

Trabajo Social en Urgencias Dentro del Campo de la Salud Mental en Contexto de COVID-19

Battafarano, Cinthya

Cinthya Battafarano
cinthyabattafarano6@gmail.com
(UNLP), Argentina

Escenarios. Revista de Trabajo Social y Ciencias Sociales

Universidad Nacional de La Plata, Argentina
ISSN: 2683-7684
Periodicidad: Semestral
núm. 35, 2022
comunicacionftsunlp@gmail.com

Recepción: 10 Marzo 2022
Aprobación: 09 Agosto 2022

URL: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/184/1843201014/>

Resumen: En el presente artículo, pretendo socializar el desafío dentro un contexto de crisis sanitaria por la pandemia de covid-19, de crear junto a un equipo interdisciplinario un dispositivo de Unidad de Atención en Crisis (UAC) en Salud Mental en el Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) en Gonnet, ciudad de La Plata, Provincia de Buenos Aires, dispositivo que integro desde el mes de septiembre de 2021.

El mismo se estructura sobre la base de múltiples interrogantes, inquietudes, los que van dando lugar a la permanente construcción y re-construcción tanto del dispositivo de UAC como de mi quehacer profesional allí. Si bien, a partir de la promulgación de la Ley Nacional de Salud mental 26.657 desde el año 2010 en nuestro país, el trabajo social forma parte de las guardias interdisciplinarias en salud mental, mi figura dentro del Nosocomio se vuelve novedosa en tanto y en cuanto soy la única trabajadora social integrante de la unidad de salud mental.

Palabras clave: salud mental, Trabajo social, psicologización, relaciones sociales, pandemia.

INTRODUCCIÓN

Me encuentro siendo trabajadora social, parte de la Unidad de salud mental en un segundo nivel de atención en salud pública, conformada por: ocho psiquiatras, siete psicólogos, una psicopedagoga, residencia de psicología y psiquiatría (dos personas por año, ambas con existencia reciente en el hospital). Mi rol allí, converge, en el armado de un equipo interdisciplinario en conjunto con una licenciada en psicología abordando específicamente la urgencia y trabajando itinerantemente con los demás profesionales mencionados.

La modalidad de abordaje interdisciplinaria, tiende a multiplicar, un lugar de poder hasta entonces comandado por el modelo médico hegemónico y ocupado por la psiquiatría; con la intención de democratizar el poder dentro del sistema de salud y enriquecerlo con el saber de varias disciplinas idóneas en el tema. De allí la iniciativa reciente en la provincia de Buenos Aires de crear Unidades de atención en crisis, que implican guardias interdisciplinarias en salud mental en hospitales generales, en particular dentro del Hospital San Roque, dicho dispositivo se suma a los abordajes que ya se vienen realizando desde la unidad de salud mental, ampliando la franja horaria e intentando mantener como base en los abordajes las disciplinas de psiquiatría, psicología y trabajo social.

Es de destacar que, el trabajo interdisciplinario en la Unidad de atención en crisis desde su inicio, significó y significa movimientos institucionales que abogan a que la salud mental circule en la escena hospitalaria y más allá de ella, que se hable, se revise y se construya de forma colectiva. Recorrido que a su vez despierta

incesantes interrogantes generales como: ¿con qué tipo de urgencias nos enfrentamos? ¿cómo las abordamos? ¿cuál es nuestro posicionamiento como trabajadoras de la salud? ¿cómo habitar los espacios colectivos desde el hospital? Y particularmente, ¿cómo habitar la figura del trabajo social en un dispositivo con preminencia “psi”? ¿qué rol ocupa el trabajo social en un dispositivo de urgencias?

A partir de estas preguntas y de otras que se irán formulando a lo largo del desarrollo del escrito, el trabajo pretende ser un aporte al campo de la salud mental desde el enfoque disciplinar del Trabajo Social. En ese sentido, la construcción de la reflexión esta suscitada en base a la experiencia o, mejor dicho, en la problematización de la experiencia y en la desnaturalización de la práctica laboral cotidiana. En ese sentido y, al fin y al cabo, la elaboración tiene como horizonte aportar desde la ocupación del espacio socio-laboral a identificar los emergentes contemporáneos que dibujan las siluetas de las problemáticas sociales y construir en diálogo con otras posibles salidas colectivas.

Para ello, se encontrará estructurado por dos partes:

En primer lugar analizaré el rol del trabajo social en el dispositivo de urgencias de la Unidad de atención en crisis, intentando problematizar el rol de los trabajadores sociales en el ámbito de la salud en donde somos llamados a intervenir “en lo social” término de creciente prevalencia en la jerga hospitalaria, que aparece como una indefinición y resulta amplio “(...)teniendo en cuenta que desde nuestra perspectiva no existe relación o vinculación posible que no sea social”, pero dicho de este modo se interpreta como todo aquello que se encuentra al margen del saber “psi” y no puede resolver vía el tratamiento farmacológico o mediante la palabra” (Almeida, 2017: 8). Por ello, resulta indispensable desnaturalizar esta ligazón, así como valerse de ella para instaurar modos posibles de intervenciones interdisciplinarias.

