

TITULO: *Reflexiones de la práctica del Trabajo Social en Salud Mental en el marco de las coyunturas actuales. Abordaje desde las singularidades de las intervenciones en un Servicio de Internación de Mujeres.*

EJE 3. Entre el dialogo y la cooptación. 3.2 Desafíos del trabajo interdisciplinario. Salud Mental.

AUTORA: Lic. en Trabajo Social Camila Rios. Jefa de Sala del Servicio de Agudos Mujeres del Hospital “Dr. Alejandro Korn”. Melchor Romero.

E-Mail: camilar_@hotmail.com

RESUMEN AMPLIADO

A través del siguiente trabajo se buscará compartir las reflexiones que, como integrante del equipo interdisciplinario del Servicio de Agudos Mujeres del Hospital Dr. A. Korn de Melchor Romero, realizaré a partir de poner en tensión los diferentes atravesamientos que se entrecruzan en nuestro trabajo cotidiano, en el actual contexto de ajuste; así como un análisis del entrecruzamiento entre las actuales políticas públicas en salud y en salud mental en particular, en el marco de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657.

Cuando se hace referencia al actual contexto de ajuste, devenido de la crisis, no podemos desconocer que el mismo se basa en las políticas neoliberales que se implementan desde el Estado, acorde a los principios económicos e ideológicos, según los lineamientos impuestos por los diferentes organismos internacionales “...*En la esfera del Estado-nación, la expresión de la crisis se observa en la credibilidad del Estado en tanto instancia de representación y legitimidad. La pérdida de estos atributos, otrora constitutivos del Estado, muestra dificultades en lo que atañe especialmente a las instituciones que intervienen en lo social (...) El mercado no garantiza la igualdad, entonces surgen restricciones en la ciudadanía; y el acceso a los recursos básicos de bienestar que antes eran provistos por el Estado, o mínimamente asegurados por este, dependerá de la inserción de cada persona en el mercado*” (Carballeda, Alfredo. Pag. 54)

A partir de la implementación de los ajustes actuales, se busca generar un escenario social propicio donde implementar diferentes reformas. Una de ellas es en el sistema de salud público, donde el sujeto comienza a ser atendido acorde a su situación socioeconómica. Cuando hago mención de un escenario propicio, me refiero a las situaciones que se reproducen en los condiciones de vida de los sujetos, donde la vulnerabilidad e inequidad social, así como la dificultad actual de cubrir las mínimas necesidades básicas; la imposibilidad de acceder fácilmente a los diferentes

instituciones estatales que brindan atención, así como la burocratización del acceso a los recursos sociales es el “lazo social” imperante de los sujetos de la población que se atiende en los diferentes efectores del sistema de Salud Pública.

Así se focaliza en la atención de determinados problemas, *“El carácter asistencialista de las políticas focalizadas no se deriva, entonces, de la focalización como técnica de implementación de una acción política, sino de la sustitución de un marco de derechos y garantías que obligue a asistir a los grupos sociales con necesidades específicas y a los sectores sociales con en condiciones de máxima explotación, por acciones volátiles y focalizadas en las carencias”* (Grassi, Estela.2003. Pag. 228.). Es así que el CUS (cobertura universal de salud) que buscan implementar, tiende a nivelar las prestaciones según el estrato social. El estado pasa a ser un estado subsidiario, que deja de garantizar el acceso universal de salud. Se fragmenta y se categoriza a los sujetos. Se busca reinstalar la justificación de la necesidad, haciendo cada vez más dificultoso el acceso a los recursos y servicios públicos por parte de los sujetos; como por ejemplo las pensiones por discapacidad, los estudios de alta complejidad o los insumos que mejoran la calidad de ciertos pacientes - entiéndase desde pañales, sondas, sillas de ruedas, audífonos, etc-. Se ha convertido en una exigencia la presentación de certificaciones diversas que justifique cada vez más que x personas es “merecedora” de determinados recursos que provee el Estado a través de sus diferentes organismos institucionales.

