

# **Reflexiones y Tensiones en mi ejercicio profesional como Trabajadora Social en el Instituto Nacional de Psiquiatría**

Clínica de Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastorno del Espectro

**Autor: TSP. Mtra. María Teresa López Jiménez**

## **Resumen**

Tradicionalmente a la disciplina de Trabajo Social en México se le ubica como una profesión encargada de las evaluaciones socioeconómicas, las referencias y la gestión de apoyos sociales de los usuarios dentro del sistema de las instituciones públicas, esta conceptualización se desprende de los orígenes y la historia del Trabajo Social. Los requerimientos actuales de intervención demandan que este profesional trascienda el papel que cotidianamente ha desempeñado, para dar lugar a una nueva configuración de conocimientos, habilidades y recursos teóricos, técnicos y metodológicos, tendientes a crear una nueva figura del quehacer profesional. Para cumplir con esta transformación es necesario traspasar el bagaje de conocimientos que curricularmente se imparte en los centros académicos, integrar e incorporar nociones del área en la que se desenvuelve el profesional, de manera que sus acciones cuenten con el sustento teórico necesario para mejorar la calidad de la atención que brinda y hacer más eficientes los procedimientos que se requieren en la renovación de la calidad de los servicios.

**Objetivo:** Describir el proceso de inserción de Trabajo Social Psiquiátrico en una subespecialidad de la psiquiatría: La Clínica de Trastorno Obsesivo Compulsivo y Trastornos del espectro (TOC y Te), del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

**Resultados.** Participación en el diseño de los programas de TCC para los trastornos de TOC, TDC, Tricotilomania y Tx por Atesoramiento, colaboración en la coordinación de 73 grupos de TCC fungiendo rol de terapeuta y/o coterapeuta, en el que han sido beneficiados 1014 personas con distintos diagnósticos psiquiátricos del espectro obsesivo y 694 familiares, proceso que ha permitido establecer un modelo de intervención que recupera y utiliza de forma holística los conocimientos en beneficio de las personas que son usuarios de los servicios que brinda.

**Palabras Clave:** Reflexiones – Tensiones- Trabajo Social Psiquiátrico - Trastorno Obsesivo Compulsivo

## Introducción.

El tránsito de la multidisciplina a la transdisciplina, puede ser complejo, requiere de flexibilidad, creatividad, ruptura de estereotipos y una elevada tolerancia a la frustración y al cambio constante.

Para poder hablar de esta transición es menester considerar el significado de estos términos, Piaget (1972) realiza una descripción del grado de interacción que se alcanza en cada componente y así llega a distinguir tres niveles en la interdisciplinariedad. Considera en el nivel inferior a la multidisciplinariedad, considerando que este proceso se gesta cuando la solución de un problema requiere obtener información, de una o dos ciencias o sectores del conocimiento, sin que en las disciplinas que contribuyen se gesticione un cambio. También plantea como en un trabajo a largo plazo esta interacción podría constituir una primera fase que sería posteriormente trascendida. Sin embargo, se debe considerar que existen campos en donde el nivel multidisciplinario no puede ser trascendido debido a la persistente heterogeneidad de la información empleada.

El segundo nivel corresponde a la interdisciplinariedad, proceso en donde la cooperación entre varias disciplinas o sectores heterogéneos de una misma ciencia llevan a interacciones reales, es decir, hacia una reciprocidad de intercambios que den por resultado un enriquecimiento mutuo.

En el último nivel estaría una etapa superior de relaciones interdisciplinarias que sería la transdisciplinariedad, que no solo cubre las investigaciones o reciprocidades entre proyectos especializados de investigación, sino que también sitúa estas relaciones dentro de un sistema total en el que no existen fronteras sólidas entre las disciplinas.

Otros autores como Martínez (2003) han conceptualizado a las interacciones entre diferentes disciplinas como un continuo que va de lo monodisciplinario, hasta lo transdisciplinario., considerando que la diferencia radica en la naturaleza de la integración que se hace tanto del proceso de investigación como de la comprensión e integración de los resultados o hallazgos de las diferentes disciplinas. La monodisciplinariedad, apunta al trabajo que involucra a una sola disciplina, dando prioridad a la amplitud del conocimiento por sobre la comprensión. Lo multidisciplinario se encuentra dado por una yuxtaposición o agregación de disciplinas, que como ha señalado Klein (1990) es esencialmente una agregación de disciplinas y no una integración, existiendo una relación acumulativa, pero no interactiva; con la particularidad de privilegiar la independencia del trabajo entre disciplinas con un pobre interés y necesidad de conocer el trabajo de los otros. Martínez (2003).

Lo interdisciplinario implica integración y síntesis, con la finalidad de lograr que los elementos inherentes a dos o más disciplinas se integren entre sí, orientándose a las bases del conocimiento y contribuyendo a que cada una se perfeccione. Gyarmatti (1991), con el apoyo especial del desarrollo del trabajo en equipo que debe contemplar la coordinación, la comunicación, el diálogo y el intercambio, para la traducción de términos propios, aclarar lenguajes ambiguos, establecer procedimientos metodológicos similares, y, en términos generales compartir algunos de los presupuestos, puntos de vista y lenguajes de los otros. Klein (1990).

