

Guardia interdisciplinaria de Salud Mental y Terapia Ocupacional

Por Rocío Yael Silveira

Rocío Yael Silveira. Licenciada en Terapia Ocupacional

Introducción

El presente trabajo surgió a partir del recorrido por la rotación de primer año de la residencia interdisciplinaria en Salud Mental del Hospital Nacional en Red “Lic. Laura Bonaparte” en el dispositivo de Guardia Interdisciplinaria (GID). El mismo está compuesto por las disciplinas de Trabajo Social, Psicología, Psiquiatría, Enfermería, Musicoterapia, Recreología y Psicopedagogía. A este equipo se incorporan los y las residentes de Trabajo Social, Psicología, Medicina, Enfermería y Terapia Ocupacional.

Cabe mencionar que el Hospital se especializa en Salud Mental y Consumos Problemáticos y está ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El servicio de GID brinda su atención las 24 horas del día durante toda la semana, la que se organiza en dos turnos en los que se alternan los equipos de profesionales. Se cuenta con la participación del grupo de residentes, quienes asisten durante la guardia diurna.

De lunes a viernes la función de la GID se orienta principalmente a atender las diversas demandas externas que llegan a la institución debido a que los equipos interdisciplinarios de los diferentes servicios de internación son los que se encuentran a cargo de los usuarios hasta las 20:00, momento en que se realiza el pase de guardia. De esta manera, la GID interviene ante situaciones de descompensación o excitación psicomotriz, complementando la intervención del equipo tratante. Otros casos que se presentan se refieren a episodios de descompensación de cuadros de base, intoxicaciones agudas por consumo de sustancias psicoactivas e intentos auto y heterolíticos. Haciendo la distinción con los fines de semana, la dinámica de trabajo de la GID se encuentra orientada a responder a la demanda -tanto interna como externa- de los usuarios, siendo el único equipo a cargo de toda la institución.

Para poder hacer una descripción del contexto en el cual trabajamos es necesario mencionar algunas características de la población que asiste al Hospital. Muchas de las personas a las que brindamos nuestra atención se encuentran atravesadas por situaciones complejas de vulnerabilidad social, sin acceso a una vivienda digna, con escasa o nula red de contención, sin la presencia de un Estado que responda a tales demandas, a lo que se suma la situación económica que atraviesa actualmente nuestro país, en la que abunda el desempleo y la problemática del acceso a un puesto de trabajo digno sin precarización laboral.

A raíz de las sistemáticas políticas neoliberales implementadas desde los gobiernos, la sociedad se encuentra atravesada por una importante crisis socioeconómica, la cual se caracteriza por una profundización del empobrecimiento de los sectores que ya padecían una pobreza estructural y una

expansión de la pobreza hacia la clase media y media-baja, aumentando así la brecha entre estos sectores sociales y la clase alta. Por otro lado, ha aumentado el desempleo y el empleo informal, de baja calificación y mal remunerado.

La aplicación de dichas políticas apuntaron a la concentración y a la injusta distribución, lo que produjo como resultado el empobrecimiento colectivo y una profunda exclusión social (Vecchio, M y Moreira, V, 2012:83). Asimismo, estas políticas neoliberales implicaron una ruptura de tramas y lazos sociales que llevaron al reemplazo de la sociedad por el Mercado (Carballeda, 2012:14).

Teniendo en cuenta la ruptura de lazos sociales, la identidad colectiva se materializa en un territorio concreto: “la esquina”, “la ranchada de la puerta”; como un espacio simbólico de pertenencia atravesado por rituales que permiten generar una cohesión grupal que construye procesos identitarios. Dichos procesos se pueden ver reflejados en algunos de los usuarios que concurren a la institución y particularmente a la GID, ya que el hospital se ha constituido como un lugar de pertenencia y de referencia. De esta forma, podemos observar usuarios que conforman su grupo en la puerta del hospital o que pasan varias horas del día en el hall de la institución, donde en algunos casos, teniendo en cuenta las demandas individuales, se les provee de viandas u orientación a comedores de referencia con los que se articula para que puedan acudir en determinados horarios.

