

TITULO DE LA PONENCIA: “Acerca de la demanda y sus múltiples formas en el abordaje ambulatorio por Trabajo Social en Salud Mental”

GRUPO DE TRABAJO 2: “Salud Mental y Consumo problemático: debates desde una perspectiva de Derechos”

AUTORAS: Silva, Julieta; Collado, Belén; Cortez, Guadalupe; Di Mare, Luciana; Esquivel, María de los Ángeles; Onofrio, Agustina; Mattioni, Mara

EMAIL DE REFERENCIA: maramattioni@hotmail.com

PERTENENCIA INSTITUCIONAL: Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear

Introducción

El presente trabajo se enmarca dentro de la residencia de trabajo social del Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear. Surge a partir de nuestra inserción en el dispositivo de consultorios externos desarrollado en conjunto con la residencia de salud mental (psiquiatría y psicología).

A partir de interrogantes surgidas de la práctica, trabajados en un espacio de investigación nos proponemos como eje interrogar las percepciones que atraviesan tanto a los profesionales que integran los equipos de salud como a los usuarios sobre el espacio de seguimiento ambulatorio coordinado por la residencia del Servicio Social del hospital.

Nos interesa repensar el espacio de seguimiento social a partir de las percepciones de otros profesionales y de los usuarios involucrados, tomando como punto de partida los distintos atravesamientos en torno a la construcción de la demanda y expectativas hacia el trabajador social.

Para ello se proyecta llevar adelante un estudio cualitativo, en el marco del cual se desarrollarán entrevistas en profundidad a los miembros de los equipos admisores y derivadores a tratamiento ambulatorio, ponderando en la elección de los informantes clave la heterogeneidad en sus trayectorias (profesionales noveles, avanzados y expertos).

Abordaje ambulatorio por Trabajo Social en Salud Mental

El proceso de admisión del servicio de Consultorios Externos del Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear a cargo de las residencias en salud mental de CABA tiene ciertas particularidades que lo caracterizan enmarcado en la Ley nacional de Salud Mental 26.657.

En principio el proceso se compone por una o varias entrevistas y las admisiones se desarrollan con una periodicidad de dos veces semanales. Las entrevistas están a cargo de un psiquiatra, un psicólogo y un trabajador social siendo la presencia de los dos primeros obligatoria, no así la del trabajador social. La propuesta, más allá de contemplar el marco regulatorio, apuesta a que participe un profesional de cada disciplina, en vistas a realizar un trabajo interdisciplinario.

Así, se entrevista al sujeto “demandante” o “padeciente” y en algunos casos a los familiares o referentes que acompañan, según lo requiera cada situación en particular. En algunas oportunidades se realizan varias entrevistas dado que el sujeto no puede dar cuenta con mayores precisiones sobre el motivo de consulta, o es necesario profundizar sobre la situación problemática. En ocasiones se entrevistan a familiares o referentes afectivos, con el fin de ampliar la información brindada por el paciente. También puede brindar información sobre la trayectoria familiar y sobre la trayectoria de vida del sujeto.

Luego, los profesionales se reúnen, con el objetivo de acordar las líneas de acción futuras. Se establece si requiere o no tratamiento en este hospital, cuál es el dispositivo y la modalidad más pertinente. En este espacio se intenta recuperar las percepciones de cada uno y las diferentes lecturas disciplinarias para poder reconstruir la situación problemática que presenta el sujeto y las líneas necesarias y posibles de intervención.

Se acuerda qué tipo de tratamiento requiere el sujeto y luego, se realiza la devolución al mismo. Si el dispositivo de Consultorios Externos se considera adecuado, se acordará qué profesionales compondrán el equipo tratante, se pautarán los turnos y la posible frecuencia de los mismos. En caso contrario, se le brindará asesoramiento o derivación a otros dispositivos del Hospital o a otras instituciones.

Aquellos sujetos que realizan una consulta en salud mental, generalmente son sujetos que padecen, y demandan tratamiento para poder aliviar dicho padecimiento. Cabe aclarar que en algunas ocasiones los sujetos realizan la consulta por sugerencia de un familiar o referente afectivo del mismo, no a partir de una demanda actual propia.