El método de trabajo que trasciende a los anteriores es el transdisciplinario, conceptualizado como aquel que permite una completa integración teórica y práctica, dando lugar a un nuevo mapa cognitivo sobre el problema de estudio Martínez (2003). La Dra. Melanie Klein (1990) sostiene que el proceso integrativo que facilita la transdisciplinariedad, incluye pasos como:

- La definición del problema, tema o pregunta,
- Establecer todos los conocimientos necesarios -incluyendo asignar a representantes disciplinarios y consultores,
- Desarrollo de contexto integrativo y preguntas de investigación apropiadas,
- Especificar el tipo de situaciones o estudios que serán aceptados,
- Búsqueda y recopilación de material actual
- Resolver conflictos disciplinarios trabajando por un vocabulario común (enfocado al aprendizaje recíproco en equipo de trabajo),
- Construir y mantener la comunicación a través de técnicas integrativas,
- Recopilar todos los aportes conceptuales y evaluar si son adecuados y relevantes,
- Ratificar y rectificar las soluciones propuestas,
- Decidir sobre el manejo o disposición futura de la tarea, proyecto, paciente o currículum.

Traspasar las fronteras entre las diferentes disciplinas involucradas en el estudio y atención de determinados problemas de salud, requiere de cambios en las creencias e interpretaciones de los individuos sobre la conveniencia e importancia de las aportaciones en un proceso de tratamiento.

Este trabajo pretende compartir el proceso de sistematización de la experiencia de integración del trabajo transdisciplinario, logrado en una clínica de subespecialidad de una institución psiquiátrica, en el que Trabajo Social se convierte en uno de los actores principales; pero también es un intento por compartir la vivencia personal que involucró una serie de cambios personales, a nivel cognitivo, emocional y conductual, que considero fueron útiles y necesarios para la consecución de este proceso.

Los perfiles profesionales no solo contienen las cualidades académicas, algunas o muchas de las características personales que se plasman en ellos son componentes indispensables que permitieron mantener el equilibrio necesario para superar los obstáculos y enfrentar las diferencias, permitiendo la integración de un equipo sólido con objetivos claramente definidos y un crecimiento constante que ha favorecido el logro de metas académicas, de productividad, pero por sobre todas las cosas apoyar para que un número importante de afectados por estos trastornos pueden recuperar su calidad de vida y acceder a la posibilidad de tener una vida productiva y satisfactoria.

#### Antecedentes Contextuales

Hace 22 años se integra un equipo de profesionales en el Instituto Nacional de Psiquiatría con la tarea de diseñar protocolos de atención desde las diferentes disciplinas involucradas, psiquiatría, psicología y trabajo social para personas diagnosticadas con Trastorno Obsesivo Compulsivo. Este proceso de construcción fue transformándose y completándose paulatinamente hasta integrarse como se aplica en la actualidad.

En este devenir pluri-profesional se fueron sucediendo eventos de trabajo, de formación y de la deconstrucción y reconstrucción misma de cada uno de los individuos involucrados, partiendo de los esfuerzos continuos, en un inicio segmentados y paulatinamente vinculados, hasta lograr una participación integral y dirigida a un único objetivo común, el completo bienestar de los usuarios de los servicios de la Clínica de TOC y Trastornos del Espectro Obsesivo (CTOC Y TEO).

Con frecuencia escuchamos sobre la importancia del trabajo en equipo para la consecución rápida y eficaz de objetivos de tratamiento, pero lograr que un grupo de personas realmente logre integrarse y consolidarse como un equipo, no es tarea sencilla; menos sí se trata de colaboración entre diferentes disciplinas en las que los estereotipos profesionales, establecen que es él médico quien tiene que liderar, situación que para personas con formaciones no medicas puede resultar amenazante por la creencia de que algunos médicos suelen desestimar las aportaciones de las áreas paramédicas, creencias que favorecen la creación de barreras en ocasiones infranqueables de superar , pero cuando un equipo logra lidiar con ellas se construyen relaciones sólidas y estables de trabajo.

Tampoco podemos dejar de lado la realidad sobre la construcción cognitiva que los propios trabajadores sociales llegamos a tener sobre el rol que debemos desempeñar dentro de los equipos de profesionales y como esta conceptualización influye de manera determinante en la profundidad y

compromiso con el que nos insertamos en el trabajo, estableciendo lo amplia o restringida que puede ser la participación y aportaciones.

En este trabajo pretendo plasmar la experiencia que me llevo a participar, colaborar y ahora ser integrante de un equipo transdisciplinario, con todas las vicisitudes y retos que fue necesario enfrentar, quiero aclarar que esta visión es personal, a pesar de saber que algunos de mis compañeros pudieran compartirla no puedo asumir la responsabilidad de pretender que este proceso ha sido el mismo para todos.

Pensando en una descripción didáctica del proceso vivido en el equipo de trabajo, tratare de representar distintos momentos, que considero cruciales para ejemplificar las etapas y circunstancias que favorecieron y/o en algunas ocasiones obstaculizaron el proceso de crecimiento del grupo.

En un intento por ser objetiva, solicito a mis compañeros una descripción de mi ejercicio profesional, para poder integrar una descripción más enriquecida y menos subjetiva, que permita dar una idea de aquellas características que han contribuido en la integración de este equipo.

Hablar de años de trabajo es sencillo, recordar y escribirlo.... no tanto, en la reseña de profesionales, realizo una descripción detallada de aquellos que estuvieron por más de cinco años y de quienes permanecen en la actualidad: sin embargo, no puedo dejar de mencionar a muchos que a pesar de que su paso fue breve contribuyó de manera significativa en lo profesional o en lo personal.

En el capítulo hago mención, aunque no es el objetivo central, de la separación paulatina, no propositiva, pero sí necesaria, que se ha dado con el departamento de trabajo social, sin que ello signifique dejar de cumplir con todas las actividades inherentes al puesto, pero que ha permitido libertad de acción.

