

Intervención en un equipo de salud mental. Cómo trabajar la situación socio-económica de los usuarios

Florencia Gastaminza, Clara González, Manuela Kreis y Iara Vanina Vidal

iaravaninavidal@gmail.com

Facultad de Psicología, Universidad Nacional de La Plata

Argentina

Resumen

El presente trabajo es el análisis de una experiencia de intervención institucional en un Equipo de Salud Mental de la ciudad de La Plata. La demanda fue establecida en el Centro de Atención a la Comunidad de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata, y la respuesta estuvo a cargo de la cátedra de Psicología Institucional.

La demanda construida con el equipo de profesionales de la institución puntualizaba tres emergentes: el lugar del médico clínico, la falta de comunicación entre ellos y como abordar la situación socio-económica de los usuarios.

En esta oportunidad vamos a abordar el tercero de los emergentes, utilizando como cuadro las herramientas del análisis institucional, Del Cueto (2014); Fernández (1999); Pérez (2008); Ulloa (1995), la Ley de Salud Mental y los autores que trabajan acerca de los procesos de desmanicomialización, Amarante (2009); Basaglia (2008); y Cohen y Natella (2013).

En la presente exposición abordaremos aquello que surgió en relación a los objetivos de la institución, el trabajo comunitario y el dispositivo de las visitas domiciliarias.

Palabras clave: intervención institucional; salud mental; comunitario; socio-económica.

Abstract

The present work is the analysis of an experience of institutional intervention in a Mental Health Team of the city of La Plata. The demand was established in the Community Service Center of the Faculty of Psychology of the National University of La Plata, and the answer was in charge of the Chair of Institutional Psychology.

The demand built by the team of professionals of the institution pointed out three emerging: the place of the clinic doctor, the not communication between them and how to address the socio-economic situation of the users.

In this opportunity, we will address the third of the emerging ones, using as a table the tools of institutional analysis, Del Cueto (2014); Fernández (1999); Pérez (2008); Ulloa (1995), the Mental Health Law and the authors who work on the processes of de-socialization, Amarante (2009); Basaglia (2008); and Cohen and Natella (2013).

In the present exposition we will address what emerged in relation to the objectives of the institution, community work and the device of home visits.

Keywords: institutional intervention; mental health; community; socio-economic.

Introducción

El presente trabajo se realizó en una institución de externación para usuarios de un Hospital Psiquiátrico de la ciudad de La Plata. La demanda de intervención se presentó al Centro de Atención a La Comunidad, de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata. La respuesta fue organizada desde la cátedra de Psicología Institucional, de dicha Facultad, con los miembros de la misma.

Los equipos son conformados por una docente que tenga experiencia en este dispositivo de trabajo, una segunda docente, que haya acompañado pero no coordinado, y dos alumnas, para ir de esta manera transmitiendo el dispositivo de intervención.

Después de realizar la primera entrevista con el *staff* cliente, la Jefa de Servicio y la Directora del Centro de Externación, se propuso trabajar con el Equipo Interdisciplinario en Asamblea, cada 15 días durante 6 meses, y en ese momento evaluar la continuidad, o no, de la intervención.

En los primeros encuentros se delimitó como demanda, el trabajo sobre tres ejes problemáticos: el lugar de la médica clínica en la institución, la comunicación entre el equipo interdisciplinario, y la situación de indigencia de los usuarios. En esta oportunidad trabajaremos sobre el tercer eje.

Ley de Salud Mental: escenarios institucionales

El Centro de Salud Mental sobre el que trabajamos se presenta como un dispositivo de recuperación, contención y apoyo para pacientes que se encuentran en proceso de externación. A partir de la sanción de la Ley 26.657 de Salud Mental en 2010, se

reafirma, para estas instituciones, el propósito de brindar un tratamiento alternativo e integral que favorezca el restablecimiento del lazo social a través de la actuación de un equipo de trabajo compuesto, en este caso, por psiquiatras, psicólogos/as, trabajadora social, enfermeros/as, talleristas y pasantes. En su carta virtual, la institución declara: “La reinserción social de los pacientes es la principal causa de nuestra existencia”.