Se está asistiendo al retorno de políticas públicas fragmentadas y focalizadas en determinados problemas sociales a abordar, los cuales terminan denominado y categorizando a los sujetos a asistir *“... las políticas sociales son un espacio crítico: como política de Estado condensan la hegemonía y tienen capacidad de normatizar y normalizar, en tanto el Estado se constituye en un actor (y en un ámbito) en la producción de los problemas sociales, en la delimitación de su propia responsabilidad, en la definición de los sujetos merecedores de sus intervenciones y de las condiciones para dicho merecimiento. Son, en fin, la manera en que la cuestión social es constituida en cuestión de Estado y, en consecuencia, el resultado de la politización del ámbito de la reproducción.*

De ahí que estas políticas expresen los principios y postulados que organizan la vida social, respecto de la igualdad, y tengan efectos en la libertad. Es decir, expresan la medida en que en una sociedad se acerca o se aleja del reconocimiento de las necesidades de todos sus miembros y su capacidad de protección de los mismos.”(Grassi, 2003. Pag. 25)

Las consecuencias de la implementación de políticas públicas fragmentadas y focalizadas, han generado la ruptura de los lazos sociales entre los sujetos y las

instituciones que implementan las políticas públicas. El poder generar nuevos lazos sociales y nuevas redes de contención para esos sujetos que han quedado por fuera de la atención y los escasos beneficios que hoy ofrecen las instituciones Estatales es el desafío que se nos presenta en la práctica asistencial cotidiana a los Trabajadores Sociales.

Es así que en el ámbito de la Salud Mental estas políticas de ajustes y fragmentación han dificultado la implementación y el cumplimiento, en su totalidad, de lo manifestado en la Ley de Salud Mental, 26657. En su espíritu, la normativa vigente busca propiciar mayores espacios de atención y promoción de la atención en salud mental en la comunidad, el fortalecimiento de los equipos de trabajo desde una mirada multidisciplinaria, lo que implica comenzar a interpelar al discurso medico hegemónico como el imperante en el proceso de salud/enfermedad/atención. Pone en discusión al paradigma de atención en salud mental, buscando romper con lógicas de atención imperante que ven en la internación la única solución, por ello es que uno de sus párrafos propugna *“la responsabilidad indelegable del Estado en garantizar el derecho a recibir un tratamiento personalizado en un ambiente apto con modalidades de atención basadas en la comunidad, entendiendo a la internación como una medida restrictiva que solo debe ser aplicada como último recuso terapéutico” (Ley nacional de Salud Mental. 26.657)*

Sin embargo, la actual coyuntura socioeconómica, sumado a las decisiones político institucionales de hacia dónde se destinan los recursos, ha provocado que no se disponga de los recursos comunitarios de atención en salud mental acorde a lo promovido por la Ley 26657; ya sean dispositivos de asistencia para la continuidad de un tratamiento ambulatorio, en el inicio o en la promoción y atención temprana de un padecimiento mental. Son pocos los espacios en la comunidad que alojan a aquellas personas que se encuentran en proceso de externación, ya que los pocos dispositivos que hay en la comunidad se encuentran colapsados, con edificios alquilados, en malas condiciones edilicias, a raíz de la falta de mantenimiento. La falta de turnos de derivación y de atención, tanto en hospitales monovalentes, generales o en unidades sanitarias, hace que el porcentaje de discontinuidad y/o abandono en los tratamientos sea cada vez mayor. Tampoco se puede generar un trabajo abocado en la comunidad a la promoción de la atención temprana de los diferentes padecimientos mentales, los cuales se ven complejizados por la actual realidad social.