En segundo lugar, analizaré críticamente el dispositivo de UAC en el Hospital San Roque de Gonnet, a partir de lo cual desarrollaré unidades de análisis que componen la labor cotidiana, maneras de pensarnos y construir abordajes colectivos, reconociendo las fortalezas y dificultades que reviste el ámbito hospitalario, que abonan a la construcción del dispositivo e intentan alejarse de la lógica de los “tratamientos individuales” del sufrimiento como única alternativa posible en los abordajes en salud mental.

Interpelando el Rol Trabajo Social en un Dispositivo de Urgencias

En el intento de forjar mi perfil profesional dentro del dispositivo, parto desde la interpelación, análisis constante y de contemplar a la hora de intervenir la incidencia de los determinantes sociales en el proceso salud-enfermedad-atención.

Siguiendo a Deleuze, un dispositivo es “una especie de ovillo o madeja, un conjunto multilineal” (1999: 155) compuesto por “curvas de visibilidad y de enunciación que son máquinas para hacer ver y para hacer hablar” (Deleuze, 1999: 155). Dicho con otras palabras, un dispositivo es un constructo de prácticas discursivas que se amarran y bifurcan, que se enlazan y desenlazan que hayan la emergencia de un acontecimiento singular en el marco de una estructuralidad de época. Por lo tanto, el acontecimiento singular aparece con la demanda personal de quien se acerca a urgencia. En su voz y su relato convergen al mismo tiempo su experiencia en el mundo social con las dinámicas contemporáneas de nuestras sociedades actuales. Como sostiene Dubet: la experiencia de la desigualdad global se singulariza en cada persona que la vive, explicándola de una manera personal e irreductible a su visión del mundo. En este sentido, la escucha intenta mantenerse sensible a la condición humana, su singularidad, a los determinantes de clase, de género, de etnia y etaria pero también al momento histórico-social que estamos atravesando.

Entiendo que, la pandemia nos enfrenta a nuevos escenarios, a problemáticas recrudecidas desde una cotidianidad sin demasiada posibilidad de suspensión, donde los equipos de salud hemos tenido que reestructurar nuestras modalidades de atención e intervenciones ante este escenario inesperado, disruptivo, intempestivo que nos ha interpelado como sujetos vulnerables a la situación, intentando generar cercanías posibles ante un distanciamiento social obligado. En línea con ello, uno de los emergentes macroscópicos

que la pandemia trazó fue una sensación de incertidumbre generalizada, unida a la pulsión de muerte latente por la posibilidad tangible de perder algún ser querido o, incluso, su propia vida, contexto, que agudiza los problemas sociales ya existentes e influye en las manifestaciones de los padecimientos.

Partiendo del presente se vuelve necesaria una visión retrospectiva, entendiendo que, es a partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 en el año 2010, de otras reformas sustantivas -como el Código Civil Argentino-, en consonancia con la adhesión de nuestro país a la Convención Internacional sobre los Derechos de las personas con Discapacidad^[1], otras leyes y tratados internacionales y nacionales de relevancia en la temática^[2], que se ha aperturado a un cambio de paradigma en las formas tradicionales de abordar las problemáticas pertinentes al mencionado campo de salud en nuestro país. Aunque, he de destacar que este proceso es imposible de ser pensado sin la relevancia de la lucha de los movimientos y organizaciones sociales, que han puesto en agenda y continúan haciéndolo, la necesidad de pensar la salud mental en términos integrales, que habilite una nueva mirada sobre la capacidad de las personas, sus derechos, su autonomía, las formas en que las disciplinas deben cuidar, asistir y acompañar el padecimiento subjetivo y las responsabilidades que los hospitales públicos tienen en este sentido.

Estos movimientos, inciden en la forma de tratar a las personas con las trabajamos, por ejemplo erradicando la idea de enfermo/a/e por la de persona con padecimiento mental, la inclusión de las adicciones como problemática que compete a la salud mental, hasta otras que involucran otras formas pensar de abordar la subjetividad, reformas institucionales, particularmente en relación al cese de las internaciones prolongadas, a pesar de que aún continúan siendo una opción terapéutica en Argentina.

Tomando a Lazzarato, los interpreto como parte de un acontecimiento que apertura nuevos posibles.

