

## Abordaje social en hospital de día

Por Noemí Benchimol, Mónica Guarino y Juana Naguirner

Asistentes Sociales. Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear, Servicio de Hospital de Día, Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

### Introducción. Contexto histórico

En el ámbito de la Salud Mental decir "**alternativo**" remite a las prácticas que se fundan en la crítica al orden manicomial. Tendencias que se inician con una profunda revisión a principios de siglo pero que se estructuran en diversas propuestas a partir de la 2da. Guerra Mundial en los países centrales, con expresiones relativamente especulares en la Argentina.

Si bien todas aparecen como distintas opciones frente a la reclusión de la locura, por la anulación de los vínculos sociales del "paciente" y junto al hecho evidente de que esta forma custodial diferencia más por clase que por patología, estas alternativas han terminado coexistiendo con los hospicios. En la aparición de los modelos antimanicomiales confluyen así diferentes tendencias y movimientos muchas veces contradictorios, determinados por las particularidades históricas.

Los componentes del contexto de la modernización han ido cambiando sustanciosamente hacia la década de los 80. El Estado social se ha visto seriamente cuestionado y muchos beneficios de redistribución se recortan. Más que una tendencia al auge del pensamiento y las propuestas transformadoras dirigidas a dirimir las discriminaciones haciendo eje en los derechos del hombre, se propaga un ideario neo-conservador, con un alto grado de individualismo y tolerancia a la segregación.

Habermas define la encrucijada: "**Un desmantelamiento decidido del Estado tiene que dejar tras sí lagunas funcionales que sólo pueden rellenarse mediante la represión o el desamparo...**".

Las políticas de Salud se deslizan hacia el concepto de mercado con un importante movimiento de capital. La prestación gubernamental tiende a restringirse a los aspectos asistenciales de sobrevivencia de los sectores marginales, las estrategias de Salud Mental se ven determinadas por estas circunstancias con el agravante de ser consideradas un lujo frente a otras necesidades extremas. Los referentes ideológicos del sistema pueden llegar a los contenidos básicos de la propuesta en Salud Mental congruente con una sociedad que formula esta perspectiva.

No debe creerse que este modelo carece de propuestas "críticas" a lo manicomial. Un aparente cuestionamiento al hospicio puede muy bien reconvertirse en nuevos esquemas tendientes a potenciar la acción privada y colocar a la prestación estatal en el lugar de una asistencia marginal para marginales. Más crudamente podría decirse que los asentamientos humanos irregulares y las villas miseria son los manicomios de esta década; el lugar de "los otros", los excluidos. De esta forma se genera un ideario social en el que la exclusión y la marginación son vistos como "naturales" y necesarios.

Este panorama que enmarca las prestaciones sanitarias coexiste con un aumento de la demanda potencial. Los condicionantes sociales tales como la disminución del valor del salario, el aumento de los índices de desempleo, la inestabilidad laboral y la fragmentación de la base societaria, producen cada vez con mayor impacto deterioros en el proceso de subjetividad, desajustes psicopatológicos, experiencias de vida alienantes, fracasos o depresiones.

No hay análisis de la configuración integral que en ese momento (el de la locura solapada; el de la crisis) está expresando el cuerpo de una persona, lo que implicaría descifrar los sentidos posibles de un síntoma que incluya el contexto. Esto significaría empezar a pensar a un sujeto en otro marco de comprensión y se pondrían en juego otras estrategias posibles, otras prácticas de cura.

Por más esfuerzos que se han hecho por encuadrarla en lo orgánico, la palabra locura sigue irrumpiendo en lo social no acorde a la lógica del sistema, por lo cual sólo cabe silenciarla dado que abre sentidos no encuadrables. Locura viene de "**locus**", lugar; lugares dejados al margen que estallan en el cuerpo o en la mente según la división que la civilización imponga.

A manera de propuesta planteamos, siguiendo a Marta Santore, revertir la demanda social de productividad por la reconstrucción del lugar perdido al que todos sometemos al loco. Es aquí donde el "**curador**" debe estar entre la enfermedad, la persona y la cultura ayudando a encontrar un lugar que lo instale en ella.

### **Objeto de intervención**

Se trata entonces de un proceso de construcción, lo alternativo no se define por la forma, sino por la base Crítica, ideológica y conceptual en la que se asienta. Hospital de Día es una instancia terapéutica con un abordaje global y complejo del paciente identificado, su grupo familiar y su entorno social.