Su inscripción institucional apunta a diferenciarse de las lógicas manicomiales propias del modelo médico hegemónico, partiendo de una noción de salud concebida como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona en el marco de la vida en comunidad”(Ley 26.657 de Salud Mental, 2010: 12). Asimismo, el Estado aparece como el garante del derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto, con modalidades de atención basadas en la comunidad.

El colectivo de usuarios que asiste al Centro de Salud Mental son ex pacientes de un Hospital Psiquiátrico y, en su gran mayoría, adultos mayores que han transitado gran parte de su vida en internados. Observamos que estos atravesamientos hacen a la particularidad de la población con la cual trabaja el equipo, ya que no solo suelen aparecer emergencias vinculadas a problemas de salud propios de la edad avanzada, sino que los profesionales se encuentran también con los efectos de la exclusión social que llevan a que los sujetos se hallen en muchos casos en la marginalidad aún fuera de las instituciones de encierro.

Las casas de convivencia son una de las herramientas que podríamos incorporar a la estrategia de desmanicomialización, que responde al modelo de Salud Mental Comunitaria. Concebir al usuario como un sujeto de derechos implica sostener la Salud Mental como un derecho.

A partir del análisis de las condiciones de vida de usuarios institucionalizados en hospitales psiquiátricos se puede concluir que el encierro no funciona con un fin terapéutico sino de control social, incrementando los padeceres de los usuarios. Es a partir de los principios que se derivan de estas afirmaciones, que se trazan estrategias para el abordaje de los padeceres mentales, en dispositivo que no impliquen el encierro. En este desafío se enmarcan las casas de convivencia que

fueron implementadas en Rio Negro y se incorporan como dispositivo posible al momento de hablar de desmanicomialización.

La implementación de dicho dispositivo en la actualidad plantea una serie de dificultades que aparecen como urgencias y tensiones al interior de los equipos de trabajo.

El Centro de Salud Mental donde realizamos la intervención, no está exento de estas dificultades pero observamos que las mismas se inscriben en una trama institucional singular que remite al contexto económico, social, político actual, a la historia de dicha institución, a la relación con el Hospital Psiquiátrico, a las diferencias en los enfoques de abordaje, a las relaciones de poder entre los miembros del equipo, cambio de gestión tanto en la coordinación como en la Dirección y las resistencias que estos cambios producen.

Los objetivos de la institución

En los primeros momentos de la intervención, preguntamos acerca de los objetivos de la institución y el equipo remitía esta respuesta al Jefe del Servicio, al Hospital Psiquiátrico del cual dependían, y a veces al mismo Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Fue muy trabajoso que ellos como equipo pudieran arribar a una respuesta que no estuviera intermediada por otro superior.

Finalmente logramos que nos dijeran lo siguiente: *“Tendríamos que ser un puente entre hospital y comunidad. Comenzamos a hacer cosas distintas como fomentar hábitos, que vivan en pensiones no solo en casas de convivencia. Deberíamos tener dispositivos que estén más en relación con el afuera. Todos somos personal de contacto o deberíamos serlo.”*

Sin embargo, se manifiestan las dificultades de llevar adelante estos objetivos en la práctica concreta. La trabajadora social nos comenta: *“Hemos tenido dificultades con las pensiones en donde residen los usuarios ya que las mismas, en el decir de los miembros ‘continúa con una lógica manicomial’ aún. Ahí maltratan a usuarios y a los trabajadores también.”*

Una vez que se plantearon los objetivos, empiezan a aparecer las dificultades para acompañar a los usuarios antes dichas situaciones. Si bien dicen que suelen distribuir tareas y funciones entre ellos, la mayoría de las veces se hace en función de la *“buena predisposición de alguno de los miembros.”* Desde el equipo

interventor se les devuelve que eso debería estar planificado y no quedar reducido a la buena intención de alguien.

Dicha tarea de acompañamiento expone algunos de los conflictos institucionales, son las enfermeras las que tienen a los usuarios a cargo, mientras que los profesionales van rotando en la atención. Ellas hacen referencia a que muchas veces no saben qué hacer o simplemente sienten que fracasaron en sus responsabilidades, la pregunta que podríamos realizar es ¿de quién es ésta responsabilidad?

