

Ateneo disciplinar. “Desde adentro no se ve: repensando el espacio en consultorio”

Por Sofía Magdalena Ibarra

Sofía Magdalena Ibarra. Licenciada en Trabajo Social. Residente de 1° año. Hospital de Emergencias Psiquiátricas “Torcuato de Alvear”, Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Introducción

El presente ateneo se enmarca en mi primer año de la Residencia de Trabajo Social en un Hospital especializado en Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires. Como parte de mi primer año me encuentro rotando por el dispositivo de Consultorios Externos del mencionado Hospital y desde hace alrededor de dos meses, realizando mi rotación por atención primaria en un Centro de Salud dedicado a la atención y tratamiento ambulatorio a usuarios de sustancias psicoactivas.

A lo largo de este trabajo se expondrán algunos interrogantes surgidos durante mi práctica por el Servicio de Consultorios Externos en relación a la demanda de inserción social planteada por algunos usuarios. A partir de la misma, se procederá a analizar las potencialidades y dificultades evidenciadas en el abordaje de esta problemática desde el espacio en consultorio.

Tanto los interrogantes como las reflexiones expuestas en este trabajo parten de considerar los debates actuales en relación a la “Refuncionalización del Hospital”, en los que la necesidad de generación y ampliación de estrategias comunitarias en salud mental constituye un aspecto fundamental. En este sentido, se retomará la experiencia en el Centro de Salud, en la medida en que se considera que las líneas teóricas que delimitan las intervenciones en dicho dispositivo pueden ser útiles para pensar estrategias de atención en Salud Mental Comunitaria.

Consultorios Externos

Uno de los interrogantes surgidos durante mi práctica en el dispositivo de Consultorios Externos refiere a las estrategias desarrolladas durante el tratamiento tendientes a la restitución del lazo social de los usuarios. En este sentido, es habitual que la interconsulta por parte del equipo- e incluso la demanda por parte de los usuarios¹ hacia el espacio de Trabajo Social- se constituya como “*quiere/o socializar, hacer algo, tener amigos/as*”.

A partir de esta demanda, me he preguntado: ¿la inserción de los usuarios en el ámbito social y comunitario es algo a trabajar únicamente desde el espacio de Trabajo Social o debería formar parte de los objetivos de tratamiento del equipo en su conjunto?, ¿cómo trabajar este aspecto cuando los usuarios se encuentran trabajando otras cuestiones de su padecimiento en los espacios de psicología

1 Se procederá a la utilización del género masculino debido a que los usuarios con los que nos encontramos trabajando esta problemática son varones.

y psiquiatría? Al respecto, una de las primeras dificultades identificadas en la conformación de estrategias tendientes a la reconstrucción del lazo social refiere a que las mismas no se constituyen como objetivo de tratamiento desde el momento inicial desde todos los espacios sino que, por el contrario, parece ser concebido como algo excepcional a trabajarse en un espacio aislado (Trabajo Social).

Ante esto, una de las líneas empleadas para trabajar con los usuarios que planteaban esta demanda fue la de conformar un espacio conjunto con la disciplina de Terapia Ocupacional, entendiendo que las problemáticas que dificultan la inclusión social de personas con padecimientos mentales no pueden ser abordadas desde una única disciplina. Siguiendo a Stolkiner: *“la interdisciplina nace, para ser exactos, de la incontrolable interdisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente y de la dificultad de encasillarlos”* (Stolkiner 1987:313).

Ahora bien, las dificultades evidenciadas en estas situaciones abarcan un abanico de complejidades que van desde limitaciones propias de los usuarios (muchas veces producto de su padecimiento) hasta la falta, escasez o inadecuación de dispositivos de inserción social y comunitaria para la población en cuestión. Respecto al primer punto, si bien en el espacio de entrevista con los usuarios ha sido posible un trabajo de reflexión conjunta tendiente a identificar intereses y motivaciones sobre distintas actividades, la realización de las mismas suele quedar en pausa por distintos motivos: *“tenía ganas de ir pero me daba vergüenza”*; *“no se cómo hablar con la gente”*; *“pienso en contactar viejos amigos pero después me pongo excusas”*.

Este tipo de situaciones han dado lugar a un sentimiento de frustración por parte del equipo, derivado de la sensación de que el trabajo con estos usuarios “no avanza” y se reduce a pensar en posibles actividades de inclusión social pero no se logra la concreción de las mismas. De forma simultánea, en ciertas ocasiones las líneas de inclusión en actividades conducen a la derivación a otros dispositivos del Hospital (tales como los talleres de Hospital de Día) fomentando *“indirectamente que el desarrollo de la cotidianidad de gran parte de la población que concurre al Hospital sea intramuros”* (Di Mare; Esquivel 2018: 4).