El objetivo de este tratamiento está dirigido a la resocialización y rehabilitación psiquiátrica del paciente. Este objetivo contempla, a su vez, una modificación en la estructura familiar y en ciertas instancias del entorno social. Este abordaje interdisciplinario supone el funcionamiento de un equipo que le da al paciente un modelo de tratamiento grupal.

En este campo, el Trabajo Social aparece como el vector correlacionante entre el adentro-afuera institucional. Se integra en el equipo de trabajo para construir con el resto de las disciplinas el proceso dialéctico sano-enfermo que permita brindar un espacio terapéutico a la problemática de la Salud Mental. En este sentido no es una ciencia en sí, se define por su práctica y a partir de ahí se remonta teóricamente. Así el Trabajo Social construye su objeto de intervención, es decir, no lo extrae mecánicamente de la realidad, lo hace en base a sucesivas aproximaciones a ella que le permitan ir gradualmente precisándolo, delimitándolo, particularizándolo.

En el encuentro diario con hechos concretos, en el aporte de lo que llamamos "criterios de realidad" se hace necesario una traducción puntual de aquello que llamamos cotidianidad: **"el conjunto de actividades que caracterizan la producción de los hombres particulares, los cuales, a su vez, crean la posibilidad de reproducción social"**.

Cotidiano entonces, no es solamente aquello que ocurre todos los días reiteradamente, sino básicamente la forma en que cada hombre organiza su entorno, vive y concretiza lo social de manera singular.

Esta decodificación no sólo la hacemos nosotros, trabajadores sociales, sino un otro. El mismo paciente, un miembro de la familia, un compañero del equipo, a través y con la forma de una demanda. Avanzamos en la constante reconstrucción de un marco referencial que nos proporcione teorías para interpretar los hechos y sobre cuyos criterios pensamos las estrategias a seguir, su reformulación, la selección de técnicas y recursos para abordar la tarea. Progresivamente, al decir de González Cuberes, vamos reconociendo que los conocimientos se auto-socio-construyen.

El entramado que vamos tejiendo a partir del estudio y la experiencia va conformando una suerte de convergencia epistemológica que nos lleva a analizar teorías, metodologías y técnicas de trabajo. El proyecto de intervención se elabora teniendo en cuenta que podría tener una prestación X en un sistema dado.

El enfoque contextual facilita una visión global de la problemática, tanto en la dimensión individual como en la comunitaria. La noción de policausalidad en la determinación del problema, estimula a la integración y a la interdisciplina.

Así, la multidisciplina intenta constituirse como campo, para estudiar diferentes aspectos de un problema desde cada área, ya sea dando respuestas unidireccionales, ya sea constituyendo un equipo polivalente que se enriquece con el entrecruzamiento de diferentes enfoques teóricos.

El equipo no lo constituimos a priori, nos convoca a renunciar al aislamiento que nos impone la soledad de cada disciplina. Se constituye, entonces, como lugar de reaseguro contra la locura; necesitamos producir e intercambiar para poder sobrevivir a ella a través de una estructura social. El equipo no difiere de aquello que propone la cultura.

No pretendemos aunar los discursos. Si no hay posibilidad de discriminación, si se borran los aspectos específicos de cada campo, todo se iguala, no hay diferencias. La ligazón de lo interdisciplinario a la resolución de problemas es siempre parcial y conflictiva.

El abordaje de Servicio Social en el momento de la admisión de un paciente o posterior a ella, nos permite reunir elementos para determinar nuestra incumbencia y visualizar qué tipo de contexto se abre a consideración (laboral; familiar; legal; habitacional; etc.). La entrevista familiar y nuestra inclusión en el Grupo de Recepción son los primeros ámbitos de encuentro.

A partir de allí el recorrido toma direccionalidad desde la constitución del mini-equipo (recorte del dispositivo general) determinado por el entrecruzamiento de los diferentes abordajes terapéuticos. Siempre con la posibilidad de referentes ampliados, constituidos por distintas instancias grupales y comunitarias que sostienen la estructura de Hospital de Día.

Cada intervención refiere siempre a la dirección del tratamiento y es en la implementación de estrategias donde se halla muchas veces anudada la conflictiva terapéutica. No siempre las intervenciones se dan simultáneamente en todas las áreas, se hará de acuerdo a cada caso. Eventualmente podemos encontrar como tiempo propicio para el desarrollo de una propuesta de trabajo social el momento del egreso. Esto, como culminación de aquellas situaciones en que se evalúa que el paciente no encuentra por sí, o porque la familia no se lo ofrece, alguna suerte de contención o lugar en el tejido social.

