

El Trabajo Social en el Pasillo Psiquiátrico. Una exploración de la dimensión clínica de la intervención profesional.

Estudiante: Vallés, Aldana Nerina

Legajo: V-1042/1

Director: Lic. en Trabajo Social; Bertagni, José Javier.

ÍNDICE:	
Agradecimientos	p.2
Introducción	p.3
<u>Capítulo 1:</u>	p.7
Campo: Salud Mental.	p.7
La locura ayer y hoy: convivencia entre paradigmas.	p.8
Dimensión Legal del Campo	p.10
¿Hablamos de pacientes o usuaries?	p.13
<u>Capítulo 2:</u>	p.16
Centro Regional de Salud Mental	p.16
Proceso de intervención de les padecientes	p.17
“El Suipacha” o “El Agudo Ávila”	p.21
Guardia, internación, consultorio externo: ¿Tres hospitales en uno?	p.23
Nuestras experiencias, lo profesional y lo personal: cercanía óptima	p.28
<u>Capítulo 3:</u>	p.32
Trabajo Social de Casos y su relación con la actualidad	p.32
La dimensión clínica de la intervención profesional	p.36
Áreas de competencia y finalidad de la dimensión clínica de la intervención	p.39
<u>Capítulo 4:</u>	p.42
El Pasillo Psiquiátrico y las crisis subjetivas que aloja	p.42
¿El Trabajo Social cumple una función terapéutica?	p.43
El Trabajo Social el “héroe” del padeciente	p.47
Conclusiones y desafíos profesionales y sociales	p.50
Propuesta: “Dispositivo Clínico Comunitario”	p.54
<u>Bibliografía</u>	p.57

Agradecimientos

*“Sentir que lo más preciado,
es amar y ser amado.
El resto, llega, llega, llega”
Llega, llega, llega - El Plan de la Mariposa.*

A mi familia, quienes siempre me apoyaron y acompañaron durante todo estos años. A mi familia que me inculcó ser tan perseverante y luchadora por todo lo que deseo conseguir en la vida; esta es la primera de mis mayores grandes victorias, y se la dedico más que nada a ustedes.

También agradecerles al resto de mi familia que es la más unida y hermosa del mundo. Les amo a todes un montón.

A mis amigas de la secundaria que me soportaron en cada crisis y siguieron conmigo hasta acá: Mailén y Magalí. Las amo, hermanas.

A mis amigas de militancia que me siguen acompañando hasta acá que me formaron como militante y me convertiré gracias a eso en una mejor profesional. A Fede, por soportar cada llanto y formarme como militante, a Tefi por acompañarme en cada momento y hacerme la hermosa tapa de este libro, a Gasti por compartir tantos años de pasillo universitario y conducir junto a mí un grupo.

A mis amigas de la fcpolit, a mi primer amiga, Agustina que me acompañó en cada paso y yo a ella, aprendimos a estudiar juntas, rendimos 20 finales juntas y nunca dejamos que la otra se rinda en el transcurso; a Victoria, mi segunda amiga y hermana, por compartir cada día de cursada, cada debate, cada momento bueno y difícil y sobretodo compartir junto a mí la lucha feminista. Las adoro siempre.

A mis amigas de las prácticas, Franco, María y Lila que les conocía de antes pero el Agudo nos unió para no separarnos, formando así una amistad enorme. A mis amigas que se fueron uniendo luego en el camino, Naylea, Giuliana, Alfonsina, las quiero un montón.

A mi director, José, que siempre me acompañó en cada momento desde que me conoció en el Pasillo Psiquiátrico, resolvió todas mis dudas e inquietudes sobre el hospital y luego me dejó terminar la carrera de su mano. Gracias José por estar siempre dispuesto a escucharme, en lo profesional y lo personal, gracias por confiar siempre en mí y transmitirme tanto conocimiento. Te aprecio un montón.

Al resto del equipo profesional del Tránsito que me convirtieron en parte del mismo sin dudarlos aunque no tuviese la misma experiencia que ellos.

A mis docentes que siempre sirvieron para darnos una educación pública de calidad y excelencia.

A la FCPOLIT donde no sólo estudié, sino también milité, luché, lloré, reí y hasta dormí. Es mi segunda casa y siempre la veré con cariño; la abrazo con todo mi corazón.

UNIVERSIDAD PÚBLICA SIEMPRE.

“Ser universitario más que un privilegio es un deber de compromiso con el pueblo para devolver parte de lo que la Nación y la Patria nos dieron” - CFK

Introducción

Esta Tesina de Grado está enmarcada en mis prácticas preprofesionales realizadas en la Guardia/Tránsito del CRSM Dr. Agudo Ávila llevadas a cabo desde el año 2017 al 2019; decidí tomar ésta parte de mi recorrido académico, no sólo porque en el tránsito sobre el Tránsito me cuestioné y reflexioné constantemente, cumplí mis horas de práctica, entablé relaciones con pacientes y profesionales, sino también porque me quedé con muchos interrogantes que hoy intento resolver para darle el broche de oro al fin de mi carrera.

Para comenzar a introducirnos en esta tesina, “El Trabajo Social en el Pasillo Psiquiátrico. Una exploración a la dimensión clínica de la intervención profesional”, primero es necesario explicar el por qué de llamar “Pasillo Psiquiátrico” a la Guardia del CRSM Dr. Agudo Ávila, le llamo Pasillo porque el espacio físico de la Guardia/Tránsito, ubicada en Santa Fe 2930, es un pasillo largo, oscuro, frío, donde las personas están allí son pacientes psiquiátricos, siempre me pareció una buena analogía llamarlo de esa manera, porque si bien es una guardia de un hospital público provincial, no se asemeja demasiado a lo que es una guardia general de cualquier otro. Siempre lo llamé así, porque a mí siempre me ha gustado escribir en mi blog (público) anécdotas sobre el lugar y para no exponer pacientes, profesionales o la misma institución le coloqué un nombre no levantara “sospechas”. Lo llamo así de una manera tanto cariñosa como crítica, cariñosa porque me llevo muchas anécdotas buenas y malas en mi corazón y mi memoria, y crítica porque considero que así como existía en ese momento no puede existir más.

