Repensar(nos). La Salud Mental desde una perspectiva de género e interculturalidad

Lic. Córdoba María Sol. cordobasolm@gmail.com
Lic. Herrera Portillo Margarita. herreraportillomargarita@gmail.com
Lic. Selvaggio Maria Consuelo. selvaggioconsuelo@gmail.com
Residencia de Trabajo Social en el Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos "Dr. Alejandro Korn"

M12

ET5

Para la siguiente ponencia nos basaremos en nuestra experiencia transitada en nuestro primer año de la Residencia de Trabajo Social en el Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos "Dr. Alejandro Korn" de la localidad Melchor Romero, La Plata.

La propuesta del proyecto de residencia consiste en rotar durante el primer período en los tres servicios agudos de dicha institución - Servicio de Atención en Crisis (SAC), Servicio de Agudos Hombres (SAH) y Servicio de Agudos Mujeres (SAM)- sumado a la inserción una vez por semana en la Guardia de Salud Mental (24hs) donde se atiende la urgencia subjetiva.

El objetivo de este trabajo está orientado a realizar una producción teórica en la que intentaremos reflexionar en torno a la experiencia transitada por las salas de internación, como así también en la guardia, haciendo hincapié en la modalidad de funcionamiento de dichos espacios de manera general, problematizando el rol profesional e incorporando algunas categorías conceptuales evidenciadas en este trayecto, en relación a la interculturalidad, los determinantes sociales, género, clase social en el marco de la coyuntura actual de emergencia sanitaria, producto de la pandemia Covid-19.

Estos servicios tienen diversas maneras de proceder y de conceptualizar las problemáticas inherentes a la Salud Mental, pero conservan algunos puntos en común. Entre ellos, los que tienen que ver con la admisión y la atención que se realiza en dichos lugares, y los objetivos de seguimiento y tratamiento acordes a las particularidades singulares de lxs sujetxs con padecimiento mental.

CARACTERIZACIÓN DE LOS ESPACIOS

El Servicio de Atención en Crisis, Agudos Hombres y Agudos Mujeres son dispositivos que albergan hombres y mujeres de entre 18 a 65 años que se encuentren cursando una internación debido a un momento de crisis aguda, donde se evidencia riesgo cierto e inminente para sí y/o para terceros. Los equipos están conformados, en su mayoría, por psiquiatría, psicología, trabajo social, enfermería, acompañantes terapéuticos, terapistas ocupacionales y residencias de trabajo social, psicología y psiquiatría. El objetivo de los mismos es brindar internaciones lo más cortas posibles, con el fin de atender el momento de crisis.

Del Servicio de Atención en Crisis depende la Guardia de Salud Mental, que funcionan todos los días del año las 24hs. Es un dispositivo que tiene como objetivo

atender la urgencia subjetiva, donde se evalúan las diferentes situaciones, al evaluar desde el equipo interdisciplinario que tiene criterio de internación ingresan al Servicio de Atención en Crisis en el caso de los hombres y en el caso de mujeres al Servicio de Agudos Mujeres.

Cabe aclarar que estos lugares estuvieron atravesados constantemente por la situación de emergencia sanitaria, que trajo como consecuencia un agravamiento en las problemáticas de salud mental de la población, en la cual se evidenció abandono en los tratamientos por cierre o intermitencia de la presencialidad de profesionales en algunos dispositivos que servían como sostén, generando reingresos a las salas de internación y la imposibilidad de concretar nuevos proyectos de externación. Esta situación acrecentó la demanda de atención en la urgencia, donde se sostienen tratamientos ambulatorios por falta de dispositivos acordes para realizar derivaciones. Además, se suma el impacto subjetivo que vivenciamos como trabajadores de la salud, en donde se observa un desgaste emocional y físico producto de este contexto que nos moviliza a todxs de manera particular, y que repercutieron en las estrategias generadas en cada situación.

De este modo nos encontramos continuamente frente a un escenario dinámico y en movimiento. En algunos momentos los servicios han quedado en aislamiento con lo cual se suspendían las salidas para lxs usuarixs, los talleres, eventos, trámites previamente acordados, derivaciones –entre tantas otras cosas- que obliga a repensar, reformular y reorganizar las intervenciones a seguir.