También es importante resaltar que la exposición del padecimiento subjetivo conlleva innumerables implicancias para el sujeto y no se realiza sin dificultades. Sumado a que en algunas ocasiones es la primera vez que este sufrimiento se expone ante un otro. Como también en ciertos casos, las admisiones se realizan tras haber experimentado una internación psiquiátrica, hecho disruptivo para la vida de cualquier individuo.

Podemos decir que el malestar que aqueja al paciente, es un proceso viviente y cambiante. No es una enumeración de acontecimientos, ni una serie de síntomas que esperan ser definidos desde la externalidad. Por este motivo, es necesario conocer el mundo subjetivo del paciente, para a partir de allí ampliar el motivo de consulta. No perder de vista la singularidad y poder dar cuenta de lo contextual. Poder reflexionar sobre la dialéctica sujeto- estructura evitando la responsabilización única del sujeto. Así como también, es importante poner atención a los periodos de inflexión, a los “nudos” en la trayectoria de vida de los pacientes, y poder dar cuenta de cómo éstos repercutieron en la continuidad y que cambios produjeron posteriormente, en su subjetividad. (Lera, Genolet, Rocha, Schoenfeld, Guerriera y Bolcatto, 2007)

La demanda: el punto de partida

Las modalidades de inserción de usuarios en el espacio de seguimiento social en consultorios externos comprende, a priori, tres modalidades posibles: la demanda del usuario, la demanda del trabajador social admisor y/o la demanda de otro profesional del equipo admisor.

En el marco del trabajo en equipo, suele suceder que el pedido de intervención al trabajador social se relaciona con abordar todo lo referente a “lo social”/ “lo externo” al paciente. Y aquí parece necesario revisar esta noción, entendiendo que lo social no es un objeto particular, un contexto, una condición externa que influye en las manifestaciones del padecimiento mental, sino que por el contrario es un elemento más que incide en la constitución de los procesos de salud-enfermedad- atención-cuidado.

En esta construcción de la demanda, inciden diferentes variables representaciones sociales, institucionales, el deber ser de la disciplina, la identidad asumida y atribuida histórica e institucionalmente, atravesada por perspectivas morales, éticas e ideológicas.

En muchas ocasiones, se produce un reduccionismo de la intervención profesional, produciéndose una homologación de ésta con la gestión de recursos. Este reduccionismo se encuentra vinculado con la identificación del trabajo social con lo que se presenta como la “dinámica del hacer”. La misma se trata de una comprensión defectuosa del concepto de práctica, que liga la intervención a la ejecución, por sobre toda posibilidad de pensar y reflexionar sobre la práctica (Robles, 2011 en Silva, 2016).

Pensar en clave de demandado como profesional, podría introducir una idea de externalidad: una cuestión, problemática o caso que llega azarosamente para ser resuelta. Así, demandar se diferencia notablemente de adoptar una posición demandante, entendiendo que el accionar o la posición puede surgir en un encuentro entre lo institucional, el usuario, el profesional y/o la profesión misma. Abad y Cantarelli (2010: 65) afirman *“lo que está en juego no es sólo lo pertinente de la pretensión, sino también el contexto y las condiciones en que la demanda se plantea”*.

En este sentido, nos preguntamos qué ocurre cuando lo social, no es considerado como parte constitutiva del proceso salud, enfermedad, atención, sino que se incorpora como ‘apoyo’ al tratamiento psicológico y psiquiátrico (López, Andreoni y Gulino, 2012). En relación a esto, resulta fundamental preguntarnos por la concepción que subyace en torno a la salud mental en los procesos de atención.

Para pensar la posición de trabajo social ante la demanda, Karz identifica tres modalidades: la caridad, la toma a cargo y la toma en cuenta; las cuales además de condensar maneras de decir y de hacer específicas, dispositivos institucionales, competencias, agentes y destinatarios respectivamente diferenciados, hacen alusión a diferentes nominaciones y caracterizaciones de destinatarios.