El rol del Trabajo Social en Salud Mental a lo largo de la historia, ha ido cambiando en muchas ocasiones, al principio participamos como un “Servicio de Trabajo Social” donde llegaban los casos “sociales”, ¿qué es un caso social?, estas intervenciones finalizaban siendo asistenciales.

Con la Ley 26.657 nos unimos a los equipos interdisciplinarios, allí nuestro rol comienza a desdibujarse, trabajar a la par con psicología, psiquiatría y enfermería hizo que la especificidad del Trabajo Social no pueda verse con mayor claridad. Entonces, me llevó a la pregunta, cuál es nuestro rol como trabajadores sociales en Salud Mental, cuál es nuestra intervención específica como trabajadores sociales en Salud Mental, en la guardia del CRSM Dr. Agudo Ávila.

A lo largo de mis prácticas fui notando muchas particularidades del Trabajo Social con respecto al equipo interdisciplinario. Considero que el tratamiento tiene cuatro “patas” en este sector, una es la terapia psicológica, otra los psicofármacos, el descanso y por último la contención; y allí es donde solemos jugar, en palabras de Bourdieu. La contención es el sostén del usuario, cuando logra le mismo abrirse a su dolor, a su padecer. La misma está compuesta por la familia, los/las compañeros de internación y por el equipo interdisciplinario. Los trabajadores sociales buscarán volver a vincular (en lo posible) a ese usuario con su familia o amistades, ya que entienden que su participación en los procesos de internación y externación es necesaria para su mejor viabilidad; muchas veces nos enfrentamos con familias continentales que acompañan a la persona durante todo su tránsito sobre el Tránsito (valga la redundancia). Siempre trabajamos con las familias, realizando las entrevistas familiares para conocer la historia de la persona que se encuentra internada, intentamos que se sienta sostenido por el equipo y la familia, y sobretodo cumplen un papel muy importante en los permisos terapéuticos, ya que no pueden irse sin algún familiar/amigo, y tampoco pueden volver a la institución solos. Cuando la familia se hace trizas, el mecanismo del tratamiento cambia, no tarda en introducirse toda una serie de dispositivos disciplinarios que buscan sustituir a la familia, reconstruirla y permitirá a la vez prescindir de ella.

Otro aspecto importante de la contención la cual tomamos es la escucha, desde el Trabajo Social se escuchan cosas que la Psicología o la Psiquiatría no sabe oír. Oímos entre palabras problemas habitacionales, relacionales, sociales, conflictos barriales, y profundizamos la entrevista desde allí. Por último y no menos importante que es parte de la contención es el cuidado del paciente, este cuidado abarca muchas partes de la vida de la persona, pero desde el Trabajo Social nos centramos en que se cumplan todos los derechos del mismo, sobretodo el derecho a la asistencia. Se le informa al usuario cuáles son sus derechos, opciones y alternativas para escoger a la hora de encontrarse estabilizado. Al ser el Agudo Ávila una institución de tercer nivel, es bastante complicado gestionar diferentes políticas sociales, teniendo como agravante encontrarnos en el contexto de una guardia, donde solo se atiende la urgencia y el estadío de los usuarios suele ser muy breve para trabajar en profundidad ciertas políticas o gestiones sociales. En muchas situaciones se comienza el trámite para empezar a trabajar con las mismas, y luego la situación la sigue el Centro de Salud de georreferencia del mismo o en su

defecto continúa a su internación en el Pabellón y se profundizan las situaciones desde allí.

Buscaré, entonces, analizar desde las intervenciones que han realizado mis tutores a lo largo de mis prácticas, desde mi cuaderno de campo y entrevistas semiestructuradas, la dimensión clínica del proceso de intervención del Trabajo Social en un equipo interdisciplinario del Servicio de Guardia del CRSM. Dr. Agudo Ávila.

Realizaré una breve historización de las instituciones totales en el campo de Salud Mental, describiré la estructura y el proceso de atención del servicio de guardia durante el período 2017-2019. En este trabajo se utilizarán técnicas metodológicas cualitativas como: - Análisis documental: material bibliográfico de la currícula de grado y otras exploraciones afines al campo y a mi experiencia en las prácticas preprofesionales; normativas, legislaciones, documentos institucionales; - Análisis de mi cuaderno de campo realizado durante mis prácticas preprofesionales; - Observación participante en el marco de mi experiencia de práctica preprofesional; - Entrevistas semiestructuradas a mis tutores académicos y a otros participantes del equipo interdisciplinario.

En el capítulo 1, primero hago un recorrido sobre el campo Salud Mental, los paradigmas que se encuentran en vigencia, describiendo el modelo médico hegemónico y la salud colectiva; luego detallo la dimensión legal que lo enmarca, y por último intenté llamar a la población intervenida con un nuevo concepto, “padeciente” ya que creo que ninguno de los dos hegemónicos, “paciente” y “usuaria”, se amoldan a la realidad de las personas que viven allí.

En el segundo capítulo realicé una descripción edilicia del CRSM Dr. Agudo Ávila, de sus procesos de atención, describo los sectores que lo componen: Guardia, Pabellón/internación y Consultorio Externo, la diferencia imaginaria colectiva de la comunidad entre “El Suipacha”, haciendo referencia a los pabellones y consultorio externo; y “El Agudo Ávila” siendo el mismo la guardia y el tránsito.