El acontecimiento muestra lo que una época tiene de intolerable, pero también hace emerger nuevas posibilidades de vida. Esta nueva distribución de los posibles y de los deseos abre a su vez un proceso de experimentación y de creación. Hay que experimentar lo que implica la mutación de la subjetividad y crearlos, agenciamientos, dispositivos e instituciones que sean capaces de desplegar estas nuevas posibilidades de vida (...). (Lazzarato, 2006: 44)

Desde allí, pensar los escenarios actuales de intervención en salud mental, implica una mirada y reflexión entre la singularidad de quien padece y su dimensión histórico-social que se entrecruza con una desigualdad estructural que atraviesa el sistema social en el que vivimos, lo cual se expresa en diferentes formas de malestar. Por lo cual, me pregunto, ¿Cómo pensar caminos posibles en este entrecruzamiento? Para contestar este interrogante, creo necesario valorizar el contenido crítico que posee la Ley Nacional de Salud Mental, pero también tener en cuenta sus vínculos con elementos ideológicos y políticos que sustentan un determinado proyecto de sociedad. Según una inspiración bergsoniana, Giles Deleuze opone el par conceptual creación de los posibles/consumación, al par posible/realización” (Lazzarato, 2006:48). Entonces si contamos con una falencia estructural que empaña la posibilidad de un horizonte satisfactorio, ¿cómo imaginar lo posible desconociendo los determinantes estructurales? “Somos (...) testigos privilegiados de cómo los modos actuales de organización social se encarnan como padecimiento para un gran número de personas, así como de las consecuencias devastadoras en su subjetividad.” (Michalewicz, 2016:7).

Si bien, existe una Ley que se inscribe en cambios paradigmáticos, e incita a que estos se traduzcan en prácticas efectivas, sabemos que mucho aún está por ser creado, y que en el intento de implementación se pasan los años sin poder ejecutar los presupuestos que dicho marco normativo necesitaría, o surgen nuevos avatares que nos obligan a entender que detrás del argumento teórico que la sustenta se esconden elementos éticos, ideológicos y políticos condescendientes con un determinado proyecto de sociedad capitalista. “El cambio de paradigma no transforma per se sino que implica un proceso previo pero también uno posterior de producción social para mudar las prácticas” (López, 2013:16).

Además, la Ley prevé el desarrollo de políticas públicas integrales que logren articular las distintas áreas de gobierno implicadas (Salud, Desarrollo Social, Educación, etc.) lo cual no se efectiviza en la realidad, generando que nuestro horizonte de posibles se encuentre cada vez más nublado y desarticulado. En general,

en las políticas de salud mental en la Provincia de Buenos Aires el eje no está destinado la promoción y prevención, siendo puntos focales de la Ley; sino a intervenir sobre la situación inmediata, sumado a la falta de presupuesto acorde a poder generar propuestas distintas, y un desinterés desde los gobiernos que a pesar de haber aprobado la Ley Nacional de Salud Mental, desde el 2010 hasta la actualidad, no se ha dado prioridad a la salud mental de la población argentina. Si a ello, lo transversalizamos con los determinantes de género y clase, nos lleva a visualizar cómo día a día se ahondan las diferencias entre quienes que acceden a condiciones de vida dignas y quienes se debaten en la más cruda crueldad y pobreza.

Por otra parte, identifico que dentro de los abordajes en salud mental existe una apelación a la focalización en los sujetos desde perspectivas individualistas e individualizantes y “(...) aquí que se franquea el espacio para la psicologización de las relaciones sociales” (Netto, 1997:37). Lo que genera una tendencia a que el tratamiento individual sea uno de los únicos caminos posibles de abordaje ante situaciones de urgencia, y que el debate se reduzca a si dicho espacio se ofrece en el hospital o se deriva a un centro de salud; sea por dicho sesgo, como por la falta de dispositivos y opciones de abordajes comunitarios en nuestra área programática que permitan continuar las intervenciones de otra manera.

Claro está que considero necesarios estos espacios, pero las intervenciones no deberían reducirse sólo a ello, ya que los tratamientos por salud mental tienen una diferencia fundamental con los tratamientos dispensados por especialidades de lo orgánico: requieren por paciente un número de sesiones prolongado en el tiempo, generalmente con frecuencia semanal, que muchas veces no está acompañado desde una perspectiva integral, trabajando sólo desde la palabra. Pensándolo en clave interdisciplinaria acuerdo en que “Lo que hacen estas tendencias es reducir el ejercicio profesional rico y enriquecido por un complejo de mediaciones que compone la realidad a la aplicación de medidas terapéuticas (catárticas) buscando diluir las tensiones apremiantes de las problemáticas, despolitizándolas”. (Guerra, 2015: 41)

Estas acciones, muchas veces enfrentan a una encerrona al no contar con abordajes comunitarios que realmente permitan un horizonte integral de la salud mental. Por lo que la perspectiva de intersectorialidad[3] que propone la Ley y a la cual adhiero, se encuentra limitada si la concebimos haciendo eje en lo comunitario y territorial y sólo efectuamos una articulación a fin solicitar al primer nivel de atención sanitaria tratamiento psicológico, con la excusa de una tendencia a un mejor acceso de las personas al sistema de salud, ¿implica esta posibilidad un abordaje integral o es la oferta de lo mismo, pero en otro nivel de atención?.

Frente a tal propagación, me pregunto ¿cómo evitar la sobrecarga de las instituciones sanitarias en tratamientos psicológicos individuales a fines de dispensar una atención de máxima calidad a cada usuario?