Desde la óptica de Terapia Ocupacional entendemos que las crisis socioeconómicas repercuten en la vida cotidiana de los sujetos, impactando en su desempeño ocupacional y en la elección y acceso a las ocupaciones significativas, concibiendo la situación actual como una *privación ocupacional*, la cual se caracteriza por ser un “estado de exclusión del ejercicio de ocupaciones necesarias y/o significativas debido a factores ajenos al control inmediato del individuo”, estas circunstancias externas pueden incluir factores sociales, ambientales, económicos, geográficos, históricos, culturales, políticos o interpersonales (Durocher, E, 2019:4).

Ante este escenario surge la pregunta de cuál debe ser nuestro rol como terapeutas ocupacionales en la guardia interdisciplinaria.

Desde una perspectiva crítica y social, en correlación con Navarrete (2015:30), se puede pensar a esta población foco como aquella en situación de *apartheid ocupacional*, ya que se encuentran segregados para acceder a ocupaciones significativas por discriminación debido a su status social. Posicionándonos como profesionales de la salud es que tenemos la posibilidad de seguir reproduciendo este status o replantear la posibilidad de actuar como facilitadores y propiciar que las personas puedan acceder a ocupaciones que consideren significativas.

Towsend (1997:146) define la ocupación “como el proceso activo de vivir -no solamente de trabajar- en cuanto a que posibilita la transformación personal, las acciones interpersonales y los procesos emancipatorios de equidad y justicia”.

Teniendo en cuenta que la guardia interviene en situaciones críticas y de urgencia, se puede pensar en establecer dos tiempos, en palabras de Sotelo (2007:30). En primera instancia y para que la persona pueda organizarse, un momento de pausa ante la necesidad que urge al sujeto a resolver aquello que lo llevó a acudir al servicio de guardia. En ese primer momento, mediante una entrevista, se evalúa qué hecho fue el que irrumpió en su vida cotidiana y lo trajo al usuario/a al dispositivo de GID. Mayormente utilizando la escucha activa como herramienta, el/la TO visualizará el desempeño ocupacional de la persona, cómo es la organización de su rutina diaria, cuáles son los roles ocupacionales que lleva a cabo, cuál es la relación que tiene con sus entornos y contextos, qué ocupaciones son significativas para la persona, si éstas son llevadas a cabo y, de no

ser así, cuál es el motivo por el que no ha podido realizarlas.

“Un sujeto que llega a la guardia no es sólo alguien que delira, que alucina, que está indocumentado, que se intoxicó, que abandonó el tratamiento psicofarmacológico o que está en situación de calle. Las crisis subjetivas, para la mirada de una/o TO, se presentan como ruptura de lo cotidiano” (Arias, 2013:4).

Luego de respetar un tiempo lógico, tiempo requerido para discutir y analizar, se evaluarán las estrategias a implementar en relación con el sujeto que se acercó a la GID, teniendo en cuenta sus necesidades particularidades. En este segundo momento es en el que se pueden establecer pautas para iniciar un tratamiento -en el caso de que la persona lo desee- y planificar una derivación a otros dispositivos del hospital. En el caso en que el sujeto acuda acompañado de un referente afectivo también se puede entablar una entrevista con esta persona con el fin de historizar aspectos relevantes de la vida del sujeto.

Conclusión

Desde Terapia Ocupacional, incorporarse a un dispositivo institucional en el que la *hegemonía médica* (Menéndez, 1988:151) siempre ha primado, implica construir un espacio donde la lógica de intervención sea impulsar una mirada integral, lo que conlleva a no escindir al sujeto de su historia, de los acontecimientos vividos y de su relación con el contexto global y de las nuevas condiciones de exclusión y vulnerabilidad social; donde la urgencia no implica dar una respuesta inmediata, sino más bien tomarse el tiempo para poder escuchar de qué manera a cada sujeto le impacta esa situación de urgencia y así construir con un otro esa forma particular de entender lo que lo atraviesa y evaluar las posibilidades de reducir su padecimiento.

