

REVISTA

SALUD MENTAL Y COMUNIDAD

Universidad Nacional de Lanús

Año 10 N° 15
Noviembre de 2023
ISSN 2250-5768

Departamento de Salud
Comunitaria

Centro de Salud
Mental Comunitaria
Dr. Mauricio Goldenberg

La intervención del trabajo social en un Dispositivo de Atención en Crisis

CORDERO, Micaela

Licenciada en Trabajo Social, Universidad Nacional de La Plata (UNLP). Trabajadora Social del Hospital Subzonal Especializado Neuropsiquiátrico Dr. Domingo J. Taraborelli en la ciudad de Necochea, Buenos Aires.

Contacto: micacordero@hotmail.com

Recibido: 28/06/2023; **Aceptado:** 02/10/2023

Cómo citar: Cordero, M. V. (2023). La intervención del trabajo social en Dispositivo de Atención en Crisis. *Revista Salud Mental y Comunidad*, (15), 122-129

Resumen

El presente escrito es el resultado final de diversas reflexiones acerca de mi rotación por el Servicio de Atención en Crisis (SAC) -o bien denominado “agudos” por parte de los profesionales del espacio- de la institución, la cual se desarrolló durante los meses febrero-agosto del año 2022. El objetivo del mismo es problematizar el dispositivo en sí mismo y la pertinencia de la intervención de trabajo social. Dicha rotación se encuentra enmarcada en la currícula de la residencia en trabajo social del Hospital Subzonal Especializado Dr. Domingo J. Taraborelli, en la localidad de Necochea, Buenos Aires, Argentina.

Palabras Claves: salud mental - trabajo social urgencias

The intervention of social work in Crisis Care Device

Abstract

This writing is the final result of various reflections about my rotation by the Crisis Care Service -or well called "acute" by the professionals of the device- of the institution; which took place during the months of February-August of the current year. Its objective is to problematize the device itself and the relevance of the social work intervention. Said rotation is framed in the curriculum of the residence in social work of the Hospital Subzonal Specialized Dr. Domingo Taraborelli in the town of Necochea, Buenos Aires, Argentina.

Keywords: mental health - social work - emergencias

Urgencias

En primera instancia me parece necesario situar que el dispositivo se encuentra dentro del Servicio de Internación. El equipo se encuentra conformado por diferentes disciplinas: psiquiatría, terapia ocupacional, psicología y trabajo social. El cotidiano del dispositivo se organiza en dos reuniones semanales los días martes y jueves. Las mismas se desarrollan a modo de pase de sala con las historias clínicas (HC) a mano, donde además, se toman decisiones con respecto a las líneas de intervención en relación al tratamiento de las personas internadas, y cuestiones que tienen estrecha relación

con el cotidiano institucional (habilitación de visitas, llamados, permisos). En esos mismos días, luego de la reunión, se realizan entrevistas a "familiares". El resto de los días de la semana se evalúa de manera individual a las personas internadas.

El ingreso al SAC es mediante la internación a través de la guardia, cabe aclarar que hasta el momento sólo existe de psicología y psiquiatría. Según les psi (psicología y psiquiatría), el servicio debe trabajar la situación de crisis psicótica aguda -lo urgente-, lo cual quiere decir que se trabaja bajo la lógica del modelo médico hegemónico, donde reina el cuadro clínico sobre todo lo demás. Cuando hablamos de urgencias terminamos relacionándola con una diversidad de problemáticas: económicas, amorosas, sociales. Sin embargo, en salud se habla de urgencia médica donde "lo que está en juego es del orden del cuerpo, está en juego el riesgo máximo, el riesgo de vida, urgencia o emergencia es una distinción que los emergentólogos deben realizar para decidir y orientar una demanda" (Korinfeld, 2017; p. 2).

En el campo de la salud mental se habla de "urgencia subjetiva" y lo que se entiende por la misma, tanto en el dispositivo de Agudos como de Guardia, refiere a aquellos estados de excitación psicomotriz, de angustia, estados de ansiedad, distintos tipos de padecimiento extremo, situaciones vinculadas con violencias que requieren una atención inmediata. En estos espacios

