

margen N° 71 - diciembre 2013

Análisis acerca de algunas de las dimensiones de la intervención del Trabajo Social en el área de Salud Mental. Determinaciones del discurso

Por Claudia A. Pugliese y María Inés Casal

Claudia A. Pugliese. Licenciada en Trabajo Social.

María Inés Casal. Licenciada en Trabajo Social.

Para el presente trabajo tomaremos como punto de partida la experiencia de un caso trabajado, que se enmarca en el ámbito de la atención en salud en el contexto de los equipos interdisciplinarios de Salud Mental en Guardia de Hospitales Generales del GCBA. Si bien el hilo conductor de la atención que se analizará será la salud mental, la intervención se visualiza a partir de la conceptualización de la salud como proceso de salud enfermedad atención.

Por otro lado, será interés de este trabajo poder abordar algunas dimensiones del *Trabajo Social* en el área de la Salud Mental en contextos de emergencia. Se pondrá énfasis en la historia cercana al control social con la que cuenta este colectivo profesional y cómo esta impronta se pone en evidencia en las representaciones del equipo, de los sujetos “pacientes” y hasta del propio profesional.

Asimismo, como parte del análisis que nos proponemos realizar, se tomará la dimensión del discurso intentando tomarla en tanto herramienta de poder para algunos, o como sentencia de exclusión para otros. El lugar de la palabra será trascendental y el lugar del sujeto hablante será una pieza a analizar para acercarse a un análisis de las dimensiones del discurso. Para el desarrollo de este punto se tomará específicamente el texto de Michel Foucault “*El Orden del Discurso*” y para la realización de un análisis general del trabajo que posibilite el cruce de las variables se tomarán textos de la Dra. Esther Díaz, extraídos de su libro “*Entre la tecnociencia y el deseo*”.

Breve descripción del caso

El caso se desarrolla en el contexto de atención de un día de Guardia en el Hospital Tornù. Durante el transcurso del día de guardia se *identifica -1-* la presencia de una mujer de más de 60 años (a partir de ahora Sra. X) que se encuentra en las instalaciones del hospital (en el hall central). Se podría decir que por su aspecto general se la ubica categóricamente en lo que comúnmente definimos (en el ámbito de lo social y de la salud) como “*población en situación de calle*” -2-.

Esto genera automáticamente que se dé inicio a una intervención, a partir de un acercamiento con la persona, ya que se presupone o se cuenta con información concreta de que la persona está “viviendo” en el hospital. Obviamente que esta *intervención* no se corresponde con ningún tipo de *demanda* concreta por parte del sujeto. La demanda en este caso es creada por el profesional que visualiza algún tipo de problemática o situación posible de abordar. Cabe aclarar que la palabra “automáticamente” puede ponerse en cuestión en tanto puede suceder exactamente lo opuesto.

Ocurre la invisibilización y naturalización de estas personas, que se transforman en parte de la “escenografía” con la que cuenta el hospital. Por tanto, si no son tomadas como personas, tampoco son pacientes susceptibles de intervención clínica, social o psicológica. Si no está dentro del espacio en el cual se delimita la atención, no existe para el hospital a nivel institucional, ni para sus profesionales o agentes de salud.

Luego de que se establece contacto con la Sra. X, se obtienen ciertos datos en tanto hace más de una semana se encuentra habitando el hospital, debido a que está a la espera de un cobro de jubilación recientemente tramitada. Se puede establecer un diálogo con la mujer, pero se evidencian aspectos relacionados con su deterioro cognitivo y funcional. No realiza ningún tipo de demanda y refiere que durante el transcurso de los últimos días ha sido atendida por cuestiones clínicas en la Guardia. Durante la entrevista se le menciona a la mujer la posibilidad de un parador, a lo cual acepta manifestando entusiasmo frente a la posibilidad de pasar la noche contando con una cama y un espacio para higienizarse. Hasta este momento, sólo es entrevistada por profesional del Trabajo Social.

Esta gestión cuenta con una demora importante (más de tres horas) y la mujer comienza a impacientarse. Ya físicamente dentro del espacio de la Guardia (ya que la entrevista mencionada anteriormente se realizó en el hall de entrada del hospital), se torna necesaria la intervención de todo el equipo de Salud Mental en tanto la Sra. X inicia un proceso de excitación que genera una abrupta visibilización de su presencia dentro de la Guardia.