CLASE SOCIAL Y PADECIMIENTOS MENTALES

La población con la que trabajamos es heterogénea, pero en su mayoría nos encontramos con sujetos en situación de vulnerabilidad socio-económica, sin referentes vinculares, algunxs con internaciones previas, en situación de calle, sin cobertura de una obra social, desempleados o con empleos informales y precarizados. Las situaciones que derivan en una internación dan cuenta de que lxs usuarixs se encuentran cursando un período de crisis aguda por episodios de diversa índole, por ejemplo se ven casos de heteroagresividad, abandono de tratamiento, descompensación de su cuadro, consumo problemático de múltiples sustancias, etc.

La Ley de Salud Mental (2010) establece que las internaciones son una medida terapéutica restrictiva, la cual debe ser tomada luego de agotar otras instancias y debe ser el menor tiempo posible, pero la complejidad de las situaciones hace que muchas veces permanezcan internadxs debido a la falta de referentes vinculares o por la falta de recursos habitacionales, económicos.. Por ello al intervenir en estas situaciones debemos entenderlas en su complejidad, como menciona Claudia Bang (2014)

> "*... requiere una apertura epistemológica hacia el reconocimiento de los padecimientos subjetivos en su complejidad(...) En estos abordajes, resulta necesaria una apertura que incluya lo colectivo, lo diverso y lo histórico en la lectura de los padecimientos de una época, que permita aceptar nuevas demandas, trabajar*

desde las contradicciones y construir con otros en la heterogeneidad." (p. 111)

Los padecimientos mentales al igual que otros problemas de salud deben ser analizados desde el atravesamiento de las condiciones de clase, sus condiciones materiales de existencia y por la desigualdad en la accesibilidad al sistema de salud, como consecuencia en muchas circunstancias el significado del proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado depende del nivel socio-económico del sujeto. Por ello, tomando a Basaglia (1972) entendemos que:

> *"el problema no es el de la enfermedad en sí, sino solamente determinar cuál es el tipo de relación que se establece con el enfermo(...) al analizar la situación del internado en un hospital psiquiátrico podremos empezar diciendo(...)que aparece cómo un hombre sin derechos, sometido al poder de la institución y, por consiguiente, a merced de los delegados de la sociedad (los médicos) que le han alejado y excluido". (p. 139-140)*

La condición de clase hace a la exclusión, no es lo mismo un sujeto que se encuentra internado en una clínica neuropsiquiátrica que un sujeto internado en un hospital público, ya que al ser pobre sufre una doble estigmatización, por su padecimiento mental y por su condición de clase.

Muchas de las situaciones dan cuenta de usuarixs en situación de calle que representan un gran desafío para nuestra profesión y lo esperado por el resto de las profesiones de nuestra intervención.

REPENSAR LA CUESTIÓN DE GÉNERO

Una de las cuestiones que surgieron durante este trayecto y debido a las características de las salas de internación, fue reflexionar desde nuestros espacios de trabajo la perspectiva de género en salud mental y lo que está trae aparejada en relación a los diversos determinantes que las atraviesan como lo es; los condicionantes sociales, económicos, culturales y étnicos. Por lo tanto, resulta necesario comenzar a desnaturalizar y poner en cuestionamiento aquellos roles asignados al género con los cuales somos pensadxs desde antes de nacer y socializadxs. Recuperando los aportes de Lagarde (1996), entendemos que *"todas las culturas elaboran cosmovisiones sobre los géneros y, en ese sentido, cada sociedad, cada pueblo, cada grupo y todas las personas, tienen una particular concepción de género, basada en la de su propia cultura" (p. 2)*

Pensar la salud mental desde una perspectiva de género, nos permite comprender que el modo en como nos movemos, sentimos, pensamos y actuamos en la sociedad dependen de los valores y normas con los cuales fuimos socializadxs, los cuales fuimos incorporando como si fueran dados de manera biológica y natural, por lo cual resulta imposible su cuestionamiento.

