante la campaña. De haber sido de esta manera es posible que lo trabajado a lo largo de ese tiempo hubiera sido más productivo e incluso el resto de los profesionales podrían haber participado del mismo obteniendo beneficios y provecho de esta experiencia. Tal como lo señala la autora González Billalabeitia (s.f): “El trabajar junto a otros profesionales en un mismo proyecto proporciona la posibilidad de apoyo mutuo entre ellos” (p.711).

Como se lo expresó anteriormente, entre las falencias de la experiencia se cuentan, la falta de comunicación entre los profesionales, la ausencia de coordinación y organización anticipada de las tareas, la deficiente delimitación de roles y funciones, entre otras cuestiones, lo cual favorece y redundando en la ausencia manifiesta de trabajo interdisciplinario.

Esto se observa también en la dificultad que se genera en los integrantes del equipo para incluir al psicólogo, en la ausencia de pedidos de interconsulta, así como también en la falta de participación de los médicos en los talleres coordinados por el psicólogo.

A propósito y en relación al rol de los profesionales “psi” en los equipos multidisciplinares, Benyakar (2003) señala que para hacer frente a complejas problemáticas se deben reunir las siguientes condiciones:

- Disponer de una sólida formación en el área de la salud mental.
- Estar capacitados para integrar a su comprensión de las situaciones clínicas los aportes de otras disciplinas.
- Contar con las condiciones necesarias para desarrollar una visión del problema y accionar en formas integradora.
- Ser suficientemente flexibles para adaptarse a las distintas situaciones que surgen de las combinaciones que se configuran en los diferentes casos.

Finalmente se deberían organizar los talleres con anticipación, delimitando objetivos del mismo, así como también los contenidos y la duración de cada uno. Por ejemplo se podría implementar un taller de 30 minutos del cual podría participar un médico, para explicar cuestiones específicas relacionadas con el cáncer de cuello de útero y aclarar dudas sobre los procedimientos diagnósticos, destacando siempre la importancia de la prevención, entre otras cuestiones.

CONCLUSIONES GENERALES

Ante todo es importante destacar que las conclusiones que se presentarán a continuación son válidas para el caso descrito y analizado en el presente trabajo.

La interdisciplina implica el encuentro entre varias disciplinas las cuales aportan sus métodos y conocimientos al estudio de un objeto en particular, en este caso el paciente oncológico. Se trata de una puesta en común, otra forma de conocer, analizar y abordar un fenómeno, problemática o proceso determinado.

Existen numerosos factores a tener en cuenta en el tratamiento de un paciente oncológico, con lo cual es importante considerar el trabajo interdisciplinario, destacando la participación de todos los profesionales involucrados en la atención del paciente. Sin embargo en algunos casos el abordaje integral del paciente no se cumple, ya que en ciertos centros la hegemonía médica pesa más que la “necesidad” del trabajo conjunto.

A partir de lo expresado se observa la importancia de la creación de equipos conformados por diferentes profesionales para la atención integral del paciente oncológico, fomentando la unión de diferentes disciplinas y los aportes que cada una de ellas pueda brindar para una mejor atención del enfermo, ya que ninguna puede atender, por sí sola, la totalidad de requerimientos necesarios y diferentes que eventualmente manifiestan estos pacientes.

Es significativo señalar que las prácticas aisladas del psicólogo o el médico son insuficientes para entender y afrontar la complejidad del paciente oncológico y su familia. Por esta razón es importante proporcionar una atención terapéutica integral del individuo enfermo que abarque su compleja pluridimensionalidad, por lo cual el trabajo en equipo es el indicado para cumplir con este objetivo.

En definitiva, un grupo de profesionales que trabajan en equipo y de manera coordinada pueden atender al paciente de una forma más adecuada, brindándole seguridad y confianza y promoviendo el máximo bienestar posible para él y su familia.

Es importante destacar que más allá de las dificultades señaladas los objetivos de la campaña se pudieron cumplir, aunque no se pudo funcionar en forma interdisciplinaria, lo cual hubiese optimizado aún más los resultados obtenidos.

Para finalizar se transcribe el siguiente cuento extraído del ensayo, *Humanización de la Salud*, de la Dra. Bosnic (1999):

“En un monasterio de Oriente, existe un lugar para meditar rodeado de bancos, en cuyo centro hay clavadas nueve piedras. Éstas están dispuestas de tal manera que en cualquier lugar donde uno se sienta, verá sólo ocho piedras. Siempre una quedará cubierta detrás de alguna otra.

Puede uno cambiar de sitio. De esta manera verá la que no veía antes. Pero allí también sólo verá ocho y otra será la que quede oculta.

¿De qué forma podrá conocerse la totalidad?

Sólo si otra persona se sienta en un sitio distinto, y nos cuenta como es la piedra que no vemos y nosotros le contaremos como es la que ella no ve” (p.42).

Como reflexión final es significativo expresar que este cuento destaca tanto los beneficios del trabajo entre diferentes profesionales como la herramienta fundamental para que se realice con éxito: el diálogo.