#### Reseñas Profesionales.

Para comenzar tengo que describir algunos aspectos de la formación profesional de cada uno de los integrantes, que permita contextualizar talentos y talentos dentro de las interacciones cotidianas.

La líder del equipo, una médica psiquiatra especialista en Esquizofrenia con doctorado en Ciencias médicas fue nombrada coordinadora; mujer inteligente, comprometida, entusiasta, respetuosa, apasionada por el conocimiento y siempre dispuesta a enseñar a quienes se muestran curiosos por conocer el área en la que es experta; pero por sobre todo humana, con un alto sentido ético e interesada en tratar los padecimientos psiquiátricos y ayudar a aliviar el sufrimiento que causan.

Una Maestra en psicología general experimental con énfasis en psicología de la salud, que por la demanda de actividades dentro del departamento al que pertenecía, colaboró en la formación, diseño y conducción de los primeros grupos de Terapia Cognitivo Conductual, pero no le fue posible participar en todas las actividades académicas y clínicas que el proyecto demandaba; mujer conocedora de su área, intuitiva, sensible, comprometida, humana, conciliadora y responsable.

En el 2002 un médico psiquiatra en formación se interesa en participar activamente en las acciones de la Clínica, integrándose paulatinamente y posterior a concluir su formación en alta especialidad y su maestría en Ciencias Médicas, se convierte en adscrito de la Clínica de TOC; hombre capaz, amante de su profesión y fanático de la adquisición de conocimiento novedoso sobre su área, empático, comprensivo, siempre dispuesto a trabajar, alegre, honesto y con alto compromiso social.

En el 2009, una médica que cursaba su segundo año de especialidad en psiquiatría tiene sus primeros acercamientos con el espectro obsesivo, quedando cautivada por la reciente adquisición diagnóstica del Trastorno Dismórfico Corporal, que se convertiría en su línea principal de investigación e interés clínico. Fémica en la segunda década de la vida, ávida de conocimiento, vivaz, comprometida en extremo, confiable, afectuosa, en lucha constante entre los estereotipos aprendidos y un panorama polifacético que la retaba constantemente a movilizar sus esquemas. En ese mismo año otra psiquiatra, en proceso formativo, descubre y se interesa por los diagnósticos de tricotilomanía y excoriación psicógena, dando lugar a un nuevo proceso de aproximación al conocimiento y comprensión de estas entidades diagnósticas. Mujer tenaz, acuciosa en su trabajo, discreta y respetuosa, poco tolerante ante las injusticias y en extremo comprometida con el bienestar de las personas aquejadas de un trastorno mental.

Cuando solicité a los compañeros de la Clínica una breve descripción de las características personales y/o profesionales que poseo y que consideran han contribuido al trabajo del equipo, no esperaba una reseña tan completa, así que tome la decisión de respetarla íntegramente.

*“Hace 24 años cuando en el Instituto Nacional de Psiquiatría se nos dio la tarea de formar Clínicas de subespecialidad, me tocó encabezar este trabajo para la formación de la Clínica de TOC y Trastorno del Espectro. Este camino lo iniciamos solo dos personas, yo como médico psiquiatra y la entonces Licenciada en Trabajo Social y hoy Maestra en Trabajo Social María Teresa López Jiménez, quien suscribe el presente trabajo. A ella la conocía ya desde hacía cuatro años cuando ingresé a la Residencia, pero solo sabía que era una persona amable y responsable. Comenzamos a trabajar en armar de la nada y sin entrenamiento específico esta Clínica, primero incluso en diferentes espacios*

*físicos. El tiempo y el trabajo conjunto me permitieron conocerla en lo profesional y en lo personal y darme cuenta de que se trataba además de un mujer inteligente, fuerte, organizada, sumamente responsable, cooperadora, con intereses académicos que podrían parecer no necesariamente vinculados con su formación inicial, pero siempre tendientes a la comprensión de todos los aspectos vinculados con las características de los pacientes que atendemos y de sus familias; una profesionista profesional y sensible a las necesidades de otras personas y siempre atenta para buscar soluciones. Es respetuosa, honesta, cálida y solidaria.*

*Hoy, dos décadas después veo que no pude encontrar mejor compañera para el inicio de esta aventura no solo de trabajo, sino de vida profesional y de muchas horas más robadas a la vida personal, esta aventura a la que se han añadido colaboradores de igual talla. Un viaje que inició en el año 2000 y ya no tiene fin, incluso aunque con el paso del tiempo algunos de los integrantes salgamos y otros lleguen, un viaje en el cual lo importante es lo que hagamos en el trayecto para aprender y trabajar en pro de quienes padecen este amargo, difícil y desgastante proceso psicopatológico, pero en el que a la vez la esperanza y el trabajo con consciencia y con pasión siempre los ayuda a ellos y a nosotros”.*

(Cristina Lóyzaga Mendoza, CLM)

- Definición del problema y Delimitación del conocimiento.

En sus primeros años el grupo se constituyó como un equipo multidisciplinario, en el que los representantes de cada área, desde sus respectivas perspectivas formativas realizaban acciones tendientes a facilitar el proceso de tratamiento de los usuarios. La asignación de los espacios físicos no favoreció un trabajo cercano y cotidiano.

