

“Lo que el diagnóstico no cierra, o el diagnóstico de lo que no cierra”

Por Matías Papa y Luciana Carná

Matías Papa. Licenciado en Trabajo Social

Luciana Carná. Licenciada en en Psicología

Miembros del Equipo de Hospital de Día de Salud Mental, Pergamino, Argentina.

Ubicamos el presente escrito desde nuestra experiencia y la práctica que llevamos a cabo diariamente en el Hospital de Día de Salud Mental de Pergamino (Provincia de Buenos Aires, Argentina).

Hospital de Día es un dispositivo clínico-terapéutico que trabaja en la intervención con pacientes con patología grave de salud mental, intentando dar respuesta a la complejidad presente en este campo. De este modo, trabajamos con el objetivo de que la respuesta a la demanda con la que nos encontramos sea igualmente compleja. Y es así como se fue constituyendo un equipo de diversas disciplinas: Trabajo Social, Enfermería, Psicología, Psiquiatría y Talleristas de Artes y Oficios.

Este año, Hospital de Día cumple seis años. Se trata de un espacio de trabajo que se inició dando respuesta a situaciones clínicas y escollos institucionales. Trabajar sobre la externación de pacientes internados en Salud Mental fue el inicio de lo que después se fue complejizando en un entramado de diferentes disciplinas y acorde a las demandas en los tiempos que corren.

Lo social que adviene y acontece en términos de intervención

Desde hace un tiempo, y en forma creciente, se van construyendo y resignificando interrogantes hacia lo social: como texto y contexto, hacia el social de intervención en salud mental como interrogante mismo. En esta dirección, se torna parte, se entromete y entrecruza, interpela, nos orienta a tomar posición frente a un abordaje clínico-institucional, nos convoca a pensar la intervención y el diagnóstico en cuestión.

De ahí que lo interdisciplinario y la indisciplina cobran sentido y se hacen necesidad. De ahí que Hospital de día se desafía como dispositivo institucional y apuesta por su lógica; donde se da lugar a pensar y alojar ese algo que adviene, que acontece en el día a día, en el cotidiano, en lo social, en la vida. Intervenciones que buscan una forma discursiva diferente, en la recuperación de la palabra que alude y no elude, signada por el sujeto, constituida en su lazo con otros y no a partir de atribuciones previamente elaboradas.

Así, la intervención se introduce como un proceso, una instancia dialógica o en acto entre profesionales y pacientes. Constituida en momentos, en la reconstrucción y deconstrucción de las manifestaciones de la cuestión social en la coyuntura actual que se inscriben en lo cotidiano del

paciente, en las circunstancias contextuales, en el abordaje clínico-terapéutico.

Diagnóstico clínico e intervenciones en Salud Mental

¿Dónde apoyamos nuestras intervenciones? ¿Dónde se escucha la tan mencionada “Clínica”?

Consideramos que escuchar al paciente y ubicar la posición del sujeto en la estructura es la premisa de donde partir, dónde es hablado por el Otro y dónde lo encontramos a él; premisa que podríamos plantear como trans-estructural, que atraviesa nuestro trabajo.

Intervenciones que basculan entre el sujeto de la estructura y el diagnóstico de situación, marco contextual del paciente. En el “entre”, el lazo social... la inserción del sujeto en el lazo social. ¿Qué hace lazo?, ¿qué anuda a cada sujeto a la estructura del lenguaje? Poder ubicar el diagnóstico clínico en un marco social requiere de un equipo de diferentes disciplinas, pero sobre todo, que cada uno pueda ubicarse más allá y más acá de la misma.

Rastrear las inserciones previas en la historia orienta la intervenciones. No obstante, consideramos que el primer trabajo recae sobre el equipo que recibe al paciente: ¿qué se escucha? En este punto, la forma en que el equipo se ofrece ante la demanda del paciente, abrirá -¿o no?- la posibilidad de que algo de la transferencia pueda establecerse para intervenir sobre ella. Soportar la falta, no obturar la misma con categorías estancas, es quizás una forma de habilitar que el paciente nos pueda decir algo. Así, la cronicidad, pensándola como la pérdida de los objetivos terapéuticos, puede ser muchas veces una característica del equipo más que del paciente, Y la gravedad, la distancia entre el padecimiento o riesgo del paciente y las intervenciones que se atinan.

Viñeta clínica

A continuación compartiremos un recorte clínico de un caso con el que venimos trabajando hace 5 años en Hospital de Día. Se trata de una de las presentaciones más complejas en cuanto al cuadro clínico y la intensidad con la que se presentan los fenómenos en el cuerpo para este paciente.