El trabajo comunitario

Es necesario pensar como este equipo piensa la comunidad con la que trabaja, nosotros nos enmarcamos en lo que sostiene Del Cueto (2014), la comunidad como un conjunto de muchos y muchas, que tienen una relación a partir del lugar que conforman, con una cartografía particular de orden biológico, social, maquínico, gnoseológico y que cuenta con expresiones heterogéneas.

Este grupo de usuarios se encuentra dentro de una comunidad, comunidad que es necesario abordar, ya que ese paciente pasa allí las horas que no está adentro de la institución. Asimismo, pensamos que a partir de la Ley de Salud Mental y el cierre de los hospitales de encierro, no hubo un trabajo previo con aquellas significaciones imaginarias sociales que sostiene la sociedad actual, sobre la locura y las personas con padecimiento mental. Esa tarea también se agrega a los profesionales del equipo presente, ya que hay que lidiar desde adentro, es decir, todo lo que el Centro de Salud Mental no hace, y desde afuera, para que la sociedad los reciba, aloje y acompañe. En esto último, entran las familias, las pensiones, los centros de salud, los lugares de trabajo, y tantos otros.

El abordaje del sujeto comunidad, que menciona Del Cueto, se encuentra desvanecido, oscurecido por el mundo de la necesidad extrema. Eso hace que no se puedan pensar, idear e imaginar nuevas formas. Eso impide a que el equipo de la institución pueda crear nuevas alternativas a las situaciones extremas que se le presentan. Si bien en la urgencia arriban a respuestas creativas para salir del momento, cuando se los invita a pensar en el espacio de intervención posibles salidas, o simplemente que desearían que pase, encontramos obstáculos a la capacidad de propuesta.

Las nuevas formas pensables, por ejemplo: cómo articular con la universidad para que les brinde talleres a los usuarios que tengan que ver con sus intereses, la convocatoria de pasantes de diferentes Facultades que los ayude a pensar cuestiones en torno a temas sencillos como la alimentación, el ingreso de residentes de disciplinas que no están en la institución pero son necesarias. Estas tres acciones fueron propuestas desde el equipo interventor, y escuchadas y llevadas adelante por la institución. En ese momento pudimos visualizar como el sujeto comunidad va en búsqueda de ciudadanía como sostiene Del Cueto, el deseo y la fuerza del acceso a derechos, muestra que solo se puede alcanzar desde lo colectivo ya que la salida no es individual.

Por momentos, observamos en el grupo salidas más individuales, donde se privilegia lo que uno piensa, lo que uno quiere hacer y cada uno trabaja solo con el usuario. Y por otros momentos, el grupo arriba a pensar y actuar en conjunto en algunas acciones, que de todas maneras cuentan con resistencias de una parte minoritaria.

Las visitas domiciliarias

En relación a las visitas domiciliarias cuentan que entrar a esos lugares es como entrar al hospital, por la marginalidad en la que se encuentran los sujetos. Una de las enfermeras comenta: *“Las dificultades están relacionadas a la suciedad producto de la incomunicación entre los que conviven. Generalmente, hay uno que lleva a cabo las actividades del hogar y los otros no, lo que lleva al desgaste de ese usuario.”* *“Suelen convivir con ratas, pulgas. La forma en la que viven cuesta ser pensada, ya que con estas situaciones nos enfrentamos a lo más crudo del sistema en el sentido de que las condiciones de vida son inhumanas”.*

El equipo interventor pregunta cómo se sienten ellos ante esas condiciones y si suelen compartir esas impresiones con los demás miembros del equipo. La médica dice que ella antes se llevaba el problema del enfermo a su casa y la mayor parte del equipo acuerda que no hablan mucho acerca de lo que les pasa en esas tareas. Asimismo, el psiquiatra también cuenta que los usuarios están comiendo cada vez peor y menos, y los usuarios que no están en la casa de convivencia que pertenece al hospital, viven en pensiones deplorables. Junto a la trabajadora social habían realizado cálculos sobre la conveniencia de poder buscar vías alternativas a la pensión, como el alquiler de departamentos compartidos, pero las inmobiliarias se niegan a alquilarles.

Respecto a los destinatarios de las lógicas manicomiales, Basaglia afirma “yo pienso que están internados porque son pobres. Serán también locos, habrán sido locos, pero el problema social, el problema de la pobreza fue la razón verdadera de su internación” (Basaglia, 2008: 147). De esta manera, sostiene que las instituciones de encierro como el manicomio y la cárcel, históricamente han tenido la función de marginar a quienes ya han sido excluidos por la organización social y económica.