Incluso es dable considerar el desafío que se presenta a los profesionales, el construir y constituir equipos de trabajo, teniendo en cuenta las dificultades que los mismos conllevan. Sin embargo, deberían ser tomadas más como una herramienta para el crecimiento, que como un obstáculo.

Finalmente, esto abre el camino para seguir transitando y aprendiendo en favor de ofrecer una atención interdisciplinaria, no sólo como enunciado, sino también como realidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alavardo, S; Genovés, S; Zapata, M. (2009). La Psicooncología: Un trabajo Transdisciplinario. *Cancerología*, 4. 47-53

Barbero, J.(s.f.). Hechos y valores en Psico-Oncología. *Psico-Oncología*, 0(1), p. 21-37.

Benyakar, M. (2003). Las 9 W: nueve principios de intervención en catástrofes. Lo disruptivo. Buenos Aires: Biblos.

Bosnic, M. (1999) Humanización de la Salud. *Quirón*, 30 (2), pp. 36-57.

Bottomore, T.(1989). *Introducción*, en L. Apostel, *interdisciplinariedad y ciencias humanas*. Madrid: Tecnos / UNESCO, pp. 32-52.

Cruzado, J. A. (2003). La formación en psicooncología. *PSICOONCOLOGÍA*. 0 (1), pp. 9-19

Clínica de la Luz (s.f). Folleto de Unidad Integral de Oncología. Recuperado de:<http://www.clinicalaluz.es/Contenido/Paciente/pdf/uio.pdf>.

Diccionario de la Real Academia Española (en línea). Recuperado de: <http://www.rae.es>

Elichiry, N. (2009). *El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Gatto, M. (septiembre, 2006). *Obstáculos para la interdisciplina en el marco hospitalario*. Conferencia inaugural de la Tercera Jornada Argentina de Psicooncología. Buenos Aires, Argentina.

Gené J. (1994). ¿Dirigir o coordinar? *Formación Médica Continuada* 1: 608-611.

Gomez Sancho, M. (1998). *Medicina Paliativa. La respuesta a una necesidad*. Madrid: Arán.

González Billalabeitia, M. (2003). El equipo multidisciplinar en el apoyo psicológico al paciente y su familia. En M. Die Trill. *Psicooncología*. (pp.709-712). España: Ades.

Holland, J.; Murillo, M. (1998). Historia Internacional de la Psico-oncología. En M. Die Trill. *Psicooncología*. (pp.21-40).España: Ades.

Larraz Romeo, J.A. (2002). La atención integral: un deber ético y moral de profesionales e instituciones sanitarias. *Informaciones Psiquiátricas*. 0 (170), pp. 417-424.

Malca Scharf, B. (2005). Psicooncología: Abordaje emocional en oncología. *Persona y Bioética*. 9(2), pp. 64-67.

Mondragón J., Trigueros I. (1999) Organización de la Atención de la Salud en España. En Manual de prácticas de trabajo social en el campo de la salud. (pp 39-66). España: Siglo XXI de España

Morin, E. (1998) *Articular los saberes. ¿Que saberes enseñar en las escuelas?*. Buenos Aires: Universidad del Salvador.

Morin, E. (1995). Sobre la transdisciplinariedad. *Revista Complejidad* , 1(0).

Mucci, M. y Benaim, D. (2005). Psicología y Salud. Caleidoscopio de prácticas diversas. *Psicodebate*. 6, pp.123-137.

Organización Mundial de la salud (1946). Carta Magna. *Preámbulo*.

Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Sistemas de Salud: Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS*. Washington:

Organización Panamericana de la Salud.

Palomo, M. (2007). Liderazgo y Motivación en equipos de trabajo. Madrid: ESIC.

Resala, G., Iglesias, G. (2009). *Trabajo Final, Tesis y Tesinas*. Buenos Aires: Cooperativas.

Sanz; Modolell. (2004). Oncología y Psicología: Un modelo de Interacción.

Psicooncología Vol. 1(1), pp. 3-12.

Stolkiner, A. (1999) La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas.

Recuperado de: <http://www.saa.unc.edu.ar/extension-unc/vinculacion/instituciones-sociales-y-salud/acciones-realizadas/2011/jornadas-gratuitas-de-capacitacion-201csalud-colectiva-y-epidemiologia-comunitaria201d/interdisciplina.epistemologia.practicas.pdf>

Stolkiner, A. (2005). *Interdisciplina y salud mental*. Trabajo presentado en IX Jornadas Nacionales de Salud Mental “Estrategias posibles en la Argentina de hoy”. Misiones, Posadas.

Unidad Integral Interdisciplinar de Oncología. Recuperado de: <http://www.redaccionmedica.com/hemeroteca/historico.com>

Velázquez Martínez, A. G.; García Cerón, M. A.; Alvarado Aguilar, S. y Sánchez. J A. (2007, Mayo-Junio). Cáncer y psicología. *Gaceta mexicana de Oncología*. *Sociedad Mexicana de Oncología A.C.*, 6 (3), p. 71.

Vidal y Benito M. (2013). Psico-socio-oncología, multidisciplina, interdisciplina y transdisciplina. (Posgrado de Psico-Oncología y Humanización de la Salud) Universidad de Ciencias Sociales y Empresariales. Buenos Aires.