Lo mencionado hasta ahora nos remite a la necesidad profesional de repensar el escenario en el cual se configura nuestra práctica asistencial diaria, ya sea desde lo estrictamente disciplinar, así como desde lo multidisciplinar. Urge el poner en tensión

estas variables que nos atraviesan a fin de poder construir estrategias de intervención que contemplen la situación en la cual se halla inmerso el sujeto de nuestra asistencia.

“Lo complejo de la cuestión social requiere la construcción de esquemas de trabajo que involucran varias disciplinas, las cuales otorgan aportes peculiares y definidos (...) La apelación a diferentes saberes constituye una de las tendencias más significativas dentro de la intervención en lo social, ya que se hace sumamente compleja sin la posibilidad de diálogo entre diferentes campos de conocimiento.” (Carballeda Alfredo. 2003. Pag. 145).

La intervención en el Servicio de Agudos Mujeres.

Es necesario realizar una breve caracterización de dicho Servicio a fin de poder comprender las particularidades del espacio institucional donde desarrollo mi práctica profesional. El SAM es un servicio que actualmente cuenta con 32 camas de internación en Salud Mental. Asiste a la población del área programática de la Región Sanitaria XI. Las pacientes ingresan luego de realizada una evaluación multidisciplinar de la Guardia de Salud Mental; quien considera que existe un “situación de riesgo para sí y para terceros” y que requiere la medida internativa como recurso terapéutico.

En cuanto a las características del SAM podemos señalar que: atiende a mujeres internadas, en un rango etáreo de 18 a 65 años, que se encuentran transitando una situación de crisis, producto o no de la descompensación de su cuadro de base. También se asiste a pacientes que están en un período de estabilización de su cuadro, debido al tratamiento instaurado (las cuales deberían estar en un Servicio de Sub-Agudos, con el que no contamos en el Hospital). Esto hace de la población internada un conjunto heterogéneo de mujeres, que conviven en un mismo espacio físico, atravesando distintos momentos de su padecer.

Esta población heterogénea es atendida por un mismo equipo interdisciplinario, conformado por: tres médicas psiquiatras de planta, una de ellas Jefa de Servicio, tres trabajadoras sociales de planta, una de ellas Jefa de Sala, una psicóloga de planta, residentes de trabajo social, de psicología y de psiquiatría. El equipo de enfermería realiza guardias de 24hs, por lo que cada día de la semana hay una dupla diferente atendiendo a las pacientes.

Es un desafío constante, para el equipo posicionarnos en una lectura crítica de lo ofrecido a nivel institucional, para deconstruir prácticas asistenciales homogéneas y repensar la intervención particular para cada caso, la cual amerita poner en tensión los diferentes saberes profesionales intervinientes.

Cuando se trabaja con la categoría de situación, las políticas sociales, las leyes reglamentadas se hacen presente en todo momento del accionar, *“a la vez por encima, por debajo y en el centro de la intervención”*. Enmarca la intervención en

términos de modalidades de existencia individual, y colectiva que hay que alentar, de ideales que hay que preservar, de arreglos posibles y de concesiones impensables. (Kars S. 2007) Karsz desarrolla el concepto de **clínica**, que hace hincapié en el principio del “*uno por uno*”, el cual quiere decir que la clínica lo es siempre de lo singular, de modo que cada situación se aborda en su particularidad, en sus características propias, se trata de situaciones específicas. Por lo cual la dimensión subjetiva es algo ineludible en las intervenciones. Si no se puede dar cuenta de ello nos limitamos a análisis formales, superficiales que velan el entramado del padecimiento subjetivo particular por el cual atraviesa el paciente.

Las situaciones sobre las cuales intervenimos diariamente en el Servicio de Agudos Mujeres, exigen la constitución de equipos multidisciplinares, que aporten las diferentes lecturas teórico/metodológicas, a fin de elaborar el caso clínico desde el concepto de “uno por uno”, y producir estrategias de intervención acordes a cada situación. Las mismas deben pensarse enmarcadas en el proceso de salud/enfermedad/atención, según lo desarrollado por Menéndez E., quien considera a éste un *“proceso histórico en el cual se construyen las causales específicas de los padecimientos, las formas de atención y los sistemas ideológicos (significados) respecto de los mismos. Proceso caracterizado por las relaciones de hegemonía/subalternidad que operan entre los sectores sociales que entran en relación en una sociedad determinada, incluidos sus saberes técnicos”*. (Menéndez, 1994).