### **Una experiencia...**

La emergencia del trastorno mental en integrantes de una familia representa no sólo una pregunta para la cual hemos de buscar respuestas, sino también una respuesta para una pregunta desconocida

por nosotros. Es más, podría considerarse como un mensaje cuya naturaleza convendría desentrañar.

Cabe mencionar que la relación entre familia y locura puede establecerse sólo donde es posible entender las peculiaridades de cada uno de los términos en relación con el otro. Reconstituyendo el contexto en el cual cobra sentido la enfermedad podremos darle significado apropiado a este mensaje.

Entre los seres humanos unirse para coexistir suele significar alguna suerte de grupo familiar. La familia es un grupo natural que en el curso de la historia compartida ha elaborado una estructura basada en pautas interaccionales conscientes o inconscientes. Hablamos de familia como institución, matriz social humana. No es otra cosa que el producto de una lucha permanente entre lo instituyente y lo instituido. La familia entonces, instituye y es portadora consciente o inconsciente de esta construcción social que es la locura.

El Grupo de Familiares supone, en principio, la posibilidad de vincular el tratamiento de Hospital de Día con el afuera sociofamiliar. Partimos de la idea de ruptura de la ilusión de "enfermo único", "servicio depósito", "**familia que soporta**"; mitos no utopías que afirman que la enfermedad mental de un sujeto puede ser recortada de aquellos que lo rodean.

La operatoria del Grupo de Familiares tiene que ver entonces con el acercamiento al servicio de este grupo familiar, al que se invita a escuchar y escucharse desde otros espacios posibles. Pensamos que la inclusión de varios grupos familiares en un mismo espacio y tiempo darían esta oportunidad, la de ver y verse en relación a otros sistemas y códigos vinculares, a fin de que puedan o no confrontarlo con el propio.

El grupo funciona con una periodicidad semanal o quincenal: es el espacio por el cual ingresa la familia al Hospital de Día simultáneamente con el ingreso del paciente por asamblea. Un pasaje desde una situación de pasividad, a verse convocado como parte activa en el proceso terapéutico. Se respeta el emergente del grupo, es decir se trabaja sobre el material que el grupo actualiza en cada reunión y que corresponde a lo que de momento puede ser admitido y elaborado. Lo que cada uno da es suficiente y no existe manera de no dar.

Nos basamos en los supuestos de:

- **Inclusión**: llegar a que la familia comprenda su implicancia en el proceso de la enfermedad así como su participación en el tratamiento para una mejor reinserción del paciente en el momento del egreso.
- **Discriminación**: que puedan expresar sentimientos, problemas, necesidades y deseos propios que los ayude a reconocerse como sujetos singulares.
- **Lazo social**: facilitar procesos de interacción que estimulen distintos modos de vincularse.

Creemos que este espacio funciona con la modalidad de un grupo de reflexión que promueve la revisión de los modelos referenciales que cada uno trae.

La apuesta es que se produzca algún tipo de corrimiento. Un nuevo posicionamiento en relación a la situación inicial.

**Bibliografía**

**Frankel, Daniel.** "Las políticas de Salud Mental en capilla: Décadas de definición en Iberoamérica". Cuadernos médico-sociales N° 63. Centro de Estudios sanitarios y sociales. Asos. Médica de Rosario.

**González Cuberes, María Teresa.** Hacia el aprendizaje grupal. Propuesta psico-socio-pedagógica. Ed. Humanitas. Bs. As.

**Santore, Marta.** "Acerca de las diferencias: ¿Salud? ¿Enfermedad? Margen, Revista de Trabajo Social N° 3. Bs. As. 1993.

**Stokirner, Ana María.** "Taller" IV Jornadas Municipales de Trabajo Social. "El Trabajo Social en Tiempos del Cólera", 1991.

**"Grupo de padres"**. N. Benchimol. A. Díaz Arana. 1985.

**Hospital de Día.** Disparador de la transformación del modelo de un mito. Servicio de H. de Día. T. Tarde. HEPTA. 1989.

**"Instituciones"**. M. Guarino. S. Llimos. G. Pardo. 1990.

**"Grupo de Familiares. Disparador de demandas singulares"**. M. Guarino. 1991.

**"Grupo de Familiares"**. N. Benchimol. J. Naguirner. 1992.

**"Grupo de Familiares. 1992"**. M. Guarino. C. Pratt. 1992.