En el capítulo 3, primero hago un desarrollo sobre la historia del Trabajo Social, específicamente en el Trabajo Social de Casos de Mary Richmond, luego detallo de qué se trata la dimensión clínica de la intervención profesional y cuáles son sus áreas de competencia y finalidades.

En el cuarto y último capítulo relato cuales son las crisis subjetivas urgentes que aloja el Pasillo Psiquiátrico, luego me pregunto si el Trabajo Social cumple una

función terapéutica, y lo finalizo hablando de la subjetividad heroica que nos atraviesa como colectivo profesional; con todo lo detallado llego a las conclusiones que son desafíos profesionales y sociales para derribar la estructura manicomial y traigo una propuesta alternativa de la misma que realicé durante mi último año de prácticas, es una propuesta para el servicio de Guardia/Tránsito, recuperando la experiencia de la participación del armado de un proyecto de Extensión Universitaria que fue presentado y aprobado en el año 2019.

CAPÍTULO 1

Campo: Salud Mental

Tomando el libro de Bourdieu y Wacquant, “Una invitación a la sociología reflexiva”, consideramos que el campo es una construcción analítica para poder explicar, comprender como vive un determinado modelo de sociedad, estos campos funcionan porque tienen un objetivo y están compuestos por distintos factores con distintos atributos. *“Un campo puede ser definido como una red o una configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Estas posiciones están objetivamente definidas, en su existencia y en las determinaciones que imponen sobre sus ocupantes, agentes o instituciones, por su situación presente y potencial en la estructura de distribución de especies del poder (o capital) cuya posesión ordena el acceso a ventajas específicas que están en juego en el campo, así como por la relación objetiva con otras posiciones (dominación, subordinación, homología, etcétera)”*. (Bourdieu y Wacquant, 2005, p.150)

Un campo es un espacio estructurado de posiciones que ocupan agentes e instituciones, que se encuentran en lucha, disputa, tensión constante. El lenguaje y los distintos discursos que se arman en base a este, dan la disputa, demuestran posiciones, valores, e intervienen en el juego de poder, así hablar de “alienade”, de “paciente” o de “usuarie” genera un cambio en la forma de concebir al sujeto (de la Salud Mental). Cada actor tiene una composición capital (cultural, social, simbólico, económico) que pone en juego frente a otros actores para imponer su idea de verdad. Quién domina el juego, al dominar situacionalmente en la distribución de especies de poder (el cual “está en todas partes”), impone lo que concibe como verdad.

Dada la definición de campo, según Bourdieu, podemos decir que la Salud Mental es un Campo donde los agentes son: Estado en sus tres niveles y poderes; jueces y juezas; trabajadores sociales; abogades; psicólogos; acompañantes terapéuticos; psiquiatras; enfermeras; médique; usuaries y pacientes (más adelante explicaremos por qué hago esta distinción). Estos agentes ocupan diferentes posiciones dentro del campo y están dotados por un Habitus *“conjunto de creencias, una forma de subjetividad que tejen los agentes dentro de un campo... sistema de disposiciones adquiridas por medio del aprendizaje implícito e explícito...”* (Bourdieu,

Wacquant, 2005, p. 150). Cada agente tiene un conocimiento, percepción, interpretación, prácticas conscientes e inconscientes; estos se encuentran regidos por reglas y luchan en el campo por la apropiación de un capital generado por el mismo campo.

La locura ayer y hoy: convivencia entre paradigmas.

Dentro de “Salud Mental” existen luchas, disputas, tensiones, contradicciones entre los distintos paradigmas que fueron hegemonizando el mismo. En el sentido de Kuhn (1977), paradigma es la ciencia dominante en un momento dado, es decir es la cosmovisión teórica que adopta hegemonícamente la comunidad científica para el estudio de las ciencias. Por lo cual existe un paradigma dominante que no impide que coexistan otros, pero sí que tiende a obturarlos, deslegitimándolos. Nosotros creemos que no sólo coexisten paradigmas, sino que conviven en relaciones complejas de tensión, disputa, lucha, pero también de intercambio y retroalimentación. En Salud Mental nos encontramos en una disputa constante entre un paradigma manicomial, perteneciente a un Modelo Médico Hegemónico (MMH) de Salud, con uno desmanicomializador perteneciente a un Modelo Social comunitario de Salud. Como no concebimos linealmente, unidireccionalmente la historia, observamos que estos paradigmas conviven, tensionan e intercambian. Así, hoy día no podemos hablar de la no existencia de lógicas manicomiales de encierro, ya que estas siguen persistiendo tomando diferentes formas, al situarse en otro contexto histórico y al convivir, cada vez con menos hegemonía, con el paradigma Social de la Salud.

Para dar cuenta del Modelo Médico Hegemónico tomamos la siguiente definición: *“Por MMH entiendo el 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, 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 [...] Los principales rasgos estructurales son: biologismo, individualismo, ahistoricidad, asociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor,*

legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico." (Menéndez, 1988, p.1-2)

A partir del siglo XVIII, con el nacimiento de la psiquiatría, cambia la concepción que se tenía sobre los trastornos mentales dando lugar a la internación prolongada de los "enfermos"¹ en hospitales; dichos hospitales irían configurándose como la institución psiquiátrica predominante, el manicomio. Un espacio de encierro donde la locura se ocultaba, se debía apartar de lo "normal", se "contenía" para dar un orden al sistema social ajeno a la locura. Sus respectivas características, como puertas cerradas; celdas, pabellones, altos muros, causaron una escisión en la relación del/la interno/a con el medio social, produciéndose así estigmas y prejuicios para con las respectivas instituciones y los sujetos. *"El manicomio se constituye como un dispositivo disciplinar del Estado, para dar una respuesta científica como moralmente adecuada e institucionalmente organizada a la presencia social de la locura"*. (Amico, 2005, p. 26-27).

