

XI Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2004.

ESTUDIO DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES Y PRÁCTICAS RELATIVAS A LAS INTERVENCIONES TEMPRANAS EN TRABAJADORES DE LA SALUD DE HOSPITALES PÚBLICOS.

PAULA GAILLARD y Prof. GRACIELA ZALDÚA.

Cita:

PAULA GAILLARD y Prof. GRACIELA ZALDÚA (2004). *ESTUDIO DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES Y PRÁCTICAS RELATIVAS A LAS INTERVENCIONES TEMPRANAS EN TRABAJADORES DE LA SALUD DE HOSPITALES PÚBLICOS*. XI Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-029/214>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eVAu/kAa>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

550 - ESTUDIO DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES Y PRÁCTICAS RELATIVAS A LAS INTERVENCIONES TEMPRANAS EN TRABAJADORES DE LA SALUD DE HOSPITALES PÚBLICOS

Autor/es

PAULA GAILLARD;Prof. GRACIELA ZALDÚA

Institución que acredita y/o financia la investigación

Beca de Maestría UBACyT 2003. Facultad de Psicología. UBA.

Resumen

Resumen El presente trabajo se inscribe en el marco del estudio exploratorio y descriptivo que se propone caracterizar las Representaciones Sociales y Prácticas relativas a las Intervenciones Tempranas en profesionales de la salud de Hospitales Públicos en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en el Conurbano Bonaerense. Las intervenciones tempranas tienen lugar en el marco de relaciones familiares, institucionales y socioculturales complejas; adquieren especial relevancia en el caso de grupos vulnerables, donde los actos de salud pueden verse afectados por un diagnóstico desfavorable y/o por condiciones socioeconómicas adversas pero también por las representaciones que los trabajadores de la salud poseen acerca de estos grupos. La valoración de los profesionales de la salud acerca de la necesidad, oportunidad y tipo de intervención en este periodo crítico de la vida, condicionará la promoción de acciones neutras, obstaculizadoras o facilitadoras de procesos salutíferos y mecanismos resilientes. La indagación se lleva a cabo a través de entrevistas en profundidad, observación simple y participante y relevamiento documental.

Resumen en Inglés

Title: Study about Social Representations and Practices related to Early Interventions in health professionals at Public Hospitals. The present paper is included in an exploratory and descriptive study where we propose to characterize social representations and performances, related to early interventions, in professionals of Public Hospitals from Buenos Aires city and Grand Buenos Aires. Early interventions take place in a complex environment of familiar, institutional and sociocultural relations. The research acquires a singular value in case of vulnerable groups, where health acts may be affected by unfavourable diagnosis or socioeconomic conditions, but also for the representations of health workers. The criteria of health professionals about need, opportunity and type of intervention in this critical period of life will affect the promotion of neutral, negative or positive healthy actions, and the acquisition of resilient capabilities. This research will take place through deep interviews, observations and document research.

Palabras Clave

intervencion temprana representaciones riesgo

INTRODUCCIÓN

La investigación "Estudio de las Representaciones Sociales y Prácticas relativas a las Intervenciones Tempranas en trabajadores de la salud de Hospitales Públicos" (Beca de Maestría UBACyT 2003), se enmarca dentro de la investigación "Estudio sobre las condiciones de producción de los Actos de Salud en Hospitales Públicos" (UBACYT P065) dirigido por la Profesora Graciela Zaldúa, y tiene como objetivo central indagar el dominio de las representaciones sociales y prácticas de los profesionales de la salud de hospitales públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y del Conurbano Bonaerense dedicados a la atención de la primera infancia (niños/as de 0 a 3 años).

Los supuestos generales que orientan esta investigación de carácter exploratorio/descriptivo son los siguientes:

1. Los actos de salud en la primera infancia resultarán diferenciales de acuerdo a la valoración que los profesionales de la salud construyan sobre los grupos particulares que demandan atención.
2. Las representaciones sociales de los profesionales acerca de la necesidad, oportunidad y tipo de intervención temprana, condicionarán la promoción de prácticas neutras, facilitadoras u obstaculizadoras de procesos salutíferos y resilientes.

Metodología:

Desde el punto de vista metodológico resulta pertinente la combinación de técnicas cualitativas y cuantitativas (de recolección y análisis) y la triangulación de fuentes e instrumentos. La muestra es intencional; criterio de inclusión: Profesionales de la salud que realizan intervenciones en primera infancia; heterogénea (Profesión, Sexo, Pertenencia a Servicios y Geográfica), homogénea (Pertenencia a Organizaciones Públicas del Sector Salud).