Vislumbro la necesidad de continuar pensando y creando alternativas posibles para que el derecho a la salud sea cumplimentado para todos. Para ello, me parece fundamental tener en cuenta dos aspectos a la hora de intervenir, las vinculaciones con instituciones de referencia para los sujetos, y sus lazos con referentes vinculados.

En el primer punto, considero relevante poder abrir el juego como trabajadora social en articulación con otros integrantes del centro de salud, promotoras/res comunitarias, trabajadores sociales, etc. y me inspiro en Dabas (1999), para reflexionar en que dichas acciones tienden a intentar que la articulación entre las instituciones involucradas aporte a la reconstrucción del tejido social, así como al diálogo entre los diferentes actores que trabajan en torno a la situación, visibilizando y repensando las manifestaciones de los padecimientos, como manifestación de la desigualdad estructural; al mismo tiempo que nos permite interpelarnos sobre nuestras formas de actuar y así poder revisar y repensar nuestra intervención en forma conjunta.

En el segundo punto, y más allá de lo institucional, el indagar qué lazos sociales habita la persona que consulta, puede aportar a pensarlos en clave de potencialidades y recursos para generar estrategias de intervención tendientes a afrontar los padecimientos. En este sentido, se visualiza cómo las problemáticas de mayor complejidad se acompañan de la ausencia o labilidad de la red social y familiar, inestabilidad

habitacional y económica y otras problemáticas que complejizan el abordaje como consumo problemático de sustancias y exotóxicos. Al igual que colegas que desempeñan su labor en el Hospital Pirovano, entiendo que “(...) una problemática determinada de salud está atravesada por diversas dimensiones que la condicionan y/o configuran histórica y socialmente (...)” (Amelotti. Fernandez, 2012: 7) que inciden a su vez en el proceso de salud-enfermedad-atención.

En relación a ello, y al continuar pensando el rol del trabajo social dentro del dispositivo de UAC encuentro una “complicación” que puede ser una potencia y tiene que ver y con mi posicionamiento ético político al comprender las intervenciones como procesos, lo que implica trabajar en urgencias y dialectizar las intervenciones de este modo.

Aquí, se vuelve relevante pensar dos vertientes:

En primer lugar, tomando adhiero con Mallardi en que:

La reconstrucción analítica de la situación problemática que se constituye en el punto de partida permite un conocimiento de las determinaciones y mediaciones que la provocan, por lo cual las intervenciones al fundarse en la propia realidad tendrán mayor posibilidad de realizarse mientras más fiel sea esa reconstrucción. Además incluir la dimensión subjetiva en este primer momento es de fundamental importancia, pues al considerar la dimensión política, cultural e ideológica de los procesos sociales es posible identificar las visiones que el sujeto tiene de la situación que interpela su cotidiano, cómo la explica, cuáles son las causas que considera relevantes, es decir, en síntesis, el grado de problematización o naturalización que vincula su situación a una cuestión de derechos vulnerados o cuestiones fortuitas, respectivamente. (2013: 12)

En otras palabras, en las problemáticas que se nos presentan como demandas es preciso incluir y entender en su reconstrucción la relación entre los aspectos objetivos y subjetivos vinculados a la vida cotidiana de los sujetos.

El segundo aspecto, implica la articulación inter-institucional con otros servicios, unidades del Hospital como el servicio social por ejemplo, que posibilite un seguimiento de la situación excediendo la urgencia, dando continuidad a la intervención que se vincula a acciones puntuales y concretas que permite el espacio de guardia.

Extrapolando la Urgencia:

En base al recorrido que llevo desarrollando durante estos meses en el dispositivo de UAC y a fin de ampliar miradas que desborden la asistencia de lo agudo, a continuación, se plasmará un análisis de la demanda y de las potencias/ falencias que recubre la UAC, a partir de lo cual desarrollaré tres líneas de análisis:

1. Colectivización de modalidades de abordaje a partir de la interpelación constante como profesionales de la salud.
2. Transcendencia de la lógica del tratamiento psicológico individual como única posibilidad de abordaje en salud mental.
3. Implicancias de las falencias estructurales en las posibilidades de brindar una atención integral.

Las cuales, estamos trabajando de manera colectiva e interdisciplinaria y se configuran como estrategias a la hora de abordar y habitar el dispositivo de UAC.

Análisis de la demanda, las potencias y falencias en las modalidades de abordaje.

Al analizar datos registrados en el report^[4] de guardia de la Unidad de Salud Mental, se puede evidenciar que la atención a la demanda de guardia, se ha incrementado entre el año 2019 (previo a que exista la UAC) y el 2021 (con presencia de la UAC desde septiembre) un 30% aproximadamente.