A pesar de esta aparente lejanía, la coordinadora diseñó un programa académico para los psiquiatras en formación, pero en el que todos los involucrados estaban invitados a participar, con el objetivo de conocer minuciosamente todos los aspectos relacionados con el Trastorno Obsesivo Compulsivo. Se trataba de una actividad optativa, en apariencia no del todo de la competencia de un trabajador social, pues serían abordados temas relacionados con etiología, fisiopatología, neurofisiología, anatomía funcional, genética, farmacología y muchos otros que podría pensarse no tendrían una aplicación práctica en la tarea inicial asignada, que consistía en diseñar un programa de intervención educativa para los familiares de los pacientes.

En ese momento se presentaron algunos obstáculos relacionados con la organización de las actividades propias del departamento de trabajo social y como empatarlas con las nuevas demandas.

La postura de la jefatura del departamento fue contradictoria, solicitaba que cada trabajadora social se adhiriera a alguna de las clínicas recién formadas, pero no ofrecía facilidades para desarrollar las nuevas acciones; en parte por la falta de personal y por la preocupación de que las actividades sustantivas del área pudieran ser descuidadas; este panorama no muy alentador podría haberse convertido en la justificación perfecta para abandonar el proyecto.

La convicción de que los trabajadores sociales cuentan con los conocimientos y habilidades para hacer más de los que la concepción general establecía, hizo que buscara otras alternativas, la opción fue establecer comunicación con la coordinadora de la clínica para hacer de su conocimiento las posibilidades reales de involucramiento que trabajo social podía ofrecer, solicitar su comprensión y flexibilidad para que el proceso de inserción fuera paulatino, permitiendo también establecer una vía directa de intercambio y definición, evitando así que la inconsistencia inicial se interpretara como una falta de interés o compromiso.

- Definición y búsqueda de material actualizado

Asistir a todas las actividades programadas semanalmente, dos académicas y una clínica, fue un trabajo arduo, que en momentos llegaba a ser abrumador, pues incorporar información tan compleja y alejada de los conocimientos básicos del área social, era un reto a vencer semana a semana; además de un desafío de organización, pues para lograr la participación en todas las actividades de la Clínica de TOC era menester cumplir primero con las funciones sustantivas del departamento de Trabajo Social.

En el primer año de funcionamiento de la Clínica se forman los primeros grupos de terapia cognitivo conductual a cargo de psicología, que se empataron con el grupo de orientación para familiares, este último a cargo de Trabajo Social. El programa inicial consistía en 8 sesiones en donde al utilizar técnicas de comunicación, análisis, organización, dinámicas vivenciales entre otras se pretendía dar psi coeducación a los familiares para facilitar el proceso de toma de conciencia y aceptación del diagnóstico; esta modalidad de intervención se mantuvo durante año y medio, trabajando con un grupo semanalmente durante dos horas; tras una evaluación realizada por el equipo de profesionales involucrados, se determina integrar a pacientes y familiares dentro del mismo proceso terapéutico,

buscando mejorar la comprensión sobre las características del padecimiento y capacitar a los familiares como facilitadores en la ardua tarea de ejecutar de forma cotidiana las estrategias y técnicas aprendidas en las sesiones terapéuticas.

En este nuevo diseño los psiquiatras se involucran en un número mayor de sesiones y trabajo social empieza a alternar funciones de terapeuta y coterapeuta en el programa completo que se amplía a 12 sesiones. Este programa terapéutico se aplica durante dos años, después de los cuales es necesario realizar nuevos ajustes, producto tanto de las necesidades expresadas por los participantes en las evaluaciones, como de los cambios en la disponibilidad de tiempo del área de psicología por su ingreso a doctorado, que le impediría responsabilizarse como lo había hecho hasta entonces del programa terapéutico.

Ante este imprevisto escenario, la coordinadora de la clínica decide invitar a quienes estén interesados en un proceso de revisión sistemática de planteamientos teóricos y aplicación práctica de terapia cognitivo conductual, con la finalidad de contar con los conocimientos y habilidades necesarias para suplir, cuando fuera necesaria la intervención de psicología.

Cabe señalar que en este momento la demanda del trabajo terapéutico había incrementado, se trabajaban dos grupos por semana que hacían un total de 6 por año, con una participación de al menos quince pacientes y entre 8 y 10 familiares en cada grupo.

Comprometerse con este nuevo proceso formativo, implicó hacer más ajustes a la ya de por sí apretada agenda y lidiar con los comentarios y objeciones de la jefatura de departamento, que derivarían en mayores exigencias, en su momento interpretadas como un intento por separarme de las actividades de la Clínica, pues sería más constantes y evidentes las acciones para tratar de detener la participación en todas las actividades, con el consabido desgaste innecesario que esto implica, sin embargo, al analizarlo en retrospectiva esta actitud alentó más el interés para profundizar la incipiente especialización en el espectro obsesivo que ya se gestaba en mí.

Tres años después de iniciado el proceso de socialización del conocimiento, fue evidente la utilidad inicialmente cuestionada, de que un trabajador social, adquiriera amplios conocimientos sobre un padecimiento particular, permitiendo mejorar la intervención en el proceso psicoeducativo utilizado al inicio del protocolo de tratamiento, para los usuarios encontrar personal no médico capaz de entender y explicar con precisión aspectos del padecimiento y del tratamiento genera un sentido de comprensión confiable. Esta formación fue crucial para la ejecución del programa de terapia cognitivo conductual,

ya que permitió que la trabajadora social empezara a intervenir como terapeuta del programa. También fue más evidente la necesidad de continuar incorporando conocimientos que permitieran intervenir más ampliamente en la terapia cognitivo conductual.