Avanzando en el proceso histórico de la humanidad y con especial énfasis en la postguerra (1945), gran parte del mundo comienza a reflexionar sobre la dignidad de la vida y los derechos del ser humano debido al arrasamiento bélico y la destrucción cultural, material, simbólica, subjetiva, social, económica que significó el período de guerra. Las reflexiones y cuestionamientos llevan a repensar teorías y prácticas al interior de las disciplinas y ciencias (incluidas entre todas ellas la medicina y las ciencias sociales). Surgen así tratados mundiales basados en principios éticos sobre la vida humana y los Derechos Humanos; las "Ciencias Sociales" comienzan a ganar espacios en la disputa con la marcada hegemonía de las "Ciencias Naturales" y todos estos movimientos traen consecuencias sobre el cotidiano de instituciones, sociedades, individuos.

El aislamiento carcelario que significaba el manicomio comienza a ser cuestionado, también entre otros factores, debido al exceso de demanda que sufrían estos hospitales producto de la gran crisis subjetiva que generó la guerra sobre la psique de gran parte de la población mundial. La combinación de repensar las instituciones junto con los derechos humanos, lleva a reconfigurar al sujeto de la

¹ Este término comienza a ser utilizado producto de la dominante intervención de la medicina sobre la locura, así locura es concebida como una potencial enfermedad curable por especialistas (psiquiatras). La solución a esta condición enferma se encontraría mediante el estudio sobre los cuerpos, dejando de lado su condición de persona situada con sus respectivas singularidades.

Salud Mental y a poner énfasis en su condición de ser humano poseedor de derechos, situado en un contexto singular e histórico; y no en la “enfermedad” de la cual sería portador/a. Comienza a generarse una tendencia constante (no absoluta y de a momentos oscilante) hacia la conformación e implementación de un Modelo Social de Salud, orientado hacia al abandono de viejas prácticas características de la predominancia de la medicina y la psiquiatría en un Modelo Médico Hegemónico de la Salud.

Hoy la disputa que se da dentro del campo se visualiza en oposición a este paradigma de la mano de una nueva concepción de la Salud que a diferencia del MMH, no es individualista, rescata posiciones antes despreciadas y construye nuevas encaminadas a un abordaje integral de las situaciones que atraviesan los sujetos, intentando dar cuenta de la totalidad en la que se desarrollan estas. El campo Salud Mental, inscripto en este modelo, no es pensado fragmentariamente de la Salud, es decir como un sector especializado en la sanación de un área determinada del cuerpo del sujeto, su mente.

“La salud colectiva es más bien un campo interdisciplinario de abordaje de los problemas estructurales e individuales relativos a la salud. De esta manera decimos que la salud mental colectiva puede pensarse desde ese esfuerzo por una permeabilidad que nos acerque a la construcción participativa, colectiva, de la aflicción. Hablamos de una porosidad o condición de permeabilidad asumible como posición dispuesta a la coalescencia, a fundirse “en” y “con” otros marcos de aproximación y referencia en favor de la generación de un contexto de posibles desde donde construir colectivamente los itinerarios para la recuperación. La salud mental colectiva emerge aquí como la necesidad de crear una estructura enunciativa, un marco de articulación sensible para sostener lo común en el campo de la salud. Hablamos de articular el abordaje desde un posicionamiento etnográfico atento al pluralismo epistémico que devuelva a los procesos de salud, enfermedad y atención su evidente multidimensionalidad.” (Martínez-Hernández, Correa-Urquiza, 2017, p. 276)

Dimensión Legal del Campo

Esta dimensión de análisis se encuentra regida por los tratados internacionales de Salud Mental: Declaración de Caracas, Brasilia y ONU. Ellos

nacen en la década de los 80 y 90 donde reinaba un clima de época que se venía gestando desde los años 60 en Europa, donde los militantes de la Salud Mental a lo largo del mundo intentaban poner en agenda pública las cuestiones que interpelaban (e interpelan) al campo; el hartazgo de las lógicas manicomiales, la violación constante de los derechos humanos dentro de las instituciones y la necesidad de transformar paradigmáticamente la cosmovisión respecto a la Salud Mental. Esto marca un cierto precedente al cual los diferentes países de Latinoamérica se fueron acoplando.

La Declaración de Caracas, con respecto al tratamiento deja asentado: “a) *salvaguardar, invariablemente, la dignidad personal y los derechos humanos y civiles, b) estar basado en criterios racionales y técnicamente adecuados. c) propender a la permanencia del enfermo/a en su medio comunitario*” (Declaración de Caracas, 1991). Dignidad personal, derechos humanos, medio comunitario son conceptos presente que dan cuenta del nuevo enfoque que se estaba gestando. Este enfoque de corte humanista convoca a unirnos en tanto humanos, somos personas, somos iguales, “yo” puedo reconocermé en le “otro” en tanto compartimos la esencia de ser ambos humanos, la enfermedad de la cual un/una “otro” sería portador es corrida del lugar central que ocupaba en una visión biologicista, el/la “otro” antes que nada es humane, al igual que “yo”, poseemos los mismos derechos y somos igual de dignos en tanto seres viviente.

Desde nuestro enfoque, hay que ser cuidadosos respecto a cómo interpretamos y aplicamos en nuestras prácticas esta visión humanista, ya que al posicionarnos en tanto igual le “otro” podemos olvidarnos, o dejar de lado, que cada persona, también, es un complejo tejido de contradicciones que la fueron constituyendo y que esa igualdad esencial no es tal en sentido determinista, cada persona posee su propia visión íntima con la que leer el mundo, el vivir, la existencia.