Ante esto me pregunto: ¿es suficiente el espacio en consultorios externos cuando se trata de identificar las dificultades de inserción/sociabilidad de las personas con padecimientos mentales?, ¿de qué manera se pueden desarrollar estrategias de inclusión comunitaria que no caigan en la mera derivación en programas/instituciones? En este sentido, solemos pensar como objetivo concreto de inclusión lo mencionado previamente: la derivación a dispositivos de inserción comunitarios pero, ¿la reconstrucción del lazo social debería depositarse afuera de la institución o la institución debería propiciar la inclusión a partir de otras actividades que excedan el trabajo en consultorio?

Las preguntas realizadas hasta aquí parten no sólo de las reflexiones surgidas a lo largo de ciertos tratamientos en Consultorios Externos sino también a raíz de los debates actuales en relación a la “Refuncionalización del Hospital”. Como es sabido, la Ley Nacional de Salud Mental, sancionada en el año 2010 propone un abordaje de la Salud Mental en el ámbito social y comunitario, posicionando a las internaciones psiquiátricas como recursos excepcionales. En este sentido, en su artículo N° 27 plantea:

“Queda prohibida por la presente ley la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes, públicos o privados. En el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos y principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos. Esta adaptación y sustitución en ningún caso puede significar reducción de personal ni merma en los derechos adquiridos de los mismos” (Ley Nacional de Salud Mental, 2010).

En forma complementaria, el decreto reglamentario de la mencionada normativa postula que dicha adecuación y sustitución de hospitales monovalentes deberá ser desarrollada para el año 2020 (Decreto 603/2013, artículo 27).

A raíz de los artículos mencionados y debido a que el Hospital en cuestión constituye una de las instituciones a ser “refuncionalizadas”, varios interrogantes se plantean en el Servicio de Consultorios Externos: ¿cómo brindar un abordaje comunitario en externos?, ¿hay que abrir el Hospital, sacarlo hacia afuera?, ¿tenemos que salir nosotros/as?, ¿cómo?

Lejos de intentar responder a las preguntas planteadas, en el siguiente apartado planeo reflexionar sobre mi corta experiencia en atención primaria, en un dispositivo de atención a personas que se encuentran en situación de consumo problemático. Considero que las líneas teóricas que delimitan las intervenciones en dicho dispositivo pueden ser útiles para pensar estrategias de atención en Salud Mental Comunitaria.

Centro de Salud

El Centro de Salud en el que realizo mi rotación por atención primaria se dedica a la atención ambulatoria de usuarios de sustancias psicoactivas y *“el trabajo con familiares, allegados y actores sociales que intervienen en la zona”* (Abramovici y otros. 2018:2). Gran parte de la población que asiste al Centro se encuentra atravesando situaciones de alta vulnerabilidad social, dando lugar a la atención de problemáticas tales como: situación de calle, problemáticas habitacionales, violencia de género, entre otras.

El mencionado dispositivo realiza su intervención desde la perspectiva de reducción de riesgos y daños. Siguiendo a Marlatt, *“el modelo de reducción del daño es una alternativa de salud pública, frente a los modelos “moralista-criminalista” y “de enfermedad” del consumo y adicción de drogas”* (Marlatt 1998: 31). Estos últimos modelos se caracterizan por posicionar la abstinencia como objetivo único de tratamiento, haciendo foco en la reducción de la oferta de drogas (modelo criminalista) y de la demanda (modelo de enfermedad). Ambos modelos ubican la problemática a intervenir en el nivel del sujeto: el primero por concebirlo como criminal y el segundo por considerarlo como enfermo. De forma contraria, la perspectiva de reducción de riesgos y daños *“desplaza la atención del consumo de drogas en sí mismo hacia las consecuencias o efectos de la conducta adictiva”* (Marlatt 1998: 32).

Al respecto, considero pertinente retomar la idea de “alternativa de salud pública” en la medida en que, desde sus inicios, se constituye como estrategia subalterna respecto a los modelos predominantes de tratamiento del consumo de sustancias. En este sentido -y en pos de introducir los interrogantes planteados en el apartado anterior-, ¿es posible concebir la estrategias de Salud Mental Comunitaria también como subalternas en relación al ya conocido y altamente analizado Modelo Médico Hegemónico²?, ¿qué implicancias tiene la subalternidad a la hora de pensar líneas de intervención concretas?, ¿es el carácter de subalterno lo que dificulta la instauración de estrategias comunitarias en salud mental?