poco se habla (o se piensa) en otros tipos de urgencias atravesadas por los determinantes sociales de la vida y, por ende, de la salud. En esta línea, la Organización Mundial de la Salud (OMS) postula que una urgencia social es “la aparición en cualquier lugar y actividad de un problema de causa diversa variable que genera la conciencia y una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o su familia”. Llegué a la conclusión de que dentro de este dispositivo se entiende a la salud desde una mirada totalmente médica, fragmentando así al sujeto, por ende, no se comprende a la misma desde la integralidad. La categorización que se genera es el mal denominado “paciente social” *versus* el “paciente agudo”. Esta fragmentación de las situaciones genera una contradicción inherente en este dispositivo: “los tiempos sociales” y los tiempos institucionales de Agudos -lo que mayormente se denomina cama caliente-, ya que los primeros no siguen la misma lógica ni las reglas de éstos últimos. En el primer momento de la internación lo que se plantea es esperar “los tiempos de los fármacos”, pero cuando los mismos cumplen con su cometido, no suelen ser tan flexibles con los tiempos que engloban bajo la órbita de “lo social”.

Es necesario pensar cómo intervenimos en estos procesos de externación, para que sean sustentables y sostenidos en el tiempo; sino, en consecuencia, sin ser conscientes de ello, el servicio termina funcionando a

modo de “puerta giratoria”. Así el “giro cama” atraviesa cualquier intervención en este dispositivo. Tal como plantea una compañera residente en su informe de rotación: “una externación que no es sustentable es lisa y llanamente una expulsión”.¹ En este sentido, Paula Retamal (2013) refiere que las personas que han transitado por neuropsiquiátricos evidencian una subjetividad modelada por la lógica asilar, que termina siendo reforzada por un afuera expulsivo. Para estas personas el hospital es sinónimo de cama, comida, espacio fijo. Ciertamente, todo eso estabiliza el psiquismo de cualquier ser humano.

¿Se puede llegar a pensar que se trabajan verdaderamente procesos de externación? Pienso que si bien el servicio recibe esa demanda, no logra alojarla efectivamente. Y si cerramos la puerta a la persona o la expulsamos, retornará ingresando por la ventana: no hay manera de evitarlo. Si no le damos un lugar, un espacio de trabajo, un tratamiento, un sostenimiento, una manera de acompañar, lo que se expulsa retornará intensificado.

Interdisciplina

En consonancia, las intervenciones terminan siendo recortadas, fragmentadas, ahistóricas, descontextualizadas, debido a que tenemos diversas formas de comprender la salud. Sin embargo, para no caer en una

visión negativista de la interdisciplina, con discursos tales como: “hay cosas más importantes que resolver antes” o “estamos lejos de la interdisciplina”, que se expresa en un “no hacerse cargo” (de que la interdisciplina comienza con la actuación de cada profesional) y en una “falta de responsabilidad”.

Pienso que el no trabajo interdisciplinario en la institución tiene que ver principalmente con dos cuestiones estrechamente vinculadas: una, la definición de salud mental -y por ende de la visión que se tiene del sujeto con el cual se va a trabajar-. Esto se visualiza en las diversas formas de denominar a las personas. Las profesiones psi (de psicología y psiquiatría) utilizan la nominación “paciente”. Muchos otros profesionales eligen “usuaria”. Según el diccionario, “paciente” es definido como persona que sufre una enfermedad. De acuerdo a esta nominación, “paciente” se relaciona con un recorte de la multidimensionalidad del sujeto. Una misma persona se inscribe en un conjunto de tramas en las cuales siempre se vincula con una u otra que nombra, desarrolla acciones, sostiene discursos, se construye en torno a este otro.

En el hospital se denomina paciente - caso - loco - border - alcohólico - psicótico - débil - perverso - histórica, entre otras denominaciones. En los juzgados, inhabilitados/insanos; y así en diversas instituciones. De esta forma se puede visualizar un transitar de estas

personas por varias nominaciones inhabilitantes, mutilantes, desubjetivantes, cosificadoras. Ya no es “Juan”. Es el paciente, el inválido, el inhabilitado. Puede ser una y todas a la vez. Coherentes y contradictorias. Eso queda plasmado en el registro de la HC. Desde mi posición como profesional no utilicé el concepto paciente o usuaria, sino que coloqué el nombre de la persona. En una de las reuniones, una profesional del equipo lee la HC de un paciente y en la evolución de una compañera se lee el nombre de la persona. Le preguntó: “¿quién es x?”. La compañera terapeuta responde: “es el paciente”. Este punto es crucial, ya que despersonalizan tanto la intervención que nos olvidamos de que detrás de un caso/diagnóstico hay una persona. “Allí donde hay algo más que un cuerpo enfermo, un número de cama, un caso psiquiátrico, hay un sujeto a ser escuchado en clave social” (Carballeda, 2012, p. 9).

