

PUNTO DE VISTA

El Trabajo Social en la Unidad de Terapia Intensiva: reflexiones y aportes desde una experiencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

[Social Work in the Intensive Care Unit: Reflections and Contributions from our experience in the Autonomous City of Buenos Aires, Argentina]

DÉBORA S. LEMA

Trabajadora Social - Maestranza en Cuidados Paliativos - Diplomada en Bioética.

Especialista en Políticas del Cuidado con Perspectiva de Género.

Secretaria del Comité de Bioética de SATI.

Directora del Comité de Bioética, miembro de la Terapia Intensiva y del equipo de Cuidados Paliativos del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich (Bs. As.).

* Correspondencia: debilinalema@gmail.com

Recibido: 18 agosto 2022. Revisión: 4 febrero 2023. Aceptado: 14 abril 2023.

Resumen

La incorporación de profesionales de Trabajo Social a la dinámica de las terapias intensivas es poco frecuente. La mirada social, enfocada en la narrativa, las vivencias y el entorno de los pacientes, parece no coincidir con los tiempos y las necesidades de la intervención biologicista predominante y necesaria de la Unidad de Terapia Intensiva para "salvar vidas". Sin embargo, la participación de Trabajo Social puede contribuir e impactar positivamente en el área cerrada. Esta disciplina puede aportar ante procesos de toma de decisiones compartidas, el acompañamiento y la contención de la familia y el entorno, la gestión precoz de recursos sociales para la planificación de egresos, la adaptación a las suelas pos Unidad de Terapia Intensiva; y mejorar la calidad de atención en el área crítica.

Palabras clave: Trabajo social; atención centrada en el paciente y la familia; recursos; planificación compartida de la atención; interdisciplina.

Abstract

The incorporation of Social Work professionals to the dynamics of the Intensive Care Units is infrequent. The scope of the social perspective, focused on the narrative, experiences and the environment of patients, do not coincide with the times and needs of the accelerated biological intervention focused on "saving lives". However, Social Work intervention can contribute and have a positive impact on this closed area. In a shared decision-making process, this discipline can contribute with family and environmental support and containment, early management of social resources for planning discharges, adaptation to post-ICU sequelae, and improving quality of care.

Key words: Social work; patient-family centered care; advanced care planning; interdiscipline.

Introducción

Este artículo tiene por objetivo compartir la experiencia de intervención del Trabajo Social en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) de un hospital general de agudos de alta complejidad de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, sostenida desde hace casi una década. La experiencia ha ido redefiniendo su alcance desde el inicio de su inserción hasta su afianzamiento a través de los años.

La internación en la UTI y la enfermedad crítica impactan en el paciente y su entorno, generando consecuencias socioemocionales que pueden exceder las competencias de los intensivistas para su acompañamiento. Situaciones familiares conflictivas, toma de decisiones dilemáticas y procesos del final de la vida son algunas de las situaciones cotidianas que pueden requerir de apoyo interdisciplinario.

La incorporación del Trabajo Social en la UTI resulta poco frecuente en las dinámicas institucionales. A lo largo de este ensayo se profundizarán sus aportes en términos de contención emocional a las familias, gestión de recursos ante necesidades sociales y la planificación compartida de la atención.

La interdisciplina requiere de aptitud para el trabajo en equipo y apertura al aprendizaje. Tanto la profesional del Trabajo Social como los intensivistas necesitan darse lugar en términos de lenguaje y competencias a fin de permitir la inclusión de *otra mirada* que valora aspectos subjetivos que atraviesan al paciente-familia, y que pueden quedar invisibilizados por el predominio de la urgencia que caracteriza al área crítica.