En estos primeros años el reto a vencer como Trabajador Social, fue trabajar constantemente en la reconceptualización cognitiva del ser y hacer profesional, los cuestionamientos externos generaban incomodidad, enojo y frustración, pero si he de ser sincera no provocaron dudas de que la tarea voluntariamente aceptada era la correcta, la actitud comprensiva, el trato profesional y respetuoso que prevaleció al interior de la Clínica de TOC fue un elemento determinante para continuar con el proceso de especialización en el espectro obsesivo.

Tengo que señalar que aprender a interactuar en un ambiente médico no fue sencillo, si bien como ya se mencionó, la relación con la coordinadora fue un elemento determinante para no claudicar, también he de compartir que lidiar con la conceptualización que algunos psiquiatras en formación tenían de las competencias de un trabajador social, no fue siempre la mejor dando lugar a actitudes condescendientes y en ocasiones claramente devaluadoras, que ponían a prueba el autoconcepto profesional; lamentablemente esta visión estereotipada no era exclusiva de algunos miembros del gremio médico, también era compartida por algunos colegas y jefes, convirtiendo una actividad laboral en un privilegio electivo por el que había que luchar pues al interior del departamento de trabajo social no se trataba de una actividad propia del área; al final del capítulo me he permitido realizar un análisis del cómo esta conceptualización generalizada dentro del gremio de trabajo social no ha permitido se evolucione a estadios mejor posicionados como se da en otras partes del mundo.

Para finales del 2004 la estructura, organización e interacción de la Clínica de TOC, apuntaban a un trabajo interdisciplinario, los esfuerzos aislados se habían transformado en acciones conjuntas que permitieron identificar fallas importantes en el programa terapéutico, llevando al equipo a buscar herramientas de evaluación más eficientes y realizar modificaciones sustantivas que describiré ampliamente en el apartado de reestructuración programática.

- Recopilación de los aportes conceptuales del Modelo Cognitivo Conductual. (Formación autodidáctica)

Si bien ya contaba con una formación como orientador familiar sistémico, y como Trabajador Social psiquiátrico, el conocimiento al que estaba por acceder y la dinámica del proceso representaría uno de los aprendizajes más significativos en la vida profesional y personal, pero sobretodo le permitiría al equipo transformar el objetivo institucional en un vínculo profesional y personal que en el futuro

facilitaría concretar uno de los logros más difíciles para cualquier equipo de trabajo, integrar una ideología común.

¿Por qué un aprendizaje autodidacta? En ese momento el país contaba con escasas opciones formativas, de alto costo y sin el aval académico necesario para que una Institución pública permitiera a su personal acceder a ella. La opción atinada y viable considerada por la coordinadora del equipo, dio como resultado un proceso altamente formativo.

La revisión conceptual fue sencilla, aunque requirió de muchas horas invertidas, gran parte de ellas fuera de la jornada laboral, los planteamientos de la teoría cognitivo conductual son claros, describen la relación directa entre pensamiento, emoción, conducta y su impacto en las interacciones cotidianas, la parte compleja consistió en aplicar estos principios a las irracionalidades presentes en el pensamiento de quienes nos estábamos formando; inicialmente realizando análisis incipientes de los pensamientos asociados a las interacciones cotidianas con los usuarios y paulatinamente coqueteando con la apertura a trabajar con aspectos más personales e incluso con eventos de la relación profesional cotidiana.

El proceso terapéutico implícito permitió la transformación paulatina de las juntas técnicas en ejercicios de análisis para buscar las adecuaciones pertinentes a la aplicación específica a la sintomatología Obsesiva; de forma más natural y enriquecida por el vasto conocimiento teórico y la experiencia clínica acumulada.

En este momento del proceso cobran sentido todas las horas invertidas en conocer la presentación clínica de los síntomas, las teorías etiológicas, la heterogeneidad de la presentación clínica del trastorno, ya que para adecuar las técnicas y estrategias del modelo cognitivo conductual es necesario conocer a profundidad diversos aspectos de los síntomas.

El proceso formativo completo llevo año y medio de sesiones dos veces por semana, con trabajo práctico aplicado dentro del mismo proceso y en las sesiones de los grupos de pacientes para TOC. Una vez concluida la capacitación el siguiente paso fue reestructurar el programa terapéutico.

A cuatro años de iniciada la aventura, trabajo social y su participación habían avanzado consolidando la confianza del equipo, a través del compromiso y constancia demostrado en el trabajo grupal y en las sesiones académicas, la tarea de lidiar con las distorsiones sobre lo que los demás pudieran pensar de las intervenciones y lo atinadas que podían ser, se tornó sencilla, gracias a todo lo aprendido en la formación cognitivo conductual y al respeto, la motivación y reconocimiento siempre demostrados por la coordinadora.

El trabajo fue complejo, pues para su realización había que primero cumplir con las actividades sustantivas del departamento de trabajo social, las lecturas, en su mayoría en inglés, hacían la tarea más tardada teniendo que regresar varias veces en la lectura para lograr comprender planteamientos con los que no estaba muy familiarizada; al realizar esta labor en horarios no laborables, también se presentaron repercusiones en la vida personal, había que robar horas de sueño para no impactar en la relación con pareja e hijos. Al final, el esfuerzo permitió que mejorara mi comprensión y rapidez en la lectura en inglés que hasta ese momento no practicaba con tanta regularidad.