Resulta necesario resaltar que el Centro de Salud en cuestión -en tanto dispositivo que atiende la

2 Modelo Médico Hegemónico: “conjunto de prácticas, saberes y teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalternas al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta lograr identificarse como la única forma de atender la enfermedad legitimada tanto por criterios científicos, como por el Estado”. (MENÉNDEZ; 1988:1).

problemática del consumo de sustancias desde una perspectiva de reducción de riesgos y daños-realiza su intervención en un barrio en donde mayoritariamente intervienen instituciones con perspectiva abstencionista, compartiendo el edificio con una de ellas y recibiendo usuarios que transitan por ambas. Lo mencionado permite pensar que el carácter subalterno de la perspectiva de reducción de riesgos y daños -así como el de Salud Mental Comunitaria- se traduce en el nivel de las políticas públicas en la medida en que el Estado, lejos de priorizar una línea de intervención, financia ambas (directa o indirectamente y en su mayoría con perspectiva abstencionista).

Si bien estos factores se constituyen como obstáculos concretos en la práctica cotidiana, derivados en su mayoría de las dificultades de articulación con otras instituciones barriales que atienden la problemática de consumo, varias son las estrategias desarrolladas por el equipo del Centro para dirigir su intervención desde la perspectiva de reducción de riesgos y daños.

Como se ha mencionado, las líneas de intervención que se desprenden de esta perspectiva apuntan al tratamiento de las distintas problemáticas que se derivan y/o entrecruzan con la situación de consumo, a partir de un abordaje comunitario. El mismo tiende a involucrar de manera activa no sólo a los usuarios sino también a las instituciones por las que transitan, al entorno familiar y a distintos actores del barrio. Al respecto, Galante plantea: *“la característica de la intervención comunitaria de los PDR [Programas de Reducción de Daños] consiste en desarrollar acciones no sólo con los usuarios de drogas, sino también con las instituciones que deben prestarle asistencia”* (Galante y otras 2009:114). Así mismo, las autoras reconocen como situación óptima aquella en la que los propios usuarios actúan como puente entre otros usuarios y los dispositivos de salud y asistencia.

Ante esto me interesa retomar una de las actividades realizadas por el equipo, denominada “las Ranchadas”, en la medida en que considero que las mismas constituyen un punto de entrada para pensar algunos de los interrogantes expuestos sobre las situaciones de Consultorios Externos. Las “Ranchadas” consisten en la salida del equipo -dos veces por semana- para recorrer el barrio en búsqueda de personas que se encuentran en situación de consumo y calle. Durante el contacto con esta población, se les brinda agua, preservativos, información sobre las actividades del Centro y asesoramiento respecto a distintas cuestiones expresadas por los sujetos.

Luego de los recorridos se realiza un registro interno de las personas contactadas. Muchas de estas personas son usuarios del Centro que, por encontrarse en situación de consumo, no asisten ese día al mismo. Así mismo, esta actividad permite el acercamiento de poblaciones que hasta el momento de la visita desconocían el dispositivo. Es usual que en las “Ranchadas” decidan sumarse usuarios que se encuentran en ese momento en el Centro de Salud o aporten información respecto a los lugares del barrio en los que han visualizado personas en situación de consumo y calle.

Si bien a simple vista la actividad de “las Ranchadas” aparenta un carácter espontáneo y sin objetivos definidos, a medida que fui participando en ellas pude dilucidar su riqueza, derivada de su capacidad de concretar varios de los lineamientos de la perspectiva de reducción de daños. En este sentido, considero que las “Ranchadas” no sólo facilitan el conocimiento del equipo sobre el territorio en el que intervienen sino que también permiten adentrarse en el mundo de significados que los usuarios construyen sobre ese territorio y las formas que tienen de habitarlo. Siguiendo a Galante:

“el trabajo en calle permite que los equipos de atención conozcan “en situación” a los usuarios y a la forma en que transitan por su comunidad y faciliten la construcción de nuevos canales de comunicación, ampliando las interacciones entre ellos y sus vecinos” (Galante y otros 2009: 120).

Retomo esta actividad, dado que la misma me ha permitido pensar sobre los interrogantes mencionados al inicio respecto a las dificultades evidenciadas en Consultorios Externos para el abordaje de las problemáticas de inserción/sociabilidad de las personas con padecimientos mentales. Lejos de considerar que “las Ranchadas” constituyen un dispositivo posible de ser trasladado para el tratamiento de esta problemática, entiendo necesario rescatar los lineamientos teóricos que lo guían. En este sentido, me pregunto: ¿es posible pensar actividades/dispositivos en el Servicio de Consultorios Externos que apunten a conocer y abordar los modos de circulación de los usuarios, las dificultades que la misma conlleva y sus respuestas para enfrentarlas? Considerando que la gran mayoría de las personas que se atienden en Consultorios Externos no se circunscriben al barrio en el que se encuentra el Hospital, ¿es posible delimitar estrategias comunitarias sin un territorio delimitado?