Desarrollo

Las UTI son áreas cerradas que reciben pacientes graves que requieren no solo tratamientos adecuados al evento crítico, sino también monitoreo (“vigilancia”) continuo y soporte constante por medio de equipamiento y medicamentos que mantengan las funciones del organismo.¹ El sostén de una o de varias capacidades vitales a través de maquinaria y otros dispositivos (tubos, mangueras, aparatología) condiciona la comunicación y la relación del paciente con su entorno o familia y con el equipo de salud. Las características mencionadas, sumadas a los horarios de visita reducidos, son factores que predisponen al aislamiento del paciente de su realidad previa, y provocan necesidades en el grupo familiar/entorno que, de no ser atendidas, pueden condicionar su capacidad de adaptación al momento crítico y aumentar el sufrimiento.²

A partir del impacto que genera una situación límite o crítica que amenaza la vida, surge la necesidad de promover la planificación de toma de decisiones

conjuntas relativas al cuidado y la atención actual o futura. Este plan necesitará revisarse desde la singularidad de cada paciente/familia e implica su ajuste a cada momento del curso de la enfermedad y la trayectoria hospitalaria, incluida el área crítica, intentando que coincidan preferencias, creencias, costos-beneficios y recursos en salud.³

El Trabajo Social es una profesión y una disciplina académica que reconoce que los factores históricos, socioeconómicos, culturales, geográficos, políticos y personales interconectados sirven como oportunidades o barreras para el bienestar y el desarrollo humano.⁴ Todos ellos constituyen aspectos que, sin duda, se ponen en juego para la persona que atraviesa una internación en la UTI. En el ámbito hospitalario, es usual la asociación de la trabajadora social a la planificación del egreso hospitalario, proceso que parece un objetivo lejano en el contexto de las UTI. Sin embargo, teniendo en cuenta la escasez de políticas públicas de cuidado y de dispositivos para la alta hospitalaria y la rehabilitación, es necesario abordar este y otros temas, de manera temprana y continuada, y esto incluye al área crítica.^{5,6}

Aportes específicos de la disciplina

Gestión de recursos

La inserción inicial del rol profesional estuvo caracterizada por la demanda hacia incumbencias “tradicionalmente” asociadas al Trabajo Social Hospitalario. Se registraron, en su mayoría, interconsultas relativas a la gestión de recursos, como asesoramiento a familiares sobre certificado único de discapacidad (CUD), tramitación de poderes para el cobro de pensiones/beneficios sociales (ANSES, PAMI, etc.), derivaciones para acceso a beneficios sociales/instituciones, gestión de pensiones asistenciales, acceso a insumos hospitalarios, identificación de pacientes, entre otras (Anexo). Todas estas intervenciones resultan imprescindibles para agilizar la planificación y gestión tempranas del egreso hospitalario, y requieren de una atención continuada si la persona prosigue su internación en una sala de menor complejidad.⁷ Muchas de esas gestiones iniciadas en la UTI caducan en caso de fallecimiento; sin embargo, para algunos familiares y cuidadores ocupar tiempo participando de la tramitación de estos beneficios constituye una oportunidad para sostener la *esperanza* en la recuperación. Asimismo, les brinda un rol activo al “*sentirse útiles*” durante el tiempo de internación en la UTI que, como se mencionó inicialmente, suele relegarlos de la participación activa en el cuidado y acompañamiento de su familiar.⁸

Acompañamiento y contención familiar

Dar cuenta de los *otros* alcances que tiene la profesión de Trabajo Social y que son parte de la identidad y

la competencia disciplinar, constituye, al día de hoy, el mayor desafío de la inserción en la UTI. Visibilizar la posibilidad de que el Trabajo Social tiene de asumir el *acompañamiento emocional* que demandan los altos niveles de sufrimiento de los pacientes y las familias, fue un proceso facilitado por la apertura del equipo de salud.⁹ En la actualidad, se registra un aumento de interconsultas relativas al abordaje sociofamiliar, que requieren de una evaluación y su pertinente diagnóstico social, para poder delinear estrategias de acompañamiento adecuadas a cada situación y momento (Anexo).¹⁰