El marco legal que rige en Argentina y Santa Fe adhiere al enfoque de Derechos Humanos pactado en los acuerdos internacionales, “*La sanción de la Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657 en el año 2010 y la formulación del Plan de Salud Mental en 2013, constituyeron y apuntalaron un nuevo horizonte normativo. Centrado en la promoción y protección de los Derechos Humanos, el nuevo enfoque conformó un eje directriz para la formulación de las políticas en Salud mental, implicando transformaciones del marco regulatorio para los cuidados de Salud*

Mental y una reorientación de las políticas públicas del sector.” (Ley Nacional de Salud Mental N° 26657; 2010)

“En Santa Fe, provincia pionera en disponer de una ley provincial de Salud Mental, la ley N° 10772 sancionada en 1991, se promueve que las políticas en Salud Mental se integren a las políticas sanitarias. De esta manera la orientación adoptada constituye una invitación para reflexionar sobre las necesidades de redefinir las estrategias, de ponderar la integración de la Salud Mental en la atención primaria de la salud, la generación de dispositivos y prácticas alternativas al modelo asilar, así como enfatizar el proceso de descentralización de la atención del hospital psiquiátrico aspirando, conforme a la Declaración de Panamá, a su cierre definitivo en el año 2020”. (Taborda, 2015, p. 2).

También existen reglamentaciones que atraviesan al campo como: Ley Nacional N° 24.901 “Sistema de Prestaciones Básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad”, y Ley Nacional del Paciente N° 26.529. Esta última establece los derechos de los mismos como: asistencia, consentimiento informado, trato digno y respetuoso, confidencialidad, intimidad, autonomía de la voluntad, información sanitaria.

Retomando la ley que nos rige actualmente, tomamos a la Ley N° 26.657, que establece que la persona internada voluntariamente podrá en cualquier momento (antes de los sesenta días cumplidos de internación) decidir el abandono de la misma, por otro lado la internación involuntaria se concibe como recurso terapéutico excepcional, cuando no son posibles los abordajes ambulatorios y sólo podrá realizarse cuando, de acuerdo al criterio del equipo de salud se establezca que es un riesgo para sí y para terceros. Esta situación debe notificarse dentro de las 10 horas al Juez/a y al órgano de revisión. El/la juez/a puede ordenar una internación involuntaria cuando se cumplan los requisitos establecidos por la ley, aun si se negase el servicio de salud responsable de la cobertura. En relación al alta, externación o permisos de salida son autorizados o desautorizados por el equipo de salud, que debe ser compuesto por un equipo interdisciplinario, compuesto por un psiquiatra, psicólogo, y trabajador social, debe ser informado si se trata de una internación involuntaria o voluntaria, el equipo debe externar a la persona o transformar la internación en voluntaria cuando termine la situación de riesgo.

¿Hablamos de pacientes o usuaries?

_____ Al estudiar el campo con mis compañeres que me acompañaron a lo largo de mis prácticas por el Centro Regional de Salud Mental Dr. Agudo Ávila discutimos horas y tardes enteras por cómo denominamos a la población que vivía o se atendía en su defecto en nuestro centro de prácticas. Esta fue una discusión que nunca le encontramos una respuesta correcta, en esta instancia también quería traerla, no sólo porque esta pregunta me atravesó los 3 años de práctica, sino también porque quiero traer una respuesta que en el fondo supongo que nos pondrá contentes a les tres.

Primero, para hacernos la pregunta si hablamos de pacientes o de usuaries, hay que definir cada concepto.

Paciente, es aquella persona que coloca su confianza, y en múltiples ocasiones su vida, en aquel que va a curarle, sanarle o extirpar un mal. También es importante para pensar la palabra, paciente, es considerar a éste como una persona que tiene paciencia, una persona que espera que las cosas que le está diciendo le profesional ocurran.

“El término usuario es un término controversial. Este se vuelve ineludible si orientamos nuestras prácticas desde una perspectiva de reconocimiento del sujeto y su capacidad para decidir. Pero al mismo tiempo genera preguntas tales como ¿la utilización del término no desdibuja cierto contrato terapéutico necesario para que pueda constituirse un lazo que apunte al tratamiento de cierto malestar? Del mismo modo, referirse al paciente como usuario, ¿no presentifica la idea de la salud como mercancía?” (Moreno, 2015, p.10)

Desde la Ley, al nombrar al sujeto como usuario, se destaca su carácter de sujeto activo cuya palabra debe ser escuchada, no sólo en cuanto al tratamiento singular de su padecimiento sino también como participante fundamental en los lineamientos de las políticas en Salud Mental. Les usuaries se constituyen en actores sociales que intentan diferenciar su voz de la de los profesionales y familiares, marcando la importancia de hablar en nombre propio. Vasconcelos (2000) explica que de este modo se cuestionan las relaciones de poder instituidas y aquellos puntos de vista reconocidos como “de autoridad” en el campo de la Salud Mental que han profundizado una cultura paternalista por parte de profesionales y el Estado. En general, en los países latinoamericanos, los profesionales de salud

mental tienden a sostener una cultura terapéutica muy acentuada, que enfatiza el papel del profesional en el proceso de tratamiento y cura, en detrimento de dispositivos que tiendan a fortalecer la autonomía en los usuarios, centrados en la perspectiva de “empoderamiento”, ciudadanía, autogestión y soporte mutuo. (Moreno, 2015, p.10)

Frente a estos conceptos, me pregunto si no es hora de tomar otra categoría diferente, ya que una persona que se encuentra internada en un hospicio no es un paciente propiamente dicho, ¿paciente de qué, con respecto a qué? ¿es un sujeto pasivo? ¿usuaria? ¿es una persona con capacidad de decidir qué sucede con su tratamiento realmente?

Traigo como una tentativa una categoría que puede traer consenso de alguna manera al campo; la categoría “padeciente”, según la RAE, la palabra padecer significa: “Sentir física y corporalmente un daño, dolor, enfermedad, pena o castigo // Soportar agravios, injurias, pesares // Sufrir algo nocivo o desventajoso”. Creo que es una categoría que envuelve a todas las personas que han transcurrido una internación en alguna institución de Salud Mental. No les coloca en un lugar de inferioridad, en un lugar pasivo, ni tampoco se cree falsamente que son “dueños de su destino” dentro de la institución.