A continuación, se visualizará un cuadro con porcentajes alusivos a las demandas que han ingresado con manifestaciones de urgencias, siendo el 100% las consulta recibidas durante el período 2020-2021, y especificando los motivos de las mismas:

Período 2020-2021	Motivos de consultas:
44 %	Intentos de autoeliminación
38%	Excitación psicomotriz, donde se engloban: cuadros originados por tóxicos y /o trastornos psicóticos
5%	violencias por razones género que llegó de forma explícita a la consulta (cortes, golpes)
12%	Otros trastornos, dentro de los cuales se encuentran: trastornos de ansiedad, trastornos conversivos, trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicotrópicas, psicosis no orgánicas sin especificación, trastornos del estado de ánimo, trastornos alimenticios, trastornos no orgánicos del sueño y trastornos de la personalidad y del comportamiento.

A partir del mes de noviembre de 2021, y tomando como antecedente los datos descriptos, hemos incorporado junto a mi compañera de equipo licenciada en psicología, como herramienta metodológica una estadística propia de la UAC, con el objetivo deconstruir datos que nos permitan realizar un análisis detenido y acorde a lademanda, así como leer retrospectivamente nuestra labor y mejorarla, sumando al motivo de consulta, el género y el lugar de procedencia como características para la observación. En lo sucesivo, desarrollaré lo recabado, detallando las fortalezas y obstáculosque se generaron en los meses de noviembre y diciembre del 2021.

En dicho período, es posible destacar que, 75% de la demanda de asistencia al dispositivo provino demujeres e identidades feminizadas, dentro de este porcentaje nos encontramos conque el 16,6% de las causas explícitas de asistencia a la guardia han sido productode situaciones de violencia de género con manifestaciones visiblesy el 22, 2% ingresaron con una manifestación diferente (intento deautoeliminación,descompensación psicótica, ansiedad, crisis de angustia) , pero a través de la atención y escucha se evidenciaque sus motivos de consulta se encuentran asociadosviolencias por razones de género.

Al efectuar esta lectura, posicionarnos como equipo desde una perspectiva de género se nos presenta como un imperativo ético, que se entrecruza (comohe intentado plasmar) con el posicionamiento respecto al sufrimiento humano y los abordajes en salud mental. Esto implica politizar lasacciones en salud, y se acompaña del armado y la incorporación en lasintervenciones de un trabajo colectivo tanto con les diferentes agentes del hospitalcomo con les usuaries y las diferentes instituciones del territorio.El aislamiento, el silenciamiento, la sumisión, la exclusión de la esfera públicapor razones de género, son algunos de las manifestaciones del patriarcado en loscuerpos feminizados que se presentan de diversas maneras en el dispositivo. Si aesas exclusiones y maltratos, les agregamos las que competen a los llamados“enfermes psiquiátricos” el pronóstico se complica y las violencias se recrudecen,multiplicando el malestar en la vida cotidiana de muchas personas, que sólo enocasiones acceden a consultas en salud.

Cabe destacar que formamos parte de un Hospital Interzonal, lo cual genera que la población que demanda atención provenganmayormente de barrios y localidades de la ciudad de La Plata, así como pueblos yciudades aledañas de la Provincia de Buenos Aires. Dentro de las característicasde los últimos espacios geográficos mencionados, el 26 % de las personas que hanasistido a la guardia han sido de Florencio Varela y Berazategui.

En estas localidades se encuentran instituciones públicas que abordan la salud mental, porlo cual realizamos un trabajo de articulación y derivación, pero una vez más prácticamente, las únicas propuestas de abordaje que abarcan estas ciudades son tratamientos psicológicos y psiquiátricos individuales.

Por su parte, una vacancia importante dentro del Hospital San Roque, es el no poseer un Hospital de día con el cual articular durante las internaciones en salud mental, volviéndose estas últimas un espacio de pasividad dentro de una sala del nosocomio. Además, en la ciudad de La Plata, existe escasez de dispositivos comunitarios públicos con los cuales articular, debido a ello, los mismos se encuentran con una sobredemanda, lo que me convence de la necesidad de fortalecimiento de lazos sociales y salidas grupales.

LÍNEAS DE ANÁLISIS

1. Colectivización de modalidades de abordaje a partir de la interpelación constante como profesionales de la salud. Importar lista

El análisis de la demanda, nos impulsó a generar una lectura del entrecruzamiento respecto a cómo las situaciones de violencias por razones de género se imprimen en las manifestaciones de la salud mental, sumando al condimento de los efectos de la pandemia. A partir de ello, nos encontramos formando parte y siendo impulsoras, junto a otros integrantes de la Unidad de salud mental, de diferentes espacios de debate colectivo dentro del hospital como ser la Mesa Intersectorial de Salud Mental, que se conformó en Octubre del 2021, con representantes de los sectores de Enfermería, unidad de salud mental, legales, Dirección, SAPS y servicio social; ante la necesidad de pensar nuestro trabajo con otros, intercambiar saberes y experiencias en equipo interdisciplinario que posibiliten el debate crítico y la invención de estrategias colectivas, tanto para el abordaje de situaciones que se nos presentan, como ante el fortalecimiento de dispositivos existentes (o por crear) que atañen a la salud mental dentro y fuera del Hospital.