“La caridad se dirige a personas que se supone están en situaciones de carencia o de indigencia no sólo económica sino también, y ante todo personal, afectiva, existencial; la caridad no sabe nada de deseo, salvo que se reduzca éste a la necesidad, a las inclinaciones, las ansias o las pasiones, los instintos... Por su parte, la toma a cargo presume que sus destinatarios plantean demandas, hacen llamamientos, se empeñan en deseos que sus condiciones de vida les impiden realizar: esto es justamente lo que hay que tomar a cargo. Los agentes de la toma a cargo no están guiados por el amor al prójimo: a diferencia de la caridad, no caben aquí misericordia ni piedad... Por último, en la toma en cuenta aparecen profesionales considerados como sujetos socio-deseantes que se dirigen a otros sujetos socio-deseantes (los usuarios), unos y otros tratados en su doble e inextricable dimensión ideológica e inconsciente” (Karz, 2007: 92).

Así, el profesional mismo cambia su posición cuando alguna de las figuras acapara el encuadre, reconociéndose que la caridad convoca servidores, testigos, compañeros: la toma a cargo requiere profesionales actores y la toma en cuenta moviliza intervinientes. De ahí el eterno debate del colectivo profesional a nivel bibliográfico, en torno a cómo nominar la tarea: ¿intervención, ejercicio o actuación profesional?

La posición profesional de toma en cuenta se puede relacionar con un enfoque de derechos. En relación a dicho enfoque Carballada (2016) afirma que por un lado, tiene

la capacidad de resolver en forma más concreta la superación de la consideración de las personas como meros “beneficiarios” de programas sociales asistenciales, para que éstos sean conceptualizados como titulares plenos e integrales de derechos, cuya garantía es responsabilidad del Estado y donde su expresión es la aplicación y no el enunciado. Estas acciones se fundan en una doble centralidad: Sujeto –Estado, que podría promover una forma de anudar, articular, imbricar las nociones de ley y responsabilidad. De esta manera es posible pensar la función de los derechos en relación a la integración de la sociedad, incorporando “la noción de responsabilidad asentada en la necesidad de un todo social que se fortalece y se integra a partir de visibilizar que los Derechos Humanos y Sociales mejoran la sociedad más allá de quienes se benefician directamente con ellos. Donde el Derecho implica una responsabilidad de integración”. (Carballeda, 2016)

Pensar la noción de demanda desde un “enfoque de derechos” no implica solamente incorporar un cambio discursivo, sino que también requiere pensar de manera diferente tanto el contenido como el proceso de construcción de las mismas. Implica poner en funcionamiento un dispositivo de política pública, colocando en el centro de la escena los derechos no sólo a partir de su posibilidad de judicialización, sino fundamentalmente como elementos protagónicos a la hora de pensar el diseño y la implementación de políticas públicas

Conclusiones

Reposicionar el derecho a la salud desde un marco ético político de trabajo por sobre una mera intervención garantista que desvirtúe la especificidad profesional acotada al hacer, genera una apertura del ejercicio profesional, que amplía la concepción de demanda y sus repercusiones en la tarea diaria.

A partir del tránsito por el Servicio de Consultorios Externos dentro de la lógica de trabajo colectivo con predominancia de incumbencias en torno a la salud mental y en el marco de un paradigma que postula el trabajo interdisciplinario, interinstitucional y basado en la comunidad; apelar a la posición subjetiva de cada profesional parece ser una posibilidad; siempre y cuando el trabajador social pueda sostener su posición simbólica frente a las demandas imaginarias, o no, del otro; intentando descubrir si los lugares atribuidos son imaginarios, o realmente deseados y encarnados.

Nos proponemos salir a la luz, re-conocer los orígenes, distintas posiciones y formaciones, aceptando viejos y nuevos interrogantes, para luego volver a la caverna y descubrir que sucede al volver a ver las sombras proyectadas...

Bibliografía

- Abad, S. y Cantarelli, M. (2010) *Habitar el Estado. Pensamiento estatal en tiempos a-estatales*, Hydra, Buenos Aires,
- Carballada, A. (2016) El enfoque de derechos, los derechos sociales y la intervención del Trabajo Social. Revista Margen N° 82.
- Karsz, S. (2007) *Problematizar el trabajo Social. Definición figuras, clínicas*. Ed. Gedisa. Barcelona.
- Lera, Genolet, Rocha, Schoenfeld, Guerriera y Bolcatto, 2007)
- López, M. Andreoni, M. y Gulino, F. (2012) La lógica manicomial en cuestión: habitar tensiones, interrogar prácticas, fundar propuestas. En Malacalza, S. Fuentes, M. Cruz, V. En: *Claroscuros* pp. 121-155. Editorial de la Universidad de La Plata.