Presentamos este caso desde la dificultad con la que nos encontramos en los períodos más críticos y también desde la apuesta al lazo social, no pensando a este concepto como la inclusión del paciente en espacios grupales sino como la construcción de un discurso que le permita cierta distancia de la masividad con la que se presenta el fenómeno alucinatorio y habilite otras vías de circulación para el paciente.

En este punto consideramos que pueden ubicarse algunos efectos en cuanto a un cambio en la posición subjetiva del mismo, lo que hace a la cuestión del diagnóstico.

“Esteban” concurre a Hospital de Día desde 2013, luego de una internación en la sala de Salud Mental.

Los registros de aquella vez dan cuenta de alteraciones sensoperceptivas que implicaban para Esteban excesivo sufrimiento y lo llevaban al encierro en su propia casa: *“Ardor; desprendimiento de la piel; derretimiento de diferentes partes de su cuerpo...”*.

En aquel momento se implementaron medidas protectoras para aplacar el padecimiento: comer comidas frías, resguardarse en los horarios del sol fuerte, usar un pañuelo en la cabeza para controlar el flujo sanguíneo, tomar baños de agua fría y hasta recurrir al hielo.

Se explicaron dichos fenómenos corporales como consecuencia de una intoxicación a causa de un accidente con químicos. Se vio en ese momento que el paciente había sufrido un ACV, producto de lo cual quedó lesionada el área laboral de su cerebro.

La búsqueda por encontrar una explicación a su padecer continuó, recurriéndose a diferentes médicos hasta que se dio con la certeza de que lo que había causado su estado era una enfermedad: padecía cáncer, producto de haber ingerido lavandina con agua en una proporción incorrecta.

Hasta ese entonces, Esteban no contaba con vínculos estables más allá de su padre, con quien convivía. Relataba situaciones “traumáticas” de su historia: separación brusca de su madre a los 4 años, momento a partir del cual su padre escapó junto a él y su hermana viviendo años escondidas en el sur. Un Juez los buscaba, ellos debían permanecer en silencio. Un reencuentro con su madre a los 11 años que fracasó...

La inserción a Hospital de Día está orientada a construir un lugar de referencia, estable y que permita el abordaje del caso desde diferentes espacios. Entre varios: Talleristas, Trabajador Social, Enfermería, Psiquiatra, Psicólogos, Médico Clínico, Compañeros con quienes sostiene un vínculo de amistad... se fue tejiendo una trama destinada a encausar algo de ese exceso perturbador para el sujeto.

Durante el primer tiempo, Esteban concurría a la institución sólo a retirar la medicación. En ocasiones participaba de alguna actividad, pero recortado del grupo, prácticamente sin dirigirse a ninguno de sus compañeros.

Progresivamente se incluyó en el Taller de Arte, espacio que fue en principio el de mayor integración para él. Pasó largo tiempo dedicado a pintar cuadros y estatuillas de yeso. El Tallerista intervino en el recorrido aportando alguna técnica o sugerencia, acompañando el proceso, constituyéndose para el paciente en una referencia. En el taller vistió a las estatuillas con pintura, dando forma, con diferentes colores, a cada parte de ellas.

Como estrategia, para el abordaje del caso se incluyó a un Médico Clínico. Las consultas de Esteban a diferentes médicos para que le indicaran el tratamiento adecuado para el cáncer, lo exponían a situaciones repetidas con diferentes profesionales. En este punto se apostó a que esto quedara centralizado en uno, para que nosotros orientáramos el proceso. En este punto, el profesional no se circunscribió al cáncer: ni lo confirmó ni lo contradujo, e indicó unas gotas naturales para su tratamiento.

En las entrevistas contaba sobre el sufrimiento que implicaba para él, en ocasiones, tener la certeza de que moriría, de que era su último día: *“Experimentar el consumo de los órganos, encontrarse cerca de la muerte, sentir el frío de estar muerto”*. Esto sucede cada vez que el cáncer despierta. Instancias en las que se apuesta a inventar formas para ponerle un coto al sufrimiento, construir un borde.

No obstante, en ocasiones se observó al paciente avasallado por el sufrimiento y quienes trabajamos con él desde diferentes espacios nos encontramos afectados por una sensación de impotencia ante la dificultad de intervenir en esos momentos. Soportamos algo de eso sin dejar de acompañarlo, sosteniendo las intervenciones, cada uno desde nuestro lugar. La apuesta y orientación del trabajo es por lo singular. Y el uso del Dispositivo es una construcción, de acuerdo a lo particular de la presentación.