Además, nos incorporamos, en el “Comité Intersectorial de Género(s) y Salud” (CIGESA). Creado el 8 de 2021, que intenta visibilizar que las violencias constituyen un problema de salud pública, que la institución debe abordar con dispositivos y estrategias específicas. Conteniendo a representantes de la mayoría de los sectores del Hospital (no sólo profesionales), con el objetivo de construir políticas transversales intrahospitalarias, apuntando también en el mediano plazo a la planificación extramuros. Dicho comité se estructura sobre tres Ejes formativos:

- Eje de formación institucional:

1. Formación interna del personal que participa del Comité
2. Formación de personal de salud: sensibilización/capacitación

- Eje de promoción y prevención

1. Actividades de promoción y prevención en el Hospital

- Eje de abordaje:

1. Construcción de protocolos de abordaje
2. Conformación de equipos de abordaje

El trabajo de sensibilización que remito en el primer eje, fue iniciado durante el mes de noviembre comenzando en pos de reivindicar el Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, con la apuesta de extensión a todos los trabajadores, el mismo produjo como consecuencia el aumento de la detección, referencia y socialización que posibilita un trabajo en articulación y en red, necesarios para soportar las crueldades que vuelven visibles apostamos a intervenir.

Sin embargo, evaluamos la limitación concreta de que los profesionales comprometidos al abordaje de tales estrategias de acción en salud somos escasos, además de que existe una ausencia de dispositivos específicos para el abordaje de dicha demanda.

Es menester resaltar que, la perspectiva integral de la salud y el trabajo en equipo que sobrepase a las personas que abordaron la situación de guardia particular es el horizonte al que apostamos a través de la conformación de la UAC. En este punto, F. Ulloa (2013) hace una diferenciación que puede resultarnos útil, entre trabajar en el hospital y trabajar con el hospital. Para ello, habla de la utilidad de trabajar con los diferentes actores que integran los equipos asistenciales, entérminos tanto de procesos transferenciales como de referencia-

contrarreferencia, que posibilite el debate crítico y visibilice la necesidad de armar equipo para las prácticas en común.

2. Transcendencia de la lógica del tratamiento psicológico individual como única posibilidad de abordaje en salud mental. Importar lista

Considero que aquí influyen los vestigios del viejo paradigma ligados a lógica manicomial que contemplan una concepción positivista de la salud-enfermedad que domina en el campo de la biomedicina, encontrándose lamentablemente aún presentes dentro de nuestro sistema de salud, lo cual genera una tendencia a reducir la salud mental a su dimensión individual, descontextualizando y despolitizando los procesos sociales que traen aparejadas estas concepciones.

Por lo expuesto, urge adoptar marcos comprensivos que puedan articular los distintos determinantes de los procesos de salud-enfermedad-atención y cuestionar las construcciones sociales que subyacen a las modalidades históricamente situadas en relación a los estigmas sociales que se relacionan a los tratamientos en salud mental.

Valiéndome de ello, entiendo necesario abordar las problemáticas que llegan en urgencia, identificando las tensiones apremiantes que se manifiestan en el cotidiano de les usuarios y de su red vincular, lo cual permite politizar el abordaje y se encuentra sumamente emparentado con mi posicionamiento de pensar las intervenciones como procesos, para ello se me torna necesario identificar las determinaciones y mediaciones que atraviesan las demandas.

En este sentido, coincido con Matusevicius en que

Debemos abordar los problemas como problemas colectivos. Más allá de los dispositivos institucionales que promuevan un abordaje individual-familiar del problema, es nuestra tarea conocer ese padecimiento individual-familiar del problema, es nuestra tarea conocer ese padecimiento individual como expresión del problema social que se encuentra por detrás. En consecuencia, tiene que ser colectivo e integral, tiene que necesariamente ser pensado en su dimensión comunitaria y en su dimensión política, para articular una propuesta de intervención que alcance mayores niveles de eficacia. (2014:200)

Acorde a lo que vengo desarrollando, se deduce que UAC como dispositivo se vuelve un espacio acotado para habitar la institución hospitalaria desde una potencialidad desnaturalizadora de las desigualdades sociales y a su vez sensible a la complejidad de los procesos de salud-enfermedad-atención. Por lo tanto, creo necesario establecer una alianza estratégica con las personas con las que trabajamos, en diálogo y articulación con los procesos organizativos que forman parte de las comunidades que habitan. Lo que implica una lectura rigurosa de la realidad que intenta trascender los límites institucionales y las orientaciones políticas en función de los intereses de la clase hegemónica.

3. Implicancias de las falencias estructurales en las posibilidades de brindar una atención integral.

Las falencias estructurales, han sido un tema de debate importante dentro de la Mesa intersectorial en salud mental (mencionada en la línea de análisis 1), siendo un aspecto fundamental en las posibilidades de una atención integral y cuidada que pretendemos sostener como equipos de UAC. En su debate y socialización, identificamos ciertos obstáculos edilicios, como el no poseer un lugar destinado a la atención específica de la urgencia en salud mental, lo cual nos genera muchas veces demoras en la atención ya que debemos esperar que se ocupen consultorios que están utilizando otros profesionales; o no contar aún con las condiciones necesarias para llevar a cabo internaciones en salud mental breves pero atentas a la particularidad de dichos padecimientos, ya que las internaciones que se realizan no tienen un espacio físico específico.