Utilizar el concepto de salud/enfermedad/atención permite construir el abordaje de la práctica considerando todos los factores que fueron configurando el escenario de vida de la paciente, así como el escenario dónde los diferentes actores intervinientes se fueron posicionando como parte de la situación analizada.

Ubicar el momento de internación de cada mujer en el proceso de salud/enfermedad/atención, pensado como parte del proceso de “*rutas críticas*” que cada mujer construye en el camino de la atención del padecimiento subjetivo que la acompaña. El concepto de “**rutas críticas**” hace referencia al camino que arman las personas o colectivos sociales que transitan el sistema de salud, al enfrentarse a una respuesta inadecuada o inexistente. Implica asimismo desconocimiento de derechos e instituciones que puedan prestar atención adecuada e integral a tales necesidades, de manera tal que los/as sujetos/as quedan excluidos/as de las instituciones mencionadas. Este concepto, al incorporar el recorrido que las personas hacen por las instituciones de salud, nos permite reconocer sus derechos, historizar y reconocernos como un actor que aporta a la construcción del proceso de atención.” (Tajer y otros.2006).

Es importante situar estos recorridos por el ámbito de salud y de la vida comunitaria de las pacientes desde una perspectiva de género, entendiendo este concepto como *“una construcción de carácter histórico y social acerca de los roles, las identidades y los valores que son atribuidos a varones y mujeres e internalizados mediante los procesos de socialización. Asimismo, dicha noción implica una relación de poder porque nos remite al carácter cualitativo de las relaciones entre varones y mujeres”*. (Gamba, S. 2007 en Tajer y Jeifetz). Incorporar esta perspectiva a nuestra práctica asistencial es fundamental a la hora de elaborar las estrategias de intervención; ya que nos aporta elementos fundamentales para entender el entramado de variables y condicionantes sociales que atraviesan a cada mujer y deconstruir miradas e intervenciones heteronormativas.

A modo de conclusión y con el fin de aportar a la discusión en el campo de la Salud Mental, creo que es necesario plantearse desafíos disciplinares y multidisciplinares que nos permitan reflexionar sobre las estrategias de intervención y los obstáculos que se presentan en la práctica diaria, en pos de interpelarnos profesionalmente hacia una lectura crítica de las situaciones con las que trabajamos, generar proyectos de externación interdisciplinario e intersectoriales, que fortalezcan la autonomía y la construcción de redes de contención sociocomunitarias comulgando con el espíritu de la Ley Nacional de Salud Mental.

BIBLIOGRAFIA:

- Carballada Alfredo J. (2002, 1ª edición.). La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales. Bs.As. Paidòs.
- Grassi Estela. (2003). Políticas y Problemas sociales en la sociedad neoliberal. La otra década infame (I). Bs.As. Espacio.
- Menéndez Eduardo. (1994). La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? Alteridades, 4, 71-83.

- Saul Karsz. (2007). Problematizar el trabajo social. Definición, figuras, clínica. España: Gedisa S.A.
- Tajer Débora y Otros. (2006). "Ruta crítica de la salud de las mujeres". Anuario de Investigaciones Facultad de Psicología - UBA / Secretaría de Investigaciones / Volumen XIV, 251.
- Vanesa Judith Jeifetz, Débora Judith Tajer. (2007). Equidad de género ligada a la adherencia al tratamiento en adicciones. Representaciones y prácticas de profesionales y pacientes en un servicio de internación de un hospital público. Instituto de Investigaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires., 1, 1.