Los cuestionamientos sobre los motivos que me llevaban a involucrarme tanto, dedicar parte de mi tiempo personal y saturarme de trabajo eran comunes entre compañeras del departamento, jefes, familiares, amigos y conocidos; pues una creencia culturalmente aceptada es que las personas no deben comprometerse tanto con las instituciones, pues al final del camino laboral, nadie te lo agradecerá. Reestructurar esta idea, me llevo tiempo de reflexión constante, pero sobretodo de análisis en relación a las evidencias objetivas de los beneficios que obtenía del esfuerzo y tiempo invertidos. Los comentarios llegaron a ser severos, poniendo en tela de juicio mi identidad como trabajador social y asumiendo que el interés que motivaba mi trabajo obedecía a necesidades de reconocimiento personal. Sería antihumano realizar actividades que no retroalimenten, motiven y generen satisfacción ya que todos requerimos de reforzadores positivos para mantener o incrementar conductas deseables, sin embargo, llegar a esta conclusión requirió del apoyo y comprensión del equipo.

Tengo que compartirles que para este momento la integración del equipo, los vínculos afectivos generados y el proceso de formación compartido favorecieron que el espacio de intercambio técnico adquiriera un tinte de supervisión terapéutica, facilitando el análisis y solución de conflictos en el proceso terapéutico grupal, así como de situaciones personales de índole profesional, espacio que con el transcurrir de los años se constituiría como uno de los más importantes para lograr y consolidar la transición hacia la transdisciplinaridad.

El tiempo, las múltiples y grandiosas satisfacciones obtenidas a lo largo de estos años ayudarían a reforzar la creencia personal de que el compromiso y la entrega es con uno mismo y su crecimiento, lo que indudablemente tiene repercusiones en todas las cosas en las que nos involucramos.

- Resolución de Conflictos disciplinarios y de contexto integrativo.

Tomando como punto de partida los conocimientos adquiridos y las evaluaciones aplicadas al finalizar cada uno de los grupos, el equipo tomo la decisión de ampliar el programa a 16 sesiones, extendiendo a

dos las sesiones de reestructuración y a dos las de exposición, se incluyó también una sesión de sexualidad y otra de cuidados generales de salud.

En este momento la definición de los roles en el equipo fue cambiando, flexibilizándose para favorecer que todos los conocimientos recién adquiridos fueran aplicados por quienes nos habíamos comprometido en la formación, fue así que se formaron dos equipos, cada uno con rol de terapeuta y co-terapeuta intercambiables para facilitar que todos fueran capaces de dirigir cada una de las sesiones evitando así que en algún momento se tuviera que suspender alguna por causas no previstas; en los 73 grupos que se han trabajado en estos años, gracias al modelo de trabajo flexible no ha sido necesario cancelar ninguna sesión.

Al involucrarme activamente en todas las sesiones, fue también sencillo identificar qué tipo de conocimientos tenía que continuar afinando, con el apoyo tanto de la coordinadora como de algunos de los psiquiatras que rotaban por la clínica, mis cuestionamientos en los momentos en los que coincidíamos se hicieron constantes y afortunadamente siempre encontraban respuesta.

Después de aplicar la nueva modalidad en dos grupos se hizo evidente que algo faltaba dentro del proceso, los conocimientos se habían adaptado a un lenguaje coloquial haciéndose comprensibles a cualquier nivel educativo sin llegar a ser tan simples que resultaran insultantes para quienes, si contaban con una formación académica profesional, los tiempos de práctica de técnicas y estrategias fueron adecuados a las características sintomatológicas y a los procesos que sabíamos pasaban la mayoría de los pacientes, ampliar el tiempo dedicado a la reestructuración cognoscitiva mejoró los logros y avances en exposición, sin embargo, aún era constante la renuencia de los pacientes a creer en un proceso que se ofrecía como excelente por un grupo de profesionales que en realidad no sabían lo que significaba tener obsesiones y compulsiones.

El equipo se dio a la tarea de encontrar estrategias didácticas, ejemplos cotidianos para hacer más amigable la comprensión de lo que implica el trabajo con la identificación y reestructuración del pensamiento, aprendimos a utilizar experiencias personales como modelos para esta tarea, a trabajar con soltura y naturalidad con las emociones de los asistentes y las propias; este cambio fue complejo, pues requirió un trabajo de reestructuración cognitiva de la postura tradicional en la que se coloca a terapeutas y participantes, para intentar una relación centrada en la naturaleza humana más que en los convencionalismos sociales. La reestructuración requirió de monitoreo y retroalimentación constantes entre los miembros del equipo, para que no se perdiera el beneficio de la jerarquía en la relación

terapéutica, pero sí se transmitiera la naturaleza vulnerable que nos hace igualmente frágiles independientemente del rol social o profesional que se desempeñe.

Para este momento podíamos decir que ya se trataba de un equipo interdisciplinario, las evaluaciones, decisiones y cambios se tomaban por consenso y todos participábamos activamente en los grupos terapéuticos y en todas las actividades académicas, clínicas y de investigación que continuaban su curso normal.

Para los psiquiatras en formación que cumplían con su rotación por el servicio resultaba curioso ver la participación que la trabajadora social había adquirido en el equipo, en sus evaluaciones finales era común que hicieran referencia a lo inusual que les parecía lo involucrada y familiarizada que me encontraba en todos los proyectos de la Clínica; estas percepciones funcionaron como reforzadores positivos importantes, saberse en una posición en la que podemos favorecer que otras profesiones transformen el concepto tradicional que tienen de un trabajador social fue altamente satisfactorio.

- Recopilación de los aportes conceptuales y evaluación de su relevancia en el proceso.