Ello implica que la internación por salud mental, como decisión posible ante una urgencia, muchas veces genere resistencias en otros efectores de salud, identificables en dichos tales como “el hospital no está preparado para este tipo de pacientes, deberían ser remitidos a hospitales monovalentes”. Considero que esto ocurre tanto por falta de información como por el temor socialmente instalado hacia los “pacientes psiquiátricos”.

A partir de ello, desde la Mesa intersectorial en salud mental, se comenzó a gestar un proyecto que se presentó a inicios de febrero del presente año ante la Dirección Nacional de salud mental y Adicciones, con el fin de recabar los fondos necesarios que permitan el fortalecimiento de la infraestructura de la institución hospitalaria con espacios acordes a una atención integral y cuidada de la salud mental de los usuarios durante el período de internación.

Desde allí, y aunque de manera incipiente, se empieza a hablar también de la creación de un Hospital de día, que complementa a las internaciones breves, en consonancia con el cambio de paradigma que busca alternativas al encierro en los hospitales monovalentes.

A través de cada línea de análisis pretendo haber evidenciado mis alcances pero también limitaciones, considerando que siempre habrá una combinación de estas dos fuerzas pero para habitar mi rol profesional, me moviliza el desafío de la interdisciplina, como escudo y como víspera de construcción de saberes, salidas comunes tendientes a una intervención de salud integral.

CONCLUSIONES

La creación del dispositivo de Unidad de atención en crisis se va consolidando y va ganando lugar allí donde prima el discurso médico hegemónico. Mi participación como trabajadora social allí, me permite contribuir a la problematización y análisis de la complejidad de dicho campo, así como de las incumbencias profesionales en el mismo, atenta a los límites y posibilidades que se presentan en el cotidiano. Desde aquí, desarrollo mi labor, intentando evitar ser parte de un eslabón que invisibiliza cómo las manifestaciones de la cuestión social se imprimen en los padecimientos. Para ello, creo preciso poner de relieve el rol del Estado en estos procesos como un interlocutor protagonista en las limitaciones, el acceso o falta del mismo a un sistema de salud mental integral, problematizando cómo lleva a cabo sus formas de gobierno, a través de ciertos intereses e ideologías donde el patriarcado y el capitalismo interaccionan.

Trabajo en equipo, interdisciplina, armado de redes, articulaciones interinstitucionales e intersectoriales, abordaje familiar, comunitario y territorial son algunas de las líneas que nos comandan como equipo interdisciplinario, parte de un sistema de salud pública, que intenta subsistir aún en el colapso y el desamparo de una pandemia que marca la necesidad de distanciamiento social. Allí ejercitar y crear nuevas cercanías se presenta como un reto, poroso a los acontecimientos, pero también a las necesidades humanas más básicas.

Por último, visualizo que, la adopción de la Ley de salud mental en los Hospitales generales, públicos en Argentina, nos confronta con nuevos alcances, así como con límites y adversidades que atentan contra la adopción de una perspectiva de salud integral que contenga el contenido político transformador que implicaría el nuevo paradigma. Debido a que, la concepción e implementación de los abordajes en salud mental continúa emparentada con prácticas manicomiales que, al combinarse con ausencias de recursos, presupuestos e infraestructura, implican dificultades fácticas para implementar los enunciados de la Ley.

En línea con lo desarrollado, creo necesario, valorizar las voces de los usuarios, que sean los reales protagonistas de sus procesos de salud- enfermedad- atención poniendo en valor el conocimiento de los mismos como sujetos que requieren de prácticas sociales transformadoras, transformando las relaciones que los segregan, y atendiendo a la disyuntiva permanente entre una vida jurídicamente reconocida en una legislación nacional y los obstáculos en el derecho real cotidiano de habitar cualquier ámbito. Entendiendo que, a pesar de que actualmente las formas de abordaje propuestas dentro de nuestro sistema de salud intentan ser desmanicomializadoras, se continúa haciendo foco en el diagnóstico (basado en grillas de normalidad y desvío) por lo que me pregunto ¿hasta qué punto este no resulta una sentencia o se perpetúa una lógica manicomial que reproduce otros encierros? ¿se escucha y hace parte a las personas en la construcción de estrategias que pretenden ser integrales?

Las inquietudes han sido una constante a lo largo del desarrollo de este trabajo, y lo son en la labor cotidiana, ya que se vuelve imperante desnaturalizar lógicas instituidas dentro de una sociedad que permanentemente

pone en jaque a quienes no revisten parámetros de “normalidad” para mantenernos en pie de desigualdad. Por ello, creo importante, cuidar y fortalecer las conquistas actuales, pensar, repensar y revisarnos dentro y fuera de las lógicas institucionales de manera colectiva.