También entran en juego los roles instituidos de las diversas disciplinas donde entran en juego las relaciones de poder, asimetrías y egos profesionales, lo cual afecta directamente al trabajo con otros. En esta línea, se agrega que el resto de las disciplinas no logran visualizar su intervención más allá de lo que ellas consideran como incumbencias profesionales. Lo que termina sucediendo en el hospital cuando se clasifica en “pacientes agudos o sociales”, es que estos últimos terminan relegados exclusivamente a las intervenciones de las

profesiones “sociales”. ¿Cómo pensar en intervenciones interdisciplinarias si no existe apertura para escucharlos, si no se detienen a pensar qué puede hacer el otro?

Frente a esta situación... ¿dónde nos encontramos como trabajo social? ¿Cómo me posiciono en particular? En primera instancia señalar lo que Oliva (2011) plantea acerca de las tres funciones del trabajo social: asistencia-gestión-educación. Estos pilares nos guían para definirnos como profesión y para ser conscientes de nuestros aportes específicos en la búsqueda de la autonomía profesional y de la valoración del rol por parte de otras profesiones. Desde el trabajo social se plantea que las demandas se construyen, en gran parte por lo que la gente con quienes intervenimos espera de nosotros. Entonces, ¿qué esperan las personas de nosotros? ¿Cuáles son las demandas que llegan en agudos? Parafraseando a Karsz (2006, p. 21) cuando se interroga por aquello que la gente pide al Trabajo Social: ¡todo! La demanda es desmesurada por definición, se articula con el deseo, y un deseo razonable no es un deseo, es una necesidad. Es necesario repensar la demanda, el deseo y la necesidad, para determinar a qué de todo eso venimos respondiendo.

Pude observar que existe un imaginario social profesional que vincula al trabajo social con la subsidiariedad, lo asistencial, lo social, sin una definición concreta más que “todo lo que no sea de otras disciplinas”, sobre

todo en estas instituciones de salud donde predomina un discurso médico hegemónico.

Entorno – Red de apoyos

Quisiera agregar que una intervención central en este dispositivo es con la red de apoyos que va a sostener y generar una externación sustentable. Esto va a depender del grado de apoyos que requiera la persona. Cuando ya no es posible retomar las actividades previas de manera autónoma, ¿quiénes, dónde y cómo brindarán los cuidados y apoyo requeridos?

En este punto, lo que se observa en salud mental es que muchas veces surgen conflictos en los vínculos afectivos, y cuando suceden las internaciones, en las entrevistas a las respectivas familias transmiten mucho sufrimiento. Muchos de ellos se lamentan “no haberse dado cuenta antes”; otros, que se encuentran cansados por lo que implica el cuidado de ese familiar (en los casos que no son primeras internaciones); y también sucede lo que Peusner y Lutereau denomina como “lógica del *service* de la computadora”, donde a las familias “no les interesa saber qué le pasa, cuál es la causa de sus problemas [...] vienen a vernos desde un lugar de saber: saben lo que está pasando, no plantean ninguna pregunta, saben que su familiar no funciona” (2013, p. 7). Es por esto que se debe remarcar y trabajar en las expectativas que tienen esas familias con respecto a su

familiar, poder orientarlos en esas entrevistas, para que estas personas, cuando vuelvan a su entorno sea lo más ameno para todos.

Sin embargo, una de las limitaciones en el abordaje vincular es cuando no hay referentes, ni ningún circuito instalado con otras instituciones; ya sea porque los lazos con los mismos se han agotado, no cuenta con una red “potable” que pueda acompañarle o simplemente no existe. En ese momento es donde se debe pensar otras alternativas de apoyos posibles, en este caso puede ser la articulación con otras instituciones y/o dispositivos del Hospital.

Algo a señalar en las intervenciones con referentes vinculares tiene que ver con las concepciones que uno tiene de los mismos: ¿qué concepciones de familia tenemos? ¿Qué tanta responsabilidad delegamos en estos actores? ¿Estamos acompañando o direccionando prácticas moralizantes?

Acompañar(nos)

Como ya mencioné anteriormente, las instituciones -y en consecuencia, los actores que se encuentran en ella- operan sobre diversas formas de subjetivación; es decir, que quienes trabajamos en salud mental no trabajamos con un sujeto ya producido, acabado, sino que somos actores que producen marcas en esas subjetividades, a la vez que en esa relación se modifica la pro-

pia. Es así que el paso de las personas por el hospital neuropsiquiátrico deja marcas en su subjetividad, en su historia de vida, en sus vínculos; es por eso que se debe repensar acerca de nuestro accionar en esas situaciones. ¿Qué logramos vehicular? ¿Qué cosas dejamos pasar? ¿Cómo nos afecta a nosotros?