Constituye entonces el acompañamiento familiar una de las intervenciones más importantes que realiza el profesional del Trabajo Social en la actualidad, las entrevistas familiares son encuentros planificados con referentes familiares, miembros referentes del equipo asistencial y la Trabajadora Social.¹¹ Un abordaje centrado en las necesidades de la familia podrá atenuar las vivencias negativas de la incertidumbre que caracteriza al área crítica y que generan emociones, como ansiedad, enojo, temor, miedos, preocupaciones y tensión, que, con frecuencia, interfieren en la relación familia-equipo de salud.¹² Las *reuniones familiares* constituyen espacios de abordaje de las diferentes dinámicas sociofamiliares, las que pueden acarrear problemas previos o bien desencadenar desacuerdos y conflictos a partir de la estancia en la UTI.¹³ Si bien no se profundiza en este ensayo, es necesario mencionar que la experiencia vivenciada por familiares y referentes afectivos puede tener consecuencias negativas en el futuro, tal como lo demuestra el síndrome familiar pos-UTI.¹⁴ De allí la importancia de bregar por el abordaje de las necesidades familiares mientras dura la internación, a fin de reducir las consecuencias negativas a largo plazo.

Siguiendo con el abordaje familiar, es necesario tener presente que, a partir de la internación, el rol ocupado previamente por el paciente se verá interrumpido, alterando la dinámica y el funcionamiento familiar previos.¹⁵ La *temporalidad del padecimiento* también condicionará este último; puede tratarse de un cuadro agudo aislado de rápida y breve evolución o de una enfermedad crónica de curso progresivo y persistente o de un evento irruptivo (accidentes de tránsito, naturales, etc.).¹⁶ Es necesario conocer el motivo o la causa de la internación, ya que ofrecerá distintos escenarios de abordaje familiar. Por ejemplo, no será la misma experiencia para una familia que acompaña a uno de sus miembros cuya enfermedad tiene años de progresión y probablemente no constituye su primera experiencia en la UTI, que la de quien sufre un accidente cerebrovascular o un accidente en la vía pública a partir del cual se producen secuelas discapacitantes. Tener en cuenta la dimensión del pronóstico resulta fundamental, ya que condiciona la planificación de los cuidados futuros (en caso de haberla) y la adaptación

a un nuevo escenario de salud para un abordaje crítico y temprano en casos de *discapacidad*.¹⁷ Se hará necesario ante su irrupción acompañar este momento particular para la biografía del paciente y su familia, el que requerirá abordarse de acuerdo con los tiempos que la recuperación física, emocional e institucional posibilite.

Planificación compartida de la atención (PCA)

Otra de las intervenciones que resultan troncales está especialmente asociada a los escenarios de enfermedad crónica avanzada y el final de la vida en la UTI. La PCA se definió como “la capacidad de permitir a las personas atendidas definir objetivos y preferencias sobre tratamientos y atención futuros, discutir esos objetivos y preferencias con los familiares y los profesionales responsables de la atención, y registrar y revisar esas preferencias cuando proceda”.¹⁸ Si bien el promedio de muerte en el área crítica se mantiene en el 30% en el mundo; el envejecimiento poblacional y el aumento de las enfermedades crónico-críticas requieren de la utilización sistemática de recursos sanitarios y, en un alto porcentaje, estos serán provistos en la UTI.^{19,20} Por este motivo, es necesaria la discusión temprana sobre las preferencias y los deseos de los pacientes en relación directa con el uso racional de los recursos en salud. Las *conversaciones* entre equipo, pacientes y familiares sobre preferencias relativas a la adecuación del esfuerzo terapéutico, deseos expresos del paciente sobre los cuidados que se desea o no recibir en el futuro o al final de la vida, la designación de un subrogante que asuma la toma de decisiones en caso que este no cuente con autonomía (que suele ser el escenario más habitual en el área crítica), entre otras decisiones dilemáticas, deben manifestarse expresamente.²¹ En el caso de paciente con enfermedades crónicas avanzadas, conocer cuáles hubieran sido sus deseos y si el proceso de PCA ya se había iniciado, puede evitar intervenciones, como diálisis, intubación, etc., que tienden a prolongar la agonía en últimos días de vida.²²

La planificación de la atención se compone de encuentros que necesitan darse en momentos oportunos, ajustados a la necesidad profesional y familiar, y las conversaciones y los acuerdos deben registrarse debidamente.²³ Es necesario aclarar que, según la legislación argentina, los acuerdos y las decisiones pueden cambiar a lo largo del proceso de enfermedad y la internación.²⁴ El desafío será llegar a conocer los deseos, las creencias y las preocupaciones que tiene ese paciente respecto al cuidado de su salud (en caso de que pueda expresarlos y sino a través de su representante/referente afectivo), y hacerlos coincidir, en el mejor de los casos, con las alternativas terapéuticas que pueda ofrecer el equipo de salud.