La categoría padeciente incluye a todas las personas ya que las que no se sienten en conflicto con su salud mental porque no ven como un problema lo que les ocurre, padecen de una internación involuntaria, también incluye a aquellas personas que si se sienten en conflicto con sus malestares subjetivos.

Es interesante, después de un largo proceso de prácticas preprofesionales encontrar una palabra que les quepa a todos, es una palabra que no tiene carga afectiva-subjetiva con respecto a la vida del otro en la institución. Creo que es un buen comienzo empezar a caminar desde ahí para poder tomar a las personas que viven dentro de las instituciones por lo que son... personas, con sus decisiones, conflictos, defectos y virtudes, y ya no verles como “el paciente del Equipo”, no usuarias de la salud mental, siendo que no es decisión muchas veces propia de ellos mismos, sino como lo que realmente son personas padecientes; y que cabe aclarar que tomando un adjetivo, no les obligo a etiquetarse como tales para siempre.

Hoy o ayer fueron padecientes; mañana tal vez ya no... sin ir más lejos me parece interesante que nos llevemos también la pregunta , ¿quién no padece algo? Entonces, con esa pregunta nos podemos acercar un poco más a tomar al otre que se encuentra en dificultades como un igual; algo que olvidamos siempre inundandonos de categorías, conceptos, etiquetas. Totes padecemos en mayor o menor medida.

CAPÍTULO 2

*“Me llaman manicomio
porque guardo dentro aquello que otros repudian
Me llaman agitador, provocador, polémico
Sin dinero me llaman ‘triste loco’,
con dinero ‘divertido excéntrico’”
Me llaman - NACH*

Centro Regional de Salud Mental “Dr Agudo Ávila”

En 1920 el Dr. Agudo Ávila organiza un contrato a través de la Facultad de Medicina para la construcción del hospital en terrenos donde anteriormente funcionaba una antigua enfermería anglosajona. Así en 1927 con aportes del gobierno de la provincia de Santa Fe se construyó el Centro Regional de Salud Mental Dr Agudo Ávila, que comienza a funcionar con cinco pabellones el 1 de octubre de ese mismo año. Hasta el año 1981 dependía de la Universidad Nacional de Rosario, luego pasa a formar parte del Servicio de Psiquiatría del Hospital Provincial del Centenario.

Actualmente, el Centro Regional de Salud Mental Dr. Agudo Ávila es una institución provincial ubicada en el macrocentro de la ciudad de Rosario, exactamente en la calle Suipacha 667, en la zona de las facultades de Ciencias Médicas, conformada por la Facultad de Medicina, Enfermería, Fonoaudiología, Bioquímica y Odontología. Se trata de un hospital interdisciplinario público descentralizado, monovalente; perteneciente al Hospital-Escuela Centenario, único efector que posee en la ciudad de Rosario internación en salud mental y guardia permanente con respecto a la materia de la Salud Mental, éste funciona bajo un determinado modelo político y bajo una ley tanto provincial como nacional.

Por eso el CRSM, en la actualidad, presenta estructuralmente y reproduce un modelo de institución propia del encierro. Esto se puede ver en su infraestructura; patio central cerrado, pabellones con camas, pasillos oscuros, office de enfermería apartados de los usuarios y pacientes.

La población que llega al Centro Regional de Salud Mental Dr. Agudo Ávila es amplia, abarca toda la zona de Rosario y sus alrededores. En su mayoría pertenecen a poblaciones marginales, personas sin cobertura de obra social, con la principal problemática de imposibilidad de vivir en sus respectivas viviendas con sus

familiares, ya sea por estar viviendo en situaciones de violencia, con problemas de adicciones, la falta de vivienda, la falta de cobertura social, falta de empleo o realizando empleos temporales, etc.

Proceso de intervención de los padecientes al CRSM Dr. Agudo Ávila

El hospital se dividió en 3 sectores: Consultorio Externo, Internación o pabellón, y Guardia; estos sectores tenían un orden cronológico y lógico de ser, el proceso de internación de un padeciente, puede ser muy variado según la necesidad de cada quién, pero en general el orden lógico y cronológico se da de la siguiente manera; guardia, pabellón, consultorio externo (en el caso correspondiente, que ampliaré un poco más adelante).

También existe el Centro Cultural “El Gomecito”, ese sector antes era parte del mismo hospital, se ofrece como soporte para el acompañamiento de la construcción de lo cotidiano, se realizan tareas como atención de crisis, asesoramiento y orientación respecto de otros espacios e instituciones de la cultura.

Es un espacio que tiene como finalidad aportar a modificar el estigma de las personas que atraviesan un sufrimiento psíquico por las dificultades de convivencia en sociedad, participa en la activación de intercambios sociales, fomenta el respeto, promueve actividades sociales y culturales, y realiza presentaciones artísticas y gestiones laborales. El Centro Cultural nace como una propuesta de talleres abiertos en el año 2001. Se planteó como un espacio que permite conectar el adentro y el afuera del hospital, además de un intento de restitución de derechos para aquellos que han perdido el acceso a la expresión, a la construcción de lazos, al desarrollo de la autonomía, a la comunicación, a la libre circulación o a elegir qué tipo de tratamientos quieren llevar adelante. Cuenta con varios talleristas que se encargan de llevar a cabo las actividades que le dan vida al dispositivo y tiene dos coordinadoras, una de las cuales es trabajadora social y la otra psicóloga.