Son varios los factores que impactan en las situaciones de internación de mujeres, que no se visualizan en los servicios de varones, ya que no es considerado en estos servicios como un problema a abordar. De esta manera en las salas de inter-

nación de mujeres, podemos evidenciar que el desarrollo del padecimiento mental se encuentra atravesado y enfocado, en la mayoría de los casos, desde la problemática de los roles asignados al "deber ser" mujer. Es así que cuando se entrevista las preguntas suelen estar dirigidas al cuidado de unx otrx, en esta línea, parafraseando a Enríquez (2012), podemos dar cuenta que la economía del cuidado estuvo socio-histórica y culturalmente asignada a las mujeres, incluyendo el autocuidado, el cuidado directo de otras personas, ya sea en la limpieza de la casa, la compra y realización de alimentos, como así también la gestión del cuidado que hace referencia a la coordinación de horarios y traslados de un otrx; hay una naturalización de la capacidad de las mujeres para cuidar, sustentada por las relaciones patriarcales de género que influye en la reproducción de la fuerza de trabajo.

De este modo queda establecido implícitamente que son las mujeres quienes deberían cuidar de sus hijxs, por lo tanto frente a una situación de padecimiento agudo que conlleve una internación, aparece la culpa de no poder cumplir con el rol de madre/cuidadora. Es interesante observar que frente a las situaciones de internación de mujeres, serán otras mujeres -ya sea hermana/madre- quienes se encargaran de las tareas de cuidado. Asimismo son quienes acompañan los procesos de internación/ externación. En palabras de Tajer (2012), *"Las obligaciones de los estados en garantizar la salud como un bien público ha sido traspasado a las familias, lo que en nuestras sociedades implica traspasado a las mujeres de la familia" (*p. 7). Es muy significativa la diferencia que persiste con los servicios de internación de varones, ya que la cuestión de paternar y de la distribución de tareas de cuidado no son temas abordados, ni problematizadas.

INDAGANDO ACERCA DE LA INTERCULTURALIDAD

A partir de identificar que gran parte de la población que asiste al hospital, es migrante y se encuentra trabajando y viviendo en la zona fruti-hortícola de la ciudad de La Plata, surgió la necesidad de comenzar a cuestionar, debatir y reflexionar la modalidad de abordaje en la atención de salud mental, desde una perspectiva intercultural. Esto surge a partir de encontrarnos, todo el tiempo, con situaciones que comienzan a repetirse en función de problemáticas y padecimientos similares que presenta la población que atendemos desde la guardia de salud mental, como en los servicios de agudos.

Lo primero que debemos asumir es que los procesos interculturales son permanentes y tienen anclaje histórico. Esto significa que se reproducen en la vida cotidiana de todxs nosotrxs y que no son procesos que debemos construir, sino que ya están operando en nuestras vidas y es preciso detectar y analizarlos en clave de impulsar y concretar objetivos interculturales. Tal cual expresa Menendez (2019), si queremos instrumentar la interculturalidad respecto de los procesos de salud-enfermedad-atención y prevención, lo primero es detectar aquellos que ya se encuentran operando en la vida cotidiana.

Es así que queda en evidencia, en las modalidades de abordaje que se vienen realizando para la atención de esta población, que es desde un posicionamiento

acotado en el reconocimiento de las trayectorias e historias de vida diversas, como también el propio proceso de salud-enfermedad-atención que traen consigo lxs sujetxs, ya que continuamos reproduciendo en los procesos de atención lógicas signadas desde el modelo médico hegemónico y desde el pensamiento occidental.

Cabe mencionar que la atención en salud mental se encuentra atravesada y es abordada desde una perspectiva biomédica, de este modo hay una modalidad de abordaje enmarcada desde respuestas universales e intolerantes hacia otros modelos explicativos, demostrando un carácter reduccionista y biologicista, según describe Aisenberg y otras (2017).