¿Cómo continúa la situación? La intervención del psiquiatra, con su posterior evaluación diagnóstica, lo lleva a ubicarla en un box, enfrentarse a la necesidad de medicarla, en tanto la Sra. X se muestra cada vez más reticente al diálogo. Y el que expresa se torna incoherente y comienza a manifestarse de manera cada vez más agresiva para con el equipo de salud en su totalidad.

La Sra. X permaneció internada en la Guardia bajo efectos de medicación por un periodo de dos o tres días. Luego, por cuestiones clínicas, fue derivada a Terapia Intermedia del mismo hospital mientras se mantenía a la espera de derivación a institución psiquiátrica.

A partir de lo planteado, cabe preguntarse si determinados comportamientos se han convertido en previsibles, si determinados procesos están contemplados por teorías de tal manera que existan estrategias y metodologías estancas de acción. Si esa previsibilidad sólo existe por razones de seguridad para lograr categorizar aquello que se aleja de los parámetros de “normalidad”, en tanto se acercan a esa realidad que se complejiza y que nos interpela para la acción en tanto mayores libertades científicas. ¿Es la institucionalización psiquiátrica la respuesta lógica, única y segura a determinado tipo de comportamiento?

Sólo con el propósito de encontrar una profunda relación entre la situación planteada y algunas conceptualizaciones acerca del poder del discurso, a continuación se hace referencia a dos párrafos del texto de Foucault:

“(…) Y la institución responde: No hay por qué tener miedo de empezar; todos estamos aquí para mostrarte que el discurso está en el orden de las leyes, que desde hace mucho tiempo se vela por su aparición; que se le ha preparado un lugar que le honra pero que la desarma, y que, si consigue algún poder, es de nosotros y únicamente de nosotros de quien lo obtiene.” -3-

“(…) supongo que en toda sociedad la producción del discurso está a la vez controlada, seleccionada y redistribuida por cierto número de procedimientos que tienen por función conjurar sus poderes y peligros, dominar el acontecimiento aleatorio y esquivar su pesada y temible materialidad.” -4-

Aproximaciones a las lógicas de funcionamiento del Trabajo Social en el área de Salud Mental – Mención de alguna de sus dimensiones.

El Trabajo Social se inserta en el trabajo de los equipos de salud mental de guardia hace aproximadamente cuatro años. Si bien ésta es una acotada experiencia en el ámbito de la emergencia, cuenta con una fuerte historia en relación al trabajo en el área de la Salud Mental. Es por ello que al intentar realizar un análisis con relación a sus lógicas de funcionamiento, es necesario plantear la gran impronta histórica que la profesión posee con relación al *control social* y al trabajo con categorías de análisis desde una metodología obtusa y estanca que se acerca a aspectos legales y judiciales más que a la complejización de la problemática en la actualidad.

A partir de estas perspectivas, las estrategias actuales en la profesión buscan romper con estos estereotipos y representaciones acerca del quehacer profesional. Se busca salir o trascender de una intervención que tienda al “*encauzamiento*” y la “*reeducción*” de las personas que se encuentran inmersas en diversas problemáticas. Este supuesto encauzamiento es hacia un determinado *orden*. Pero ¿a qué o a quien responde este orden? ¿Por qué surge la necesidad de polarizar las situaciones? ¿Sacralizar determinados estados de supuesta normalidad y demonizar situaciones que salen de estos cánones? Tomando lo trabajado por la Dra. Díaz cabe mencionar “*Existe una batalla para lograr que el deforme cuerpo del caos calce en la estilizada vestimenta de los cálculos científicos. (...)Se olvida, por cierto, que el orden es un reclamo teórico, humano, político y social, más que una realidad irrefutable en sí misma. -5-*”

Algunas de las dimensiones con las que interviene el Trabajo Social son el sujeto, la contextualización micro y macro que se aborda en cada situación, las dimensiones de la singularidad, lo universal y lo particular, tan solo por mencionar algunas. ¿Cómo se ponen en juego en la intervención, en el encuentro con ese otro, si los parámetros con las que son medidas, pensadas y planificadas no escapan a un orden supuestamente heredado y reclamado naturalmente? Se plantea la necesidad de encontrarse con el caos, de sumergirse y abordar las situaciones sin categorizar desde la naturalización y patologización de la problemática, en este caso la locura.