Durante tres o cuatro años los cambios en la rutina fueron escasos, la organización alcanzada y el dominio de los procesos facilitaba la consecución de las metas. Los retos constantes estaban ligados a la complejidad de la mayoría de los cuadros clínicos, entre el 2004 y 2008 la mayoría de los pacientes ingresaban con síntomas de moderados a graves, lo que en términos cotidianos significa que dedican más de ocho horas al día a los síntomas, ocasionando disfunción incapacitante en la vida cotidiana.

Otro parámetro importante a considerar es el tiempo de evolución sin tratamiento con el que llegaban los usuarios, estimado entre 7 y 15 años situación congruente con el grado de disfunción y la gravedad presentada; características que complejizaban el proceso de intervención terapéutica ya que aun con una mejoría del 35% de los síntomas con el tratamiento farmacológico, el trabajo en el proceso terapéutico se tornaba complejo y desgastante para el equipo de trabajo.

Para este momento del proceso del trabajo en equipo, los obstáculos se enfrentaban en conjunto, las reuniones semanales proporcionaban el espacio adecuado para trabajar tanto en el proceso metodológico como en las inquietudes personales que representaban realizar reestructuraciones cognitivas, regulaciones emocionales y modelamiento de conductas de los miembros del equipo de profesionales.

En el 2008 la colaboración de psicología era cada vez menos constante debido al inicio de su formación doctoral y la incursión en una nueva entidad diagnóstica, fibromialgia, que le demandaba cada vez más

tiempo. Ante este nuevo panorama se toma la decisión de que trabajo social se integre como terapeuta auxiliar en el segundo grupo a manera de respaldo y en el 2010 queda de forma definitiva en ambos grupos debido a que se abre la clínica de fibromialgia que requiere de tiempo completo a psicología.

- Definición de manejo y disposición de tareas, proyectos, a futuro y de las necesidades curriculares para el equipo.

En el 2008, tras dos años de trabajo intenso aplicando evaluaciones sobre severidad de los síntomas, características de inteligencia emocional, presencia de comorbilidad con ansiedad y depresión, creencias sobre la enfermedad y características del funcionamiento familiar a pacientes y familiares del grupo de TCC, la construcción del proyecto de investigación iniciada en el 2006 concluye con la publicación de resultados en una revista indexada, apareciendo trabajo social como primer autor.(López, 2011)

En esta nueva etapa se conjugan otros retos importantes para trabajo social, el inicio de la maestría en trabajo social, con enfoque en intervención familiar y la invitación para formar parte del Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría. Estos dos eventos generan nuevos obstáculos por la resistencia del departamento para otorgar las facilidades establecidas en las condiciones generales del trabajo, pues la falta de personal continúa siendo un tema no resuelto. Tras diversas negociaciones se logra llegar a un acuerdo que permita iniciar el proceso formativo y cumplir con la productividad establecida. El respaldo y apoyo continuo de la coordinación de la clínica de TOC y de los compañeros psiquiatras del momento, fue crucial para cumplir con esta diversificación de tareas.

Es importante señalar que, a partir del quinto año, el contacto de organización, planeación y resolución cotidiana de dificultades se da en el contexto de la Clínica de TOC; paulatinamente la relación con el departamento de trabajo social es esporádica, dirigida exclusivamente a la entrega de las evaluaciones socioeconómicas, reportes de referencias y la asistencia a juntas bimestrales para conocer los cambios implementados en algunos de los procedimientos derivado de los lineamientos de certificación.

Los cambios necesarios para los procesos de certificación, establecidos desde la secretaria de salud, desatan una crisis en el departamento de trabajo social, favoreciendo un breve periodo de unión en busca de facilidades para que otras compañeras pudieran incursionar en áreas de su interés. El proceso

llevó tiempo, desgaste, enfrentamientos y se generaron más obstáculos para quienes ya nos encontrábamos colaborando en actividades ajenas al departamento; al final las posibilidades reales de apoyo fueron mínimas, pero la consolidación del trabajo con el equipo de la Clínica de TOC se convirtió en un espacio de crecimiento altamente estimulante, satisfactorio y de contención que favoreció comprender, aceptar y modificar mi forma de ver al departamento del que formo parte por cuestiones administrativas, pero con el que técnicamente existe poca vinculación.

- Recopilar todos los aportes conceptuales y evaluar si son adecuados y relevantes.

Para finales del 2009 se presenta un nuevo desafío, explorar otras entidades diagnósticas del espectro obsesivo compulsivo: el trastorno Dismórfico corporal, el atesoramiento, la hipocondriasis, la excoriación psicógena y la tricotilomanía, así que todos los esfuerzos académicos se centraron en dilucidar sus más recónditos secretos, para permitir el diseño de nuevos algoritmos de tratamiento, la búsqueda de instrumentos de tamizaje que permitieran identificar a posibles sujetos de tratamiento y el diseño de proyectos de investigación que facilitaran escudriñar el mayor número de características de estos complejos fenómenos clínicos.

En este mismo momento, desde trabajo social, se estructura un proyecto de investigación dirigido a conocer el complejo fenómeno de la acomodación y/o adaptación familiar, consistente en la colaboración de los familiares en alguno o todos los síntomas compulsivos en el TOC, para ello fue necesario trabajar en la traducción y adaptación de un instrumento que identificara y evaluara diferentes formas de participación, abriéndose una línea específica de exploración e intervención, sin que ello significara dejar de participar en todos los demás aspectos a explorar en los otros diagnósticos.

La integración del equipo y la flexibilización sobre la posesión del conocimiento han dado lugar a un espacio que favorece la comprensión, la atención rápida, oportuna y eficaz, además de holística e integradora; dando lugar a un espacio seguro confiable y de resguardo para los usuarios, que saben que los miembros del equipo están atentos a buscar alternativas que permitan salvar los obstáculos que se presentan en su proceso de tratamiento.