Por otra parte, Ulloa (1995) define al proceso de manicomialización como el paradigma del maltrato. Con ello, hace referencia a la modalidad que adquieren los tratamientos dentro de las instituciones hospitalarias, en las cuales locura y maltrato se muestran como dos aspectos inseparables; en sus palabras: “la locura promueve con frecuencia reacciones de maltrato- y el maltrato incrementa el sufrimiento de la locura” (Ulloa, 1995: 242). Maltrato que es efecto de la anulación de las subjetividades producto de las clasificaciones y etiquetas diagnósticas que llevan a ver únicamente trastornos, enfermedades y síntomas allí donde reside un sujeto portador de una historia y atravesado por un contexto económico y social.

En efecto, las instituciones manicomiales constituyen aquellos espacios cerrados, también denominados instituciones totales (Goffman en: Perez, 2008) que tienen como objetivo instalar un control sobre los sujetos a partir de la uniformidad, atacando y desdibujando las singularidades, y dejando al margen toda puesta en juego de la creatividad y el deseo.

En relación con lo anterior, la Ley de Salud Mental es una ley antimanicomial ya que, en primer lugar, prohíbe la creación de nuevos neuropsiquiátricos y obliga a los ya existentes a adaptarse a los objetivos y principios regidos por la normativa hasta su disolución. A su vez, regula detalladamente las condiciones de internación voluntaria e involuntaria, considerando a esta ya no como única forma de abordaje sino como un recurso terapéutico excepcional.

Ahora bien, aun cuando estos cambios en la normativa constituyen un avance fundamental en materia de Derechos Humanos, acudimos a realidades institucionales socavadas por el impacto de las políticas neoliberales implementadas durante las últimas décadas del siglo XX y que vuelven a resurgir en la actualidad. Esto se evidencia en la falta de recursos tanto económicos como de personal, lo que lleva a diversos malestares vinculados a la sobrecarga de tareas para determinados profesionales, y la disminución de materiales necesarios para el funcionamiento cotidiano.

El equipo ante la situación socio-económica de los usuarios

Ante la falta de propuestas claras en relación al abordaje de este dispositivo, nos encontramos con los trabajadores afrontando situaciones para las cuales no están preparados y no saben cómo resolver. Problemas de pobreza, abandono, dificultades en la convivencia, limpieza, servicios, documentación, etc.

Más allá de la situación socio-económica de los pacientes, el equipo no cuenta con espacios colectivos para poner estas sensaciones en palabras, como describimos anteriormente, ni para organizar el trabajo de un modo cooperativo, atendiendo a las necesidades del dispositivo. Se sostiene, pero sin resguardar las condiciones. En relación a las visitas domiciliarias de una vez por semana, el psiquiatra dice: *“Está ocurriendo que están yendo siempre los mismos a las visitas en las casas de convivencia y eso genera desgaste porque es una actividad compleja. Antes había un equipo para las visitas coordinado por la psiquiatra, pero ahora la propuesta va a ser la rotación de pequeños equipos para que se cumpla con la visita una vez por semana y no se haga tan pesado el ir.”*

En este momento a partir de poner el malestar en palabras y en evidencia, las dificultades de la implementación del dispositivo, pudieron comenzar a pensar en organizar la tarea de otro modo. Como por ejemplo, que no sean los mismos los que vayan a la casa de convivencia o que quede librado a la “voluntad” de cada uno.

Uno de los aspectos que el equipo interventor puso a trabajar es aquello que se piensa desde los trabajadores acerca de ciertos dispositivos, sobre todo de la asamblea y las visitas a la casa de convivencia. La hipótesis de la propuesta, es que muchos no creían necesario tener que participar de ese espacio, o bien porque no le encontraban un objetivo institucional, o bien porque no les correspondía a su disciplina. Ambos planteos dejan de lado, lo que implica desarrollar un trabajo comunitario, y el nombre que los identifica relacionado con autores que plantean la desmanicomialización a partir de un trabajo con la comunidad y el usuario.