Fundamentación:

Las características del contexto sociohistórico y cultural actual, la hegemonía neoliberal, y en particular su materialización en el sector salud, han impactado tanto sobre la situación de salud de la población infantil y adolescente de nuestro país como sobre las condiciones materiales y simbólicas de las prácticas de salud.

Los datos sobre la situación social de la infancia y la adolescencia para el área metropolitana, indican que en la Provincia de Buenos Aires el índice de pobreza es del 77% y el de indigencia del 42% en la población menor de 18 años, y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, para la misma franja etárea, el índice de pobreza es del 36% y el de indigencia del 13%.

Los datos estimativos para la Argentina, según la Sociedad Argentina de Pediatría (2001) son de 3.000.000 de personas con discapacidad, de las cuales 1.000.000 son menores de quince años.

Si bien no hay informes que permitan evaluar la prevalencia de la desnutrición en la infancia, es sabido que muchos niños mueren o padecen secuelas asociadas a este fenómeno.

El período que se inicia con el destete hasta los tres años se constituye en el de mayor vulnerabilidad física y psíquica en el que las intervenciones de los efectores sanitarios gravitan fuertemente en la salud futura de la población.

El adecuado acceso a la salud se convierte entonces en un elemento central para promover y facilitar el desarrollo y fortalecimiento de procesos protectores que tiendan a evitar la muerte y la cristalización en secuelas discapacitantes como consecuencia de problemas abordables en un determinado período crítico del desarrollo infantil.

RESULTADOS PRELIMINARES

Deconstrucción de la noción de riesgo en la intervenciones en salud con niños de 0 a 3 años

El desarrollo que se presenta a continuación corresponde al análisis preliminar de los resultados surgidos de entrevistas en profundidad y observaciones simple y participante aplicadas a una submuestra intencional conformada por médicos/as neonatólogos/as y pediatras de hospitales generales de la Ciudad de Buenos Aires y del Conurbano Bonaerense; se propone caracterizar las percepciones y construcciones de los médicos/as en torno al concepto e indicadores de riesgo y mencionar algunas de las consecuencias que las mismas entrañan en la construcción del proceso salud/enfermedad/atención en población de niños/as de 0 a 3 años que asisten a hospitales públicos.

A partir del análisis del material obtenido, es posible caracterizar algunas de las construcciones de los profesionales de la salud en relación a cuándo un niño/a se encuentra en situación de riesgo y cuáles son los indicadores sobresalientes de dicha situación según el siguiente ordenamiento:

Construcción de la responsabilidad familiar frente al riesgo: el riesgo como problemática cotidiana y privada.

Aproximadamente para el 75% de los entrevistados, la causa última en relación a las situaciones de riesgo en la que pueden encontrarse los niños/as pequeños/as, es adjudicable a la familia de los mismos.

Las condiciones y el estilo de vida (familiar): Algunas caracterizaciones adjudican el riesgo social a las carencias materiales y a aspectos descriptivos, no explicativos, de las condiciones de vida familiares de los niños/as. También en los discursos se introducen "el medio" y las "pautas culturales" como elementos que, de por sí, pueden indicar riesgo. Los mismos refieren en la mayoría de los casos, al ámbito familiar del niño/a.

EJ. "Un chico está en riesgo cuando, depende de la familia, cuando corre riesgo social, no tiene acceso a centros de salud, cuando vive en asentamientos con piso de tierra, en casas de cartón, con hacinamiento, familias supernumerarias...ese es el principal riesgo para un chico" (Hospital General. Conurbano)

Las características parentales: En otros casos, se relaciona en forma directa la presencia de un indicador de riesgo con carencias e imposibilidades internas de los padres, principalmente de orden materno:

Ej. "Hay muchos indicadores, uno el que te decía, la falta de alarma en la madre, es catastrófico, quizás el peor de todos, porque se le va a morir el nene y no se va a dar cuenta, va a estar esperando en la sala de espera. Nos pasó. Esperando dos horas en la sala de espera sin preguntar: "miré doctor, el nene está así ¿lo puede atender?". Lo peor es eso, porque cuando los padres tienen alto índice de

alarma te lo traen enseguida, entonces antes de que la enfermedad se haga grave vos la ves, prevenís, y si hace falta lo dejás internado. Te da tiempo, sino no."
(Hospital General. Conurbano)

Construcción disciplinar del riesgo: el riesgo como situación visible y "límite" en el espacio/tiempo hospitalario.