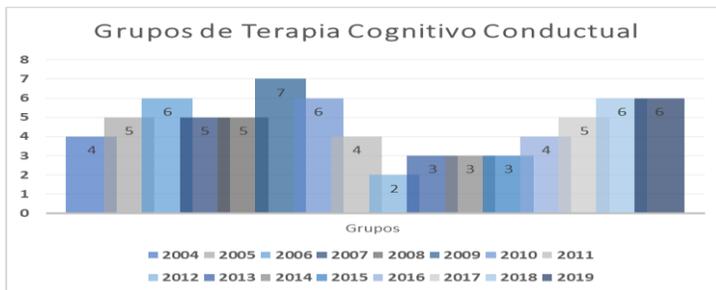
También ha permitido consolidar la producción de material académico que recupera la experiencia de diversos aspectos de la intervención clínica. (López 2014), (Lóyzaga, 2017), (López 2022).

## Resultados

En el cuerpo del texto se intentó plasmar el proceso metodológico que dio lugar al modelo que hoy día continúa ejecutándose con éxito en la Clínica de TOC y Teo, a pesar de no ser un proyecto de investigación considero relevante compartir algunos de los productos que a lo largo de estos años se han generado con este grupo de trabajo.

Este complejo proceso dio lugar al diseño y ejecución de grupos de terapia cognitivo conductual para cada uno de los diagnósticos del espectro obsesivo, en los que la participación de Trabajo Social fue constante. **Figura 1**

**Figura 1**



Estos grupos brindan atención a pacientes y familiares dentro de un mismo espacio terapéutico. **Figura 2.** Situación que favorece la comprensión y desarrollo de habilidades empáticas. Al mismo tiempo permite que los familiares identifiquen y fortalezcan habilidades cognitivas, emocionales y conductuales que se convierten en herramientas indispensables para apoyar a los pacientes a enfrentar los síntomas.

**Figura 2**



Los resultados se presentan hasta 2019, la presencia de la pandemia y las restricciones establecidas para enfrentarla detuvieron la posibilidad de continuar con las terapias grupales, mismas que a partir de 2021 fueron recuperándose con diversas restricciones.

La integración en el equipo de la Clínica permitió que Trabajo Social participara en diversos proyectos de Investigación. **Tabla 1** Las temáticas de los proyectos corresponden a los distintos diagnósticos en los que se realizan intervenciones clínicas.

**Tabla 1.**

<i>Participación de Trabajo Social en Proyectos de Investigación.</i>			
<i>Tipo de Participación</i>	<i>Título del Proyecto</i>	<i>Año</i>	<i>Modalidad de Participación</i>
Primer Autor	Familia y Psicoeducación en el Trastorno Obsesivo Compulsivo. Editorial: UNAM	2015	Capítulo de libro
Colaboración	Trastorno de acumulación excesiva en una muestra Mexicana: Características Clínicas y demográficas, datos preliminares.	2015	Cartel
Colaboración	Trastorno Dimórfico Corporal en población mexicana: características clínicas y demográficas	2015	Cartel
Colaboración	Estudio clínico y fenomenológico del arrancamiento crónico del cabello en pacientes con trastornos mentales de la consulta externa del INP Ramón de la Fuente M	2015	Cartel
Primer Autor	Intervención del Trabajador Social en la Clínica de Trastorno Obsesivo Compulsivo	2014	Cartel ganador 1er. lugar
Primer Autor	Respuestas emocionales y tiempo que dedican los familiares a los síntomas de los pacientes con TOC, antes y después de la TCC. Resultados finales	2013	Cartel
Primer Autor	Terapia Cognitivo Conductual Grupal para Trastorno Obsesivo Compulsivo, Modalidad Multifamiliar: Evidencias sobre el impacto en la mejoría clínica	2013	Cartel

Esta experiencia muestra como el uso de la comunicación, combinada con el compromiso, la apertura al conocimiento novedoso, aceptar los riesgos que representa el cambio, combinados con un liderazgo flexible y la capacidad para utilizar las mejores habilidades de los involucrados en un equipo, se convierten en experiencias exitosas.

## Conclusiones

Los desafíos que representa la inserción en los equipos de salud para Trabajo Social, son diversos e implican ámbitos personales, de formación, de interacción y de ruptura de paradigmas con repercusiones cognitivas, emocionales y relacionales con los equipos, pero también con otros Trabajadores Sociales.

El estudio, reflexión y comprensión necesarios para reconfigurar el quehacer profesional es una tarea que requiere del compromiso para socializar experiencias exitosas que favorezcan el interés de replicar y/o innovación en el desarrollo de modelos útiles.

Las habilidades que los Trabajadores Sociales desarrollamos en la formación académica, nos configuran como un profesional con altas competencias y habilidades en la resolución de conflictos, dentro de las nuevas perspectivas de intervención es necesario colocarnos como facilitadores de la búsqueda y aprovechamiento de las oportunidades que las situaciones críticas ofrecen para el crecimiento en todas sus vertientes.

El campo específico de la salud mental, que involucra trabajar con la psicopatología, ofrece al Trabajo Social Psiquiátrico y a los Trabajadores Sociales formados como terapeutas familiares, individuales, grupales, Tanatólogos y cualquier otra especialización del ámbito de la terapia, un campo en creciente demanda y una excelente oportunidad de ocupar un espacio que se vive carente de suficientes profesionales con conocimiento y habilidades que apoyen en la atención de las situaciones complejas de la vida.