El padeciente llega de dos maneras al Agudo Ávila, la primera y la más habitual es a través de un Oficio Judicial de Protección de Persona, que se realizan en los Tribunales Colegiados de Familia, se instrumenta en el caso de que esta persona se encuentre en una situación de riesgo cierto e inminente, luego siendo evaluado por un equipo interdisciplinario de Salud Mental, y la segunda es a través de su propia consulta espontánea o derivada de otro efector de salud.

Con respecto a la primera, este Oficio Judicial puede ser solicitado por su entorno afectivo, territorial, desde una institución de salud, privada o pública. En estos casos lo que sucede es que le padeciente comienza un tratamiento psiquiátrico en contra de su voluntad, la internación está enmarcada en una medida de protección que realiza el Estado hacia esa persona que se encuentra atravesando una crisis subjetiva la cual pone en riesgo (cierto / inminente) su vida o la de terceros. Al ser involuntaria este tipo de internaciones, como equipo de Salud Mental, debemos realizar informes al Juzgado del avance del tratamiento de esta persona; estamos obligados bajo la ley 26657 a informar a las partes el estado de salud de esta persona en tratamiento. Cuando el individuo lo crea necesario puede cambiar el estado de su internación convirtiéndola en una internación voluntaria; o también puede no hacerlo y seguir el tratamiento de manera involuntaria, si no considera que la internación sea necesaria para su estado de salud actual.

El segundo grupo son las personas que por su propia voluntad se dirigen a la Guardia del CRSM. Dr. Agudo Ávila para pedir una evaluación con respecto a su estado de salud.

Para ambos grupos el proceso de internación es el mismo, la persona al llegar a la guardia es evaluada por equipo de salud mental interdisciplinario; compuesto por un/a psiquiatra y un/a psicóloga/o; donde les mismos evalúan si esta persona se encuentra con criterio de internación, en el caso de ser negativo se realiza la intervención correspondiente, que podría ser una escucha, una medicación, y/o una derivación al centro de salud correspondiente; por otro lado en el caso de ser positivo el criterio de internación la persona comienza su tratamiento en el "Tránsito".

El "Tránsito" es un espacio físico inaugurado en el año 2007, donde se encuentran otros padecientes internados que ya han sido evaluados por el equipo de Guardia; es un pasillo largo con 3 habitaciones divididas por género, en total hay 7 camas y 2 supernumerarias, un office de enfermería, un pequeño comedor, un minúsculo patio y el consultorio del equipo; a mí primer impresión fue llamarlo "Pasillo Psiquiátrico" porque a la primer impresión no parece un hospital, sino más bien eso, un pasillo donde hay padecientes "psiquiátricos". Las internaciones en este sector suelen llevar una duración de un promedio entre 7 y 20 días.

Este equipo interdisciplinario está compuesto por psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y médicos clínicos, este equipo es el que se encarga del

tratamiento de estas personas que se encuentran *viviendo transitoriamente allí*. En este equipo realicé mis 3 años de prácticas preprofesionales, mis tareas eran varias; entrevistar interdisciplinariamente al paciente, a su familia, elaborar una estrategia terapéutica junto al equipo profesional, realizar reuniones con otros equipos de referencia de le padeciente, escribir su historia clínica.

En cuanto a los trabajadores sociales que eran mis tutores en su momento sus tareas eran (además de las nombradas recientemente en las cuales participé) hacer un análisis de la situación de cada padeciente, intervenir en sus problemáticas a través de entrevistas al mismo y a sus vínculos, referenciar un tratamiento dentro del territorio, participar de reuniones inter y extrainstitucionales, comenzar gestiones de políticas públicas y sociales que requiera la persona que está bajo tratamiento, también realizamos actividades lúdicas con algunos padecientes que podían participar de las mismas, se encargaban muchas veces de realizar informes sociales, judiciales y las epicrisis de los padecientes; a continuación dejo las respuestas de las entrevistas que le realicé a mis tutores con la pregunta: ¿Cuál es el rol del Trabajo Social en el Tránsito?

“En el Tránsito el rol del Trabajo social tiene que ver con un espacio a construir permanentemente, sobre todo porque el Tránsito está permanentemente cambiando, entonces uno tiene que ir moviéndose al respecto. Me parece que sí es importante la intervención desde el principio de la evaluación, porque uno justamente en la entrevista puede despejar algunas cosas, hace ciertas preguntas que por ahí otras disciplinas no les parece relevante, ayuda desde el principio a hacer un análisis de situación que permita posteriormente hacer una estrategia de intervención, en la cual, me parece que tenemos una visión muy crítica al respecto, creo que lo que permite pensar al Trabajo Social es pensar en una integralidad, es imposible pensarlo por fuera de la interdisciplina, pero me parece que es la visión del Trabajo Social no es solo ver al sujeto con su padecimiento subjetivo. Sino entendiendo este sujeto como una persona inserta en un contexto en donde su situación subjetiva puede estar atravesada por sus vínculos, ya sea familiares, comunitarios, creo que eso hace que nosotros, con nuestra profesión, hace que rápidamente podamos tener una lectura al respecto. Por otro lado, tenemos puesta la mirada en las protecciones sociales, entonces en lo inmediato intentamos saber que si tiene el DNI, si está cobrando o no algún beneficio, si puede acceder al mismo, creo que intentamos ampliar la mirada a que no es solo un padecimiento

subjetivo sino que es el o ella con sus múltiples dimensiones”, tutora en terreno n°2..