REFERENCIAS

- Almeida Ma. Verónica, Bigatti Gabriela, Fernández Marisol, Godoy Estefanía F, Castrillo Ma. Florencia, Valenzuela Luque Daniela B, Bolognia Tamara Y., KeesBahl Alexis E, Ullastre Jimena, Ramírez Loana B, Carosella Valeria (2017) *Aportes del Trabajo Social en una Guardia de Salud Mental. Dispositivos terapéuticos de atención en Salud Mental y Adicciones*. 1º Congreso Provincial de Salud Mental y Adicciones, Tandil.
- Amelotti, F y Fernández Ventura N. (septiembre 2012). *Estrategias de intervención del Trabajo Social en salud a nivel Interinstitucional*. Margen, 66, 1-21.
- Dabas, E. y Perrone, N. (1999): *Redes en Salud*. FUNCER. Buenos Aires. Argentina.
- Dubet, F. (2020) *La época de las pasiones tristes*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Deleuze, G (1999). “¿Qué es un dispositivo?” En VV.AA Michel Foucault, filósofo. Barcelona: Gedisa.
- Guerra, Y. (2015). *La fuerza histórica-ontológica y analítica de los fundamentos*. En Trabajo social: Fundamentos y contemporaneidad (14-45). Buenos Aires, Argentina: Comité Editorial.
- Lazzarato, M. (2006). *Políticas del acontecimiento*. Buenos aires: Tinta limón.
- Ley 26.657 Nacional de Salud Mental, Argentina, 25 de Noviembre de 2010.
- López, A. (2013). *Proceso de reforma legal e institucional en materia de infancia: una historia de tensiones entramadas*. En: Chaves y Fidalgo Zeballos (coord.) Políticas de infancia y juventud. Producir sujetos y construir Estado. Buenos Aires: Espacio.
- Mallardi, Manuel. (2013). “*Procesos de intervención en Trabajo Social: Aportes para comprender su particularidad*”. Tandil, CEIPIL.
- Mallardi, M W. (2015). *Trabajo Abstracto y cuestión social: fundamentos e implicancias en la vida cotidiana*. En Cuestión social y cotidiano. Implicancias objetivas y subjetivas de la sociabilidad capitalista (59-92). La Plata: Dynamis.
- Matusevicius, J. (2016). *Intervención Profesional en tiempos de precarización laboral. Contrapoder instituyente y articulación con movimientos sociales*. En Procesos de intervención en Trabajo social: Contribuciones al ejercicio profesional crítico (173-202). Buenos Aires: Comité
- Michalewicz, A. (2016) “*Casos sociales, ¿qué rol implican para los profesionales de Salud Mental?*” En Prácticas en Salud Mental: entre la hospitalidad y el hospitalismo. Buenos Aires: Noveduc.
- Netto, J. P. (1997) *Capitalismo monopolista y Servicio Social*. San Pablo, Brasil: Cortez Editora.
- Ulloa, F. (2013) *Salud ele-mental con toda la mar detrás*. Buenos Aires: Libros del Zorzal.

NOTAS

[1] Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006, Nueva York

[2] A nivel internacional:

* Declaración de Caracas. Reestructuración de la atención psiquiátrica, 1990 OMS/OPS.

* Principios de Naciones Unidas para la Protección de los Enfermos Mentales y el mejoramiento de la Atención de la Salud Mental adoptados en 1991.

* Principios de Brasilia del 2005. Principios Rectores para el Desarrollo de la Atención en Salud Mental en las Américas.

* Convención Sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada en 2006 y que nuestro país aprobó y ratificó en 2008.

A nivel nacional:

* El Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS) realiza recomendaciones sobre medidas y acciones a fin de asegurar que se cumplan los estándares internacionales en derechos humanos.

* Ley N° 10.772 Atención Salud Mental de la provincia de Santa Fe, 1992.

* Ley N° 8.806 de “Enfermedades Mentales” de la provincia de Entre Ríos, 1994.

* Ley de Salud Mental de la Provincia de San Juan No 6.976, 1999.

* Ley No 448 de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires, 1999.

* Ley N° 536 Prohibición de la Institucionalización de la provincia de San Luis, 2006.

* Ley N° 384 de Salud Mental de la provincia de Chubut, 2009.

* Ley N° 9.848 Protección de la Salud Mental de la provincia de Córdoba, 2010.

- [3] Artículo 9 de la ley: “El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial (...)”. En este sentido, se considera a la internación como un “(...) recurso terapéutico de carácter restrictivo, y sólo puede llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social”. Ley 26.657 Nacional de Salud Mental, Argentina, 25 de Noviembre de 2010.
- [4] Este término hace alusión al registro dentro de un libro de actas que utilizamos en la Unidad de Salud mental, con el fin de evaluar la estadística que ingresa ya sea de manera espontánea o por interconsultas de clínica médica.