Posibilitar la participación de los usuarios, en planificación de estrategias y toma de decisiones, como una intervención de TO en la guardia, podría ser un movimiento democratizante que favorezca la igualdad de los usuarios, rompiendo con la lógica del dialogo entre expertos propia del modelo medico hegemónico.

Entendemos como un desafío el pensar la intervención desde los términos de un punto de encuentro entre el sujeto, lo social y la cultura que nos atraviesa, donde los aspectos contextuales dialogan y se entrecruzan permitiendo la elaboración de diferentes demandas, como a la vez diferentes abordajes de la complejidad.

Nuestra participación en la guardia enfatiza la mirada desde lo singular, incorporando diferentes categorías de análisis orientadas a acrecentar la intervención, analizando el contexto, la vida cotidiana, los roles que atraviesan al sujeto consultante y el impacto de esto en la esfera de lo subjetivo. Así es como la trama social que se construye desde la singularidad del sujeto es entendida y abarcada al momento de dialogar la intervención, contribuyendo a la constitución del lazo social para articular y entender al sujeto en la sociedad actual, desde la complejidad que nos desafía, construyendo subjetividades a través de diferentes modos de relación e intercambio, promoviendo el ejercicio de la ciudadanía y conquista social como ejes éticos de la nuestra intervención.

Una de las respuestas que se da en la guardia a la complejidad es el trabajo en equipo, “lo que implica una nueva construcción de las prácticas profesionales, porque constituye un proceso en el cual los límites de las disciplinas individuales trascienden a fin de estudiar problemas desde

perspectivas múltiples e integrales para producir conocimientos con mayor correspondencia con la realidad (...)” (Perini, 2016:1).

La interdisciplina en los espacios de guardia nos permite intervenir en la vida cotidiana del consultante en toda su complejidad, interviniendo en la trama única singular de cada sujeto que construyen en cada contexto.

Bibliografía

Arias, A. (2013). *La urgida Interdisciplina. El hacer del terapeuta ocupacional en el abordaje interdisciplinario de la experiencia de urgencia subjetiva*. En Libro digital: «IV Jornadas Nacionales Interrisam. Horizontes de la época. Entrecruzamientos en el campo de la Salud Mental.» 2016, Capítulo 5. Urgencias. Pag. 199- 211. 1ra ed. Viale. Recuperado de: https://www.academia.edu/44133900/La_urgida_Interdisciplina_El_hacer_del_terapeuta_ocupacional_en_el_abordaje_interdisciplinario_de_la_experiencia_de_urgencia_subjetiva?auto=download

Carballeda, A. (2012) *La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas*. Revista Margen N° 65. Recuperado de: <https://www.margen.org/suscri/margen65/carballeda.pdf>

Durocher, E., Gibson, B. E., & Rappolt, S. (2019). *Justicia ocupacional: Una revisión de conceptos*. Journal of Occupational Science, 28(4), 561–573. En: <https://doi.org/10.1080/14427591.2019.1616359>.

Menéndez E. L. *Modelo médico hegemónico y atención primaria*. 2as Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988 Abril 30 – mayo 7; Buenos Aires. p. 451-64

Navarrete Salas, E. & al (2015). *Terapia Ocupacional y Exclusión Social. Hacia una praxis basada en los derechos humanos*. Editorial Segismundo SpA. p.15.

Perini, L.; Benítez, R. y López, C. (2016). *La intervención interdisciplinaria en Salud Mental: Lo que la ley no puede resolver*. p.1. Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/452105100/La-intervencion-interdisciplinaria-en-Salud-Mental-pdf>

Sotelo, I. (2007). *Clínica de la urgencia*, Buenos Aires: JCE Ediciones. p.30

Townsend, E. (1997). Inclusioness: A community dimension of spirituality (146-155). CJOT, June 1997, vol 64 numero 3

Vecchio, M. y Moreira, V. (2012). En: *Intervenciones de trabajo social en el área de salud*. Ed. Espacio, Buenos Aires, p.83.