La construcción del riesgo y sus indicadores parece ser diferencial cuando se considera la relación del niño/a y su familia con el sistema de salud. Así por ejemplo, el niño/a que no accede al sistema de salud se encuentra siempre en riesgo y cuando accede, se encuentra en riesgo "hasta que se demuestre lo contrario". Ante la sospecha y el conocimiento médico el riesgo comienza a adquirir visibilidad y a corporizarse en el niño/a, y en ocasiones también en su familia.

Ej. "Un niño está en riesgo siempre. Hasta tanto no se demuestre lo contrario, hasta que vos no conozcas la familia, no conozcas su medio, las pautas culturales, el niño puede estar en riesgo. Tenés que tomar tu entrevista, potencialmente, no necesariamente todo niño está en riesgo." (Hospital General. CABA).

Del discurso de los profesionales se deduce que la situación de riesgo puede presentarse tanto como una situación aguda, "límite", como bajo la forma de una situación crónica y/o solapada. A diferencia de lo que ocurre en el espacio/tiempo extrahospitalario, cuando la situación de riesgo se configura como tal, desencadena una respuesta, una intervención profesional. Lo que definiría la situación de riesgo sería el escaso tiempo y la necesidad de celeridad y eficacia en relación a la intervención profesional (intervención generalmente asociada a la prevención de tipo secundaria y/o terciaria).

Ej. "Creo que habría que definir riesgo, riesgo de vida en cuanto a una enfermedad y una enfermedad límite. Si yo, por ejemplo, tengo un chico con un paro respiratorio o si yo tengo un chico con una dificultad respiratoria grave, tengo una situación límite. Pero si yo tengo un chico con un maltrato también tengo una

situación límite...Me parece que la misma celeridad y la misma rapidez con que lo ayudamos al chico a ir a terapia, hacemos esto, y con el desnutrido lo mismo, lo más rápido posible..." (Hospital General. CABA)

A partir del material, puede inferirse que los profesionales médicos se reconocen como actores privilegiados para la detección y la transformación de las situaciones de riesgo en la infancia, siempre que las mismas se presentifiquen en el marco del ámbito hospitalario.

Las características o acciones de la población más reconocidas como favorecedoras de la salud por parte de los profesionales son las relacionadas con el seguimiento y la adherencia a los tratamientos: "fidelidad al tratamiento", "que la madre tenga confianza y venga a contar".

EJ. "Favorece la salud que las madres vengán a hacer los controles periódicos, que sean obedientes en cuanto a las indicaciones, que son atentas, que escuchan los consejos, que vienen al Consultorio de Niños Sanos en forma periódica..." (Hospital General. CABA)

CONCLUSIONES PRELIMINARES

Según sostiene Almeida Filho (1992) "los factores de riesgo en sí, como tales, no existen". Es necesario preguntarse por el sentido y el significado del riesgo en el contexto del modo de vida de las personas y de los colectivos poblacionales.

Del desarrollo se desprende que el factor biológico se constituye, en la mayoría de los casos, en causal que excluye otros múltiples factores de orden socioeconómico, cultural, histórico, psicológico o político. La construcción del riesgo involucra la figura del culpable y adquiere forma moralizante: las familias, en particular las madres, son responsables por los situaciones de riesgo cotidiano en las que el niño/a se encuentra inmerso. Aún en los casos en que una perspectiva de inclusión del contexto socio-cultural y económico permitiría mayor riqueza explicativa del problema, prevalece la atribución causal a la familia.

Desde la perspectiva de la prevención crítica como proceso contextualizado que interroga los diseños y los actos técnicos (Graciela Zaldúa, 2000), resulta fundamental seguir preguntándose por la ausencia de prácticas y políticas reticulares, interdisciplinarias e intersectoriales, que permitan la complejización y el abordaje de las situaciones de vulnerabilidad en la primera infancia con una real modalidad de intervención temprana y oportuna.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Datos extraídos de la Encuesta Permanente de Hogares y del SIEMPRO. Octubre 2002. www.indec.gov.ar.

Datos extraídos de la SAP. 2001. WWW.sap.org.ar.

La Argentina es uno de los pocos países latinoamericanos que no posee un Sistema de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (SISVAN) y que no integra oficialmente la red de cooperación sobre SISVAN de la Oficina Regional de la FAO (UNICEF. "La situación nutricional de la infancia". Argentina. 2002. P.29-30).

Almeida F., Naomar (1992): Epidemiología sin números. Serie Paltex n° 28, OPS,

Washington.

Zaldúa, Graciela (2000): "Entrevista sobre salud y prevención: La salud mental de los argentinos". Revista Espacio de Salud y Prevención, N°2. Bs.As.