Este proceso requiere de la alianza de la Trabajadora Social con el equipo médico interviniente, cuya

participación guía las decisiones clínicas sobre la base de la mejor evidencia científica y la propia experiencia profesional, ayudando a pacientes y familias a reducir la incertidumbre y promover la toma de decisiones informadas.²⁵ Si bien los tiempos asistenciales escasos y la falta de formación en habilidades comunicacionales pueden constituir limitaciones a la hora de poner en práctica estas conversaciones, la adaptación del equipo de salud a nuevas modalidades de atención constituye una responsabilidad profesional para mejorar la atención de la cronicidad crítica y el final de la vida en la UTI.²⁶

Reflexión final

El Trabajo Social encuentra en la UTI un campo ávido para poder conjugar sus incumbencias, metodología y valores ético-profesionales tendientes a destacar la defensa de los derechos de pacientes y familias. Valorizar el rol de la comunicación y la narrativa, muchas veces, condicionada en el paciente crítico, resulta un aporte para mediar el vínculo entre la familia y el equipo de salud.²⁷ Las habilidades comunicacionales permiten liderar reuniones familiares que se constituyan en instancias de contención emocional y espacios de encuentro interdisciplinarios para delimitar objetivos de tratamiento, promover la PCA (paciente-familia-equipo) y resolver eventuales conflictos.²⁸ El ajuste de expectativas a la realidad asistencial y el reconocimiento de recursos de afrontamiento ante pronósticos adversos constituye un objetivo del acompañamiento familiar del Trabajo Social en la UTI.

Abordar, de manera temprana, situaciones donde irrumpen transitoria o definitivamente, la discapacidad, la dependencia y la fragilidad, hace necesario tener en cuenta las múltiples necesidades físicas, económicas, materiales, psicosociales, espirituales y de cuidado, que estas traen aparejadas. Resulta fundamental asociarlas a recursos sociales y a la política pública vigente para dar respuesta a las demandas que del proceso de atención-cuidado y de la internación en la UTI puedan desprenderse. En un contexto sanitario marcado por el incremento de la cronicidad, garantizar la continuidad de los cuidados desde el área crítica hacia otros espacios institucionales constituye un indicador de calidad asistencial.²⁹

La salud de la población y, en especial, la de nuestra región se encuentra atravesada por desigualdades y complejidades sociodemográficas que exigen abordajes cada vez más integrales y complejos. La incorporación de otras disciplinas resulta desafiante y una oportunidad de enriquecimiento entre saberes y lenguajes que, al complementarse, produce nuevos conocimientos y mejora nuestras prácticas en salud.

Quedan por fuera de esta experiencia del Trabajo Social en el área crítica cuestiones contextuales, como el atravesamiento de la pandemia y sus consecuencias para la población. También temáticas que la atraviesan a diario, como la bioética, el género, la corporalidad, el abordaje del final de la vida y los cuidados paliativos, el cuidado de los profesionales y cuidadores, entre otros. El compromiso institucional y la continuidad del desarrollo profesional permitirán seguir profundizando ese análisis en el futuro y seguir aportando a la mirada interdisciplinaria en la Terapia Intensiva.

La autora no declara conflictos de intereses.