Asimismo, la idea que aunque las tareas a realizar sean obligatorias, eso es a discutir, como si la identidad institucional y las tareas a realizar no estarían planteadas de antemano, ya antes de que ellos llegaran. No lo visualizamos como un movimiento instituyente, sino como una postura resistencial.

Para finalizar, cobra relevancia señalar que las formas de funcionamiento institucional actual que Fernández (1999) denominó instituciones estalladas, no sólo

responden a un vaciamiento económico en los servicios de salud, sino también a un vaciamiento de sentido, propio de un universo de significaciones sociales y prácticas que se observan en el armado y despliegue de dispositivos por parte de los agentes institucionales. Estos muestran que las metas asistenciales, preventivas y comunitarias parecen relegadas por formas de atención propias de los espacios privados.

De esta manera, el abordaje disciplinar se convierte en un trabajo atomizado; los/as profesionales desconocen en muchos casos la historia y objetivos formales que fundan el accionar de la institución; y el trabajo del equipo en conjunto con la población es escaso.

Conclusión

A partir de la intervención, encontramos las dificultades con las que se encuentra este equipo de Salud Mental que puede repetirse en algunos otros.

Por una lado, la situación socio-económica por la que pasan los usuarios de dichos servicios y el abandono del Estado, que hace que el equipo de profesionales tenga que lidiar con cuestiones que no tienen que ver con su propio quehacer, y que ello produzca malestares subjetivos desde el que se lo lleva a la casa, a malestares grupales dejando de hacer las tareas necesarias y cargando ello sobre los que tienen buena voluntad.

Dichos malestares no producen reunión, solidaridad, apoyo y resolución de problemáticas colectivamente, sino que fragmentan el equipo, y en determinadas situaciones lo laboral se vuelve personal. Esto hace que no puedan discutir y pensar cuáles son los objetivos de la institución y cuáles quieren que sean, cuál es el lugar de la médica clínica en la institución y cuál quieren que sea, cuál es la función de la asamblea semanal y cuál piensan ellos que debería ser esa función, cuál es el objetivo de asistir a la casa de convivencia y cuál les parece a ellos que debería ser el fin, cuál es el rumbo que debe tener un taller de actividades artísticas y cuál debería ser ese rumbo, y seguramente muchas situaciones más que no surgieron pero seguro que existen.

Hemos encontrado un equipo que le cuesta poner en palabras las tensiones y trabajar con las diferencias que las producen, para de esta manera llegar a acuerdos grupales de trabajo.

Como equipo interventor, hemos sembrado la semilla de una de las situaciones problemáticas para trabajar dentro de la institución, habrá que evaluar qué es lo que quieren y pueden hacer con eso.

Referencias bibliográficas

Amarante, P. (2009). *Superar el Manicomio*. Buenos Aires: Topía.

Basaglia, F. (2008). "El trabajo del equipo de psiquiatría en la comunidad"; "Análisis crítico de la institución psiquiátrica"; "Poder y violencia en el hospital psiquiátrico"; "Psiquiatría y participación popular y alternativas del trabajo en salud mental". En *La condena de ser loco y pobre*. Buenos Aires: Topía.

Cohen, H. & Natella, G. (2013). *La desmanicomialización. Crónica de la reforma del sistema de salud mental en Río Negro*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Del Cueto, A.M. (2014). *La salud mental comunitaria. Vivir, pensar, desear*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.

Fernández, A. (1999). *Instituciones Estalladas*. Buenos Aires: EUDEBA.

Pérez, E. A. (2008). "Instituciones totales y producciones subjetivas". En Del Cueto, A.M. *Diagramas de psicodrama y grupos - cuadernos de bitácora II*. Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.

Stolkiner, A. (2005, octubre, 7 y 8). "Estrategias posibles en la Argentina de hoy". En IX Jornadas Nacionales de Salud Mental; I Jornadas Provinciales de Psicología, Salud Mental y Mundialización. Interdisciplina y Salud Mental. Posadas, Misiones. Argentina.

Ulloa, F. (1995). "Cap. 5: La difícil relación del psicoanálisis con la no menos difícil circunstancia de la salud mental". En *Novela Clínica Psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.

Marco normativo

Ley Nacional N° 26.657 de Salud Mental. Ministerio de salud. Diciembre 2 de 2010.