Pienso en lo que cada uno espera de las intervenciones, de los sujetos con los que trabajamos, qué esperamos de la institución, incluso de nuestros compañeros y colegas ¿Esperamos algo más de lo que ya sabemos que hay? Reflexiono y retomo las palabras de Korinfeld:

El valor terapéutico de enfermar, el momento agudo que sin dudas conlleva riesgo y peligros pero que al mismo tiempo guarda un potencial de transformación [...] Saber acompañar a un ser en su desamparo también es generar dispositivos en las instituciones capaces de dar cauce a esa disposición de los practicantes del oficio para alojar el padecimiento del otro. (Korinfeld, 2017, p. 7).

El dispositivo de Agudos, si bien puede presentar todas estas dificultades que he estado desmenuzando; pienso que el potencial transformador se encuentra en las personas que habitamos el espacio desde otro lugar, con otra mirada y, sobretodo, en el encuentro de nosotros y con otros; de saber acompañar a las personas

en este proceso determinado de su vida. Está claro que en primera instancia debemos superar estas visiones fragmentadas y pensar en sujetos socio-subjetivamente atravesados. Para pensar en la posibilidad de un trabajo interdisciplinario -o incluso considero como profesional comenzar a plantear otras alternativas como la transdisciplinariedad- es necesario situar nuestra intervención profesional; esto es: analizar el contexto político actual, conocer las políticas públicas respecto a la temática, en qué institución nos encontramos y cómo es su historia, la localidad en la que se encuentra la misma, lo instituido de cada disciplina en cuanto a los roles que se deben ocupar y les sujetos que transitan dicho lugar.

Para ir finalizando, el tránsito por este dispositivo te hace reflexionar todo el tiempo -y sobre todo lo que (te) sucede-. “Agudos” es de esos espacios que a uno le genera mucha frustración e incomodidad a nivel profesional y personal. En el primer caso debido a las complejidades de las situaciones que se presentan y el tiempo acotado de las intervenciones, que no es el mismo que otros espacios del Hospital, mencionando también las particularidades de la dinámica grupal que se generan. En cuanto al nivel personal, considero que uno deja mucho en esos espacios que exigen un doble compromiso para hacer que funcionen -¿o nos funcionan?-. En lo particular, a pesar de que me fui preparando para mi ingreso, creo que uno nunca sabe con lo que

se va a encontrar y mucho menos de cómo se lo va a enfrentar. Hoy me posiciono de una manera más fuerte y segura en cuanto a mi intervención. Igualmente, para las que quedan y las que van a venir -como me aconsejaron en su momento-: elijan las batallas que quieran y puedan luchar. Puede llevar tiempo, pero la batalla no está perdida.

Bibliografía

Carballeda, A. (2012), La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas. *Margen*, (65). 1-13.

Karsz, S. (2006). Pero ¿qué es el trabajo social?. *La investigación en Trabajo Social. Volumen V, Publicaciones post Jornadas. Paraná, Facultad de Trabajo Social-UNER*. 9- 28.

Korinfeld, D. (2017). Urgencias subjetivas de niños y adolescentes: ¿estamos preparados? Un enfoque desde la salud mental comunitaria, en A. Kaplan y M. Sanmartín (comps.) *Niños dispersos, aburridos, solos. Nuevos contextos. El rol adulto hoy*, Noveduc.

Oliva, A. y Mallardi, M. (2011). *Aportes tácticos-operativos a los procesos de intervención de trabajo social*. Consejo editor UNCPBA.

Peusner, P. y Lutereau L. (2013). *¿Quién teme a lo infantil? La formación del psicoanalista en la clínica con niños*. Letra Viva.

Retamal, P. (30 y 31 de mayo del 2013). *Salud mental: Aportes para pensar la inclusión social a partir de las prácticas profesionales en guardia hospitalaria*. [Trabajo Presentado]. V Encuentro Internacional de Políticas Públicas y Trabajo Social: debates en torno a la construcción de institucionalidad. Facultad de Ciencias Sociales UBA. Carrera de Trabajo Social.

Notas

1. Sólo se hará mención de los dichos, sin dar nombres específicos, para preservar su anonimato, debido al pedido de la misma.