Reflexiones Finales

A lo largo de este ateneo fueron expuestas las dificultades evidenciadas en el trabajo en consultorio sobre aquellas situaciones que atañen a la relación con los usuarios y la comunidad. A partir de esto se delimitaron nuevos interrogantes que apuntan a repensar el dispositivo de Consultorios Externos, el cual -en tanto forma de tratamiento individual e intrahospitalaria- suele aparecer como inadecuado/insuficiente para el abordaje de las problemáticas planteadas.

Tanto los interrogantes planteados como la experiencia del Centro de Salud -en tanto dispositivo que realiza su atención desde la perspectiva de reducción de riesgos y daños- deben ser entendidos a la luz de la coyuntura actual, en la que distintos trabajadores/as del Hospital se encuentran repensando sus Servicios en relación a una posible “Refuncionalización”. Es el contexto actual el que da lugar a los interrogantes plasmados aquí, en la medida en que parte de ellos podrían ser fácilmente saldados con pautas institucionales, si no fuera porque estas últimas están siendo repensadas en la actualidad. Al respecto, en términos formales, el Hospital en cuestión -en tanto dispositivo de atención de Emergencias Psiquiátricas- postula como óptima atención aquella que no se extienda en el tiempo, estimando un periodo de tratamiento ambulatorio no mayor a seis meses. Por lo tanto, la pregunta respecto a si nuestra intervención en relación a la inclusión social de los usuarios debe depositarse por fuera de la institución y a través de derivaciones obtendría una respuesta afirmativa. Sin embargo, el campo se abre cuando evidenciamos como necesaria la creación de nuevas formas de abordar estas problemáticas que involucren estrategias de intervención en Salud Mental Comunitaria.

En este punto cobran lugar las preguntas acerca de cómo realizar estas estrategias. Lejos de intentar brindar una respuesta acabada, se han expuesto algunos lineamientos básicos de la perspectiva de reducción de riesgos y daños, reconociendo la potencialidad que dicha perspectiva posee de brindar herramientas para el abordaje del consumo problemático desde una perspectiva de Salud Comunitaria. Bajo esta línea, he rescatado la actividad de las “Ranchadas” por su carácter “espontáneo” o poco significativo a simple vista, pero con grandes resultados en lo que respecta al conocimiento de los usuarios, su territorio y sus formas de habitarlo.

Por último, entiendo que parte nodal de la mencionada perspectiva consiste en correr el foco de la situación de consumo para abordar las problemáticas que se derivan del mismo (o que lo han ocasionado) a partir de la construcción de espacios que favorezcan los procesos de salud-atención-enfermedad-cuidado. En este sentido, entiendo que el dispositivo de Consultorios Externos permite el abordaje de algunas problemáticas derivadas del padecimiento pero: ¿es necesario que avance hacia la construcción de espacios saludables y no sólo del tratamiento de problemáticas?, ¿cómo

abordar la restitución del lazo social poniendo el foco en la salud y no en el padecimiento?

Bibliografía

Abramovici y otros. Centro de Día “La Otra Base del Encuentro”: “Que se prenda el foquito”. Experiencia de Abordaje Territorial- I Jornadas Sobre Consumo Problemático de Sustancias. Políticas Públicas en Drogas y Alcohol, 2018.

Di Mare, L., Esquivel, A. “Salud Mental Comunitaria: Una aproximación al concepto desde las prácticas hospitalarias”, 2018

Galante, Araceli, Rossi, Diana, Goltzman, Paula y Pawlowicz, María Pía (2009). Programas de Reducción de Daños en el Escenario Actual. Un cambio de perspectiva. Revista Escenarios, (14) 113-121.

Marlatt, G. Allan. “Reducción del daño. Principios y estrategias básicas” en Reducción del daño: Estrategias pragmáticas para manejar comportamientos de riesgo elevado. Traducción: Genoveva Keeney Fernández. C.P.D de Cádiz, 1998

Menéndez E. L. “Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria” en Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires. 1988

Stolkiner, A. “De Interdisciplinas e indisciplinas” Publicado en: Elichiry, Nora, “El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio”. Bs As: Ed. Nueva Visión, 1987

Ley Nacional de Salud Mental, 2010. Y Decreto Reglamentario 603/2013