Bibliografía

1. Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. Disponible en: <https://sati.org.ar/index.php/familiares-y-amigos-de-pacientes-internados-en-terapia-intensiva>. [Consulta: 14 de septiembre, 2022]
2. Rojas V. Humanización de los cuidados intensivos. *Rev Médica Clin Condes* 2019; 30(2): 120-125. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2019.03.005>
3. Sedini C, Biotto M, Cresspi Bel'skij LM, Moroni Grandini RE, Cesari M. Advance care planning and advance directives: an overview of the main critical issues. *Aging Clin Exp Res* 2021; 34(2): 325-330. <https://doi.org/10.1007/s40520-021-02001-y>
4. International Federation of Social Workers – Global Online Conference. Jornada Internacional de Trabajo Social Contemporáneo: Investigación e Intervención Social. Disponible en: <https://www.ifsw.org>. [Consulta: 4 de agosto, 2022]
5. Stolkner A, Ceminari Y. El cuidado social y la organización social del cuidado como categorías claves para el análisis de políticas públicas. Disponible en: <https://www.aacademica.org/000-122/142.pdf>. [Consulta: 30 de marzo, 2023]
6. Mata García Notario L, Martín de las Casas M. Estrategias de prevención y control frente a la aparición del síndrome post-UCI en el paciente crítico y la familia. Una revisión narrativa. *Bachelors Thesis*. 2021. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/698181/mata_garcia%20notario_lucia%20de%20lafg.pdf?sequence=1
7. Masfret D. El trabajo social sanitario y la planificación del alta sanitaria. *Políticas Sociales en Europa* 2009; 25:93-109. Disponible en: <https://www.cairn-mundo.info/revue-las-politicas-sociales-en-europa-2009-1-page-93.htm>
8. Gooding T, Pierce B, Flaherty K. Partnering with family members to improve the intensive care unit experience. *Crit Care Nurs Q* 2012; 35(3): 216-222. <https://doi.org/10.1097/cnq.0b013e318260696a>.
9. Pérez-Ramírez B, Osornio Mora LL. De la intervención al acompañamiento. Una propuesta para construir conocimiento desde nuestra experiencia encarnada en Trabajo Social. *Itiner Trab Soc* 2021; (1): 7-14. <https://doi.org/10.1344/its.v0i1.32484>
10. Avila Cedillo G. Diagnóstico social en trabajo social: conceptos clave y metodología para su elaboración. *Margen* 2021; 100: 1-27. Disponible en: <https://www.margen.org/suscri/margen100/Avila-100.pdf>
11. Forrester D, Killian M, Westlake D, Sheehan L. Patterns of practice: an exploratory factor analysis of child and family social worker skills. *Child Amp Fam Soc Work* 2020; 14. <https://doi.org/10.1111/cfs.12664>