Conclusiones finales acerca de las determinaciones del discurso

A partir del caso planteado y de algunas aproximaciones en el análisis del Trabajo Social con relación al área de Salud Mental, nos interesara plantear un análisis a modo de conclusión. Consideramos que la problemática en torno a la institucionalización psiquiátrica y al tratamiento de lo que se considera “locura” se encuentra en medio de un campo problemático en nuestra actualidad. Este campo problemático se encuentra totalmente atravesado por el discurso, en tanto la simple manifestación de determinadas palabras o frases genera instancias de institucionalización como único mecanismo. Y no es el hecho negar la necesidad de la internación en determinados casos, sino poner en duda las alternativas que se presentan frente a esta conflictiva y cómo esta carencia de alternativas se basa no solamente en una ausencia de recursos sino más que nada, se esconde en esta ausencia y representa una extrema fidelidad a preservar determinado orden en la sociedad. Pensando el caso planteado y cómo el ingreso de la Sra. X al sistema de salud generó que se desplegaran dispositivos de intervención que casi exclusivamente la ubicaban en un área, el de la salud mental, dejando de lado el atravesamiento de otras variables en un cuerpo que refleja y manifiesta vulnerabilidad. Asimismo, se niegan las herramientas con las que cuenta el sujeto y sus posibilidades de continuar habitando el mundo de determinada manera. Es lo visual -y aquello que representa- lo que no encaja con las categorías de normalidad con las que la sociedad se maneja habitualmente.

Es a partir de lo mencionado que surgen algunos cuestionamientos; ¿cómo se **ingresa** a la locura? ¿Es acaso un espacio, un dispositivo, un estado mental, una construcción social, un estigma, del cual se entra y se sale? ¿Qué es lo que determina que alguien sea considerado como depositario de este tipo de intervenciones? ¿Dónde se ubica la locura dentro del sistema? ¿Dónde nos ubicamos los profesionales del Sistema para categorizar y establecer parámetros que generan o no la institucionalización psiquiátrica o el tratamiento de los padecimientos?

¿Se pone en juego la impronta que tiene en los cuerpos y en las mentes de los sujetos? ¿Son considerados sujetos aquellos a quienes pensamos tan cerca de la locura? Uno de los grandes dilemas en la intervención es la compleja tarea de pertenecer a ese grupo capaz de determinar el curso que tomara la vida de un sujeto en función de su estado mental

¿Qué mecanismos se ponen en juego y operan al mismo tiempo para que alguien cruce la delgada línea entre ser “una loquita en situación de calle” para pasar a ser alguien “con riesgo cierto e inminente?” -6-

Creemos que de la manera más cruda y evidente, el discurso y sus procedimientos de exclusión y control se han hecho presentes. Y más que presentes, han determinado qué es lo que está por dentro y qué está por fuera, que es lo correcto y lo incorrecto. Y lo más paradójico en este caso es que el poder de ese discurso específico se encontró en la boca de aquella que está catalogada como una loca.

Abordar las intervenciones con ese sujeto de intervención resulta un desafío en tanto nos implica pensar con qué subjetividades estamos trabajando. ¿Con qué sujetos trabajamos? Desde dónde los abordamos y desde dónde pretendemos conocerlos.

¿Dónde queda la interdisciplina en el abordaje, si el único final posible es la manicomialización de una persona que sólo quería permanecer en un lugar?

Marca un punto de inflexión en la sociedad, marca aquello que no se quiere ver, aquello que manifiesta dolor, fealdad, mugre, soledad, precariedad, vulnerabilidad. No se sabe qué hacer con esto. Los dispositivos no están preparados para contener estas vidas. Creemos que ni siquiera han sido creados para dar albergue a tanta vida, a tanta complejidad, a tanto cuerpo expresándose constantemente. Porque no tienen barreras, la locura parecería no tener barreras que le impidan expresarse con la libertad que aquellos que se encuentran del lado de la razón no pueden.

Notas

-1- ¿Quién la identifica? ¿Por qué es necesario identificar a alguien? ¿Qué leemos en las personas para sentir la necesidad de identificar? ¿Quién rotula la identificación?

-2- ¿Qué significa estar en situación de calle? ¿es el miedo a ofender lo que genera denominaciones tan absurdas? ¿Por qué no decir vivir en la calle? ¿Habitar la calle? ¿Quién de los que está en situación de vivienda puede dar cuenta de que encontrarse expulsado de un techo permanente es una situación?

-3- Foucault, Michel: “El orden del discurso”, pág. 13

-4- Foucault, Michel: “El orden del discurso”, pág. 14

-5- Díaz Esther “Entre la tecnociencia y el deseo”, pág.- 69

-6- Clasificación técnica para determinar la necesidad de una internación psiquiátrica.