Recuperando el trabajo de investigación que realiza Aisenberg y otras (2017), podemos observar que:

> "*distintos trabajos han analizado el impacto de la migración sobre la salud de las mujeres en América Latina han colocado a la migración como un factor de riesgo para la salud, mostrando que la confluencia del género, la etnia, la clase social, las condiciones laborales, la nacionalidad, la falta de perspectiva intercultural y la indocumentación pueden conducir a las más extremas violaciones de derechos humanos, incluyendo abusos sexuales, deterioro de la salud reproductiva y amenaza a la integridad física*" (p. 150)

Si bien esta investigación hace foco y problematiza la atención en salud solo de las mujeres migrantes, creemos que es un puntapié que nos permite seguir pensando las dificultades con las que nos encontramos en la atención de la salud mental, no solo distinguiendo desde una perspectiva de género, sino ampliando dicha cuestión a diferencias étnicas y de clase.

De este modo, siguiendo los aportes de Walsh (2005) el concepto de interculturalidad

> "*no se trata simplemente de reconocer, descubrir o tolerar al otro o a la diferencia en sí. Tampoco se trata de volver esenciales identidades o entenderlas como adscripciones étnicas inamovibles. Se trata, en cambio, de impulsar activamente procesos de intercambio que permitan construir espacios de encuentro entre seres y saberes, sentidos y prácticas distintas*" (p. 45).

CONCLUSIONES

Como efectores de salud intervenimos incidiendo en la vida cotidiana de los usuarixs con quienes trabajamos. Particularmente en el ámbito de la salud mental las estrategias de intervención apuntan a una mejora de la calidad de vida, a un tratamiento integral construido en conjunto, a una desnaturalización de los estereotipos y estigmatizaciones que se tienen acerca de las personas con padecimiento mental.

Nuestra profesión no es neutral ya que intervenimos con sujetos que nos interpelan de diferentes formas y nos encontramos atravesados por un bagaje personal y un contexto socio-histórico y económico. Somos efectores de salud que como

agentes estatales llevamos adelante una intervención socioeducativa. Debemos adherir a un proyecto profesional colectivo basado en nuestro Código de Ética, promoviendo intervenciones que protejan, garanticen los derechos de lxs usarixs con quienes trabajamos, con una perspectiva de género, de Salud Mental como parte de la Salud Integral, construyendo con los sujetos sus procesos de Salud, Enfermedad, Atención, Cuidado y Prevención, interviniendo en lo singular y en lo colectivo.

BIBLIOGRAFÍA

- Aizemberg, L - Maure, G. (2017) *Migración, Salud y Género. Proveedores de salud en la atención de salud de mujeres migrantes bolivianas en la provincia de Mendoza*. Argentina. REMHU, Revista Interdisciplinaria de Mobilidade Humana, Brasília, v. 25, n. 51, p. 149-164
- Bang, C. (2014) *Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas*. Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- Basaglia, F. (1972) *La institución de la violencia. En: La institución negada, informe de un hospital psiquiátrico*. Barral Editores,
- Domínguez, C. (2012) *Construcción de la adherencia. Estrategias de intervención desde el Trabajo Social con personas en tratamiento para tuberculosis*. Revista Margen N°67.
- Lagarde, M. (1996) *El género, fragmento literal; la perspectiva de género en: Género y feminismo*. Desarrollo humano y democracia. España.
- Menéndez, E. (2019) *Salud pública: sector estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible: Procesos de intervención y organización colectiva por el Derecho a la Salud*. CATSPBA.
- Oliva, A.- Mallardi, M. (2012). *Aportes táctico-operativos a los procesos de intervención del Trabajo Social*. UNCPBA ,Bs As;
- Rodríguez Enríquez. (2019). *Economía feminista y economía del cuidado. Aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad*. EN: Riveiro, L. Trabajo Social y feminismos. CATSPBA.
- Tájer, D. (2012) *Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud* [en línea].En: Género y Salud. Las políticas en acción. Buenos Aires: Lugar Editorial; [acceso 18 oct. 2016]. En http://bibliopsi.org/docs/carreras/electivas/ECFP/Introduccion-a-los-estudios-de-Genero/tajer%20-%20construyendo%20una%20agenda%20de%20genero.pdf
- Walsh, C. (2005) *Interculturalidad, conocimientos y decolonialidad*. Signo y Pensamiento, vol. XXIV, núm. 46, enero-junio, 2005, pp. 39-50 Pontificia Universidad Javeriana Bogotá, Colombia