12. Ludmir J, Netzer G. Family-centered care in the Intensive Care Unit—What does best practice tell us? *Semin Respir Crit Care Med* 2019; 40(5): 648-654. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1697957>
13. Widera E, Anderson W, Santhosh L, et al. Family meetings on behalf of patients with serious illness. *New Engl J Med* 2020; (383): 11. <https://doi.org/10.1056/NEJMvcm1913056>
14. Gerritsen R, Hartog C, Curtis J. New developments in the provision of family-centered care in the intensive care unit. *Intensive Care Med* 2017; 43(4): 550-553. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/s00134-017-4684-5>
15. Venuti MS, Pedace ML, Díaz A, et al. Encuesta a familiares de pacientes internados en unidades de cuidados críticos sobre sus creencias religiosas, su opinión sobre cuidados de fin de vida y sus preferencias de horarios de visita. *Acta Colombiana de Cuidados Intensivos* 2021; 21(4). <https://doi.org/10.1016/j.acci.2021.02.003>
16. Gherardi C. *Vida y muerte en Terapia Intensiva*. Buenos Aires: Biblos; 2007.
17. Rojas Campos SM, Yarza A, Perez B. Estudios críticos en discapacidad: una polifonía desde América Latina (reseña del libro). *Nomadas* 2020; (52): 261-270. <https://doi.org/10.30578/nomadas.n52a16>
18. Lasmarias C, Velasco Sanz T, Carrero Planes VE, Graneromoya N. Planificación compartida de la atención: la COVID-19, ¿una oportunidad? *Med Paliat* 2020; 27(3): 267-268. <https://doi.org/10.20986/medpal.2020.1164/2020>
19. Esteban A, Frutos Vivar F, Muriel A, et al. Evolution of mortality over time in patients receiving mechanical ventilation. *Am J Respir Crit Care Med* 2013; 188(2): 220-230. <https://doi.org/10.1164/rccm.201212-2169OC>
20. Iwashyna TJ, Hodgson CL, Pilcher D, et al. Timing of onset and burden of persistent critical illness in Australia and New Zealand: a retrospective, population-based, observational study. *Lancet Respir Med* 2016; 4(7): 566-573. [https://doi.org/10.1016/s2213-2600\(16\)30098-4](https://doi.org/10.1016/s2213-2600(16)30098-4)
21. Lasmarias C, Delgado Giron S, Rietjens JA, Korfage IJ, Gómez-Batiste X. Definición y recomendaciones para la Planificación de Decisiones Anticipadas: un consenso internacional apoyado por la European Association for Palliative Care (EAPC). *Med Paliat* 2019; 26(3): 236-249. <https://doi.org/10.20986/medpal.2019.1019/2018>
22. Ma J, Chi S, Buettner B, et al. Early palliative care consultation in the medical ICU. *Crit Care Med* 2019; 47(12): 1707-1715. <https://doi.org/10.1097/ccm.0000000000004016>
23. Kennedy AC, Jones DA, Eastwood GM, Wellington D, See E, Lewis JE. Improving the quality of family meeting documentation in the ICU at the end of life. *Palliat Care Soc Pract* 2022; 16: 263235242211288. <https://doi.org/10.1177/26323524221128838>
24. Ley N.º 26.742. Derechos del paciente en su relación con los profesionales y las instituciones de salud. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26742-197859/texto>. [Consulta: 4 de agosto, 2022]
25. As Esp de Planificación Compartida de la Atención AEPCA. La planificación compartida: tomar decisiones en tiempos de pandemia. *Rev Bioet Amp Debate* 2020; 87. Disponible en: https://raco.cat/index.php/BioeticaDebat_es/article/view/369725
26. Occhiuzzi A. Programa de Actualización en Terapia Intensiva. Bioética en la UCI. Retiro del soporte vital. Buenos Aires: Sudamericana; 2021: 153-172.
27. Garces Carranza C. Intervención del trabajador social con los familiares de pacientes con demencia en la unidad de cuidados intensivos. *Portuaria* 2011; 11(1): 111-117.
28. Gay E, Pronovost P, Bassett R, Nelson J. The intensive care unit family meeting: making it happen. *J Crit Care* 2009; 24(4): 629.e1-12. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2008.10.003>
29. Martínez López P. Looking outside the ICU. *Medicina Intensiva* 2011; 35(9): 590. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912011000900013&lng=es&tlng=en. [Consulta: 4 de agosto, 2022]

Cómo citar este artículo: Lema DS. El Trabajo Social en la Unidad de Terapia Intensiva: reflexiones y aportes desde una experiencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. RATI. 2023;40:e842.14042023.



Anexo

Año-paciente* Tipo prestación TS	2014-2015 n = 81	2018-2019 n = 125	Cantidad de prestación por paciente	2015-2016	2018-2019
Apoyo social	100%	98%	6	6,17% (5)	7,2% (9)
Comunicación	61,73%	57%	5	9,87% (8)	10,4% (13)
Toma de decisiones	53,09%	75,6%	4	17,30% (14)	20% (25)
Organización familiar	43,21%	49,20%	3	23,45% (19)	35,2% (44)
Articulación interinstitucional (gestión de recursos)	43,21%	29,23%	2	29,63% (24)	36,8% (46)
Duelo	11,11%	15,20%	1	13,58%,(11)	16,8% (21)
			Total	242	464

Trabajo Social interviene en el 20-40% del total de pacientes admitidos en la Unidad de Terapia Intensiva por año.

* Se toman dos años de referencia y queda por fuera el análisis de la intervención en pandemia que estuvo sujeta a la reorganización institucional y de reasignación de funciones que modificó la atención durante esta.