“No es un lugar muy definido, creo que es un lugar a construir, primero no lo podría pensar por fuera de la interdisciplina, aunque tradicionalmente es más fácil pensarlo por fuera, porque bueno era un “Servicio” de Salud Mental, pero el Servicio de Trabajo Social, un accesorio al tratamiento de las personas que estaban acá en asistencias. Entonces lo pienso como alguien que se integra en las estrategias generales de cuidado de las personas con nuestros saberes, nuestra disciplina, nuestras profesiones. De hecho, yo siempre pienso en una clínica ampliada, y nosotros como trabajadores sociales podemos hacer un aporte tanto en instancias de evaluaciones de la situación como el cuadro, como también en pensar qué acompañamientos se pueden pensar para cada persona en particular. En todas las instituciones del Estado se trabaja con políticas sociales; acá está el programa de sustitución de lógicas manicomiales como el Gomecito, y después no se, hay otros programas que acá (tránsito) no articulamos mucho desde el Trabajo Social, que son Desarrollo Social, pero que no estamos trabajando mucho con ellos. No podría hacerte un listado bien de lo que trabaja en la institución. Eso lo trabaja más primer nivel de complejidad, esto es un tercer nivel de complejidad, en estas situaciones cuando se deriva al usuario al primer nivel, ellos son los que articulan más con Desarrollo Social.” ,tutor en terreno n°2.

A medida de que el estado de salud de estas personas evoluciona favorablemente y no se encuentre en riesgo cierto/inminente su vida o la de terceros, se realizan diferentes actividades, para comenzar el proceso de externación, lo primero que ocurre es un permiso terapéutico para que la persona se reencuentre con su vida anterior a la internación, evaluar cómo se sintió en ese momento, comienzan las derivaciones a la institución de referencia donde pueda seguir un tratamiento de manera ambulatoria, comienzan las visitas domiciliarias o controles en el “Pasillo Psiquiátrico” para verificar su estado de salud actual. Una vez que la persona se encuentre en condiciones de mejora notables comienza su tratamiento de forma ambulatoria, y ya no debe presentarse a los controles y obtiene el alta hospitalaria.

Lamentablemente, no siempre contamos con ese “final feliz”, en muchos casos sucede que la internación en el Tránsito no ha sido suficiente para que el padeciente pueda externarse; en estos casos, cuando la crisis se apacigua pero aún

así tiene criterio de internación esta persona “pasa al pabellón”, o dicho más coloquialmente, pasa al sector de Internación.

El sector de Internación, pero más conocido como “pabellón”, es donde se encuentran padecientes internados con dificultades para su externación; estas son variadas, pueden basarse en su estado de salud, puede tratarse de un conflicto en el territorio que no tiene una solución ágil, que se encuentre sin ninguna persona que lo acompañe en el tratamiento por fuera del Hospital y también de que esta persona no tenga un lugar para vivir.

Para realizar una descripción física del sector de internación es un espacio con un patio grande en el medio de dos pabellones, también divididos por género. Allí trabajan 4 equipos interdisciplinarios compuestos por Psiquiatría, Psicología, y Trabajo Social; 3 de estos equipos como actividad principal es preparar la externación de los padecientes correspondiente según cada equipo, las actividades son bastante similares a las que realiza el equipo de Tránsito, pero la persona a tratar se encuentra fuera del momento de la crisis subjetiva que dificulta el trabajo del Tránsito y su externación; y uno de estos equipos se encarga de los padecientes “crónicos” que se encuentran hace más de 5 años en el Hospital sin pronta externación.

Estos padecientes que consiguen su alta, obviamente también realizan el tratamiento de manera ambulatoria, los que viven lejos del CRSM Dr. Agudo Ávila los realizan en su centro de salud de referencia o en la institución adecuada para su padecimiento; a los que viven cerca del Hospital continúan su tratamiento ambulatorio en Consultorio Externo.

Consultorio Externo está compuesto por varios equipos que se encargan de realizar el tratamiento ambulatorio de usuarios con cercanía al hospital sin obra social, trabajan allí Psiquiatría, Paidopsiquiatría, Psicología, Área de Discapacidad, Trabajo Social y el SADYS, un equipo de psicólogos que tratan adicciones desde una perspectiva de “Reducción de Daños”.

“El Suipacha” o “El Agudo Ávila”

Para los padecientes hay dos maneras de llamar al CRSM, una es “El Suipacha” y la otra es “Agudo Ávila”, esto depende del área del hospital en el cual hicieron su tratamiento.

Popularmente se le llama “El Suipacha”, a la parte del pabellón y Consultorio Externo, las partes más estigmatizadas del hospital por la población en general. La gente suele encontrarse en la puerta con padecientes externados pidiendo limosna, medicación, comida o vendiendo tarjetas, el primer acceso de la locura al “exterior”. La discriminación se encuentra al orden del día, las personas evitan pasar por allí, no les contestan cuando les padecientes les preguntan algo, aceleran con sus autos con tal de evitarles; en el imaginario social son “locos” que se escaparon del “Suipacha”, y comienzan a construir una realidad totalmente distinta a la realmente sucede dentro de los pabellones, el manicomio para el común de la gente es el lugar donde se guarda todo lo que repudian, la ilegalidad, la “anormalidad”, la falta de límites, la peligrosidad, la falta de cuidado, y lo más importante, el temor a ser uno quien pueda estar del otro lado.

“Cada cultura determina sus criterios de salud. De manera tal que no hay enfermedad fuera de una cultura dada. Por tanto una misma conducta puede considerarse loca en una sociedad o circunstancia social y funcional en otra. Por ejemplo, el canibalismo es definido como algo patológico, pero en las condiciones extremas de sobrevivencia, como ocurrió con los sobrevivientes del accidente aéreo de los Andes, fue definido como una conducta adaptativa. En relación al lugar en que se instala la locura, que es en lo imaginario (pues es la representación del acto y no el acto el que enferma), diremos que no sólo por imaginar se está loco. Es necesario además que se cumpla otra condición: que quien imagina, lo haga solo, quede fuera de todo grupo y decodifique el caos de la realidad de acuerdo con un código subjetivo que nadie comparte. Y ese código será su delirio o su neurosis. Al ver cosas que nadie más ve, se dificulta su relación con los demás, porque compartimos otro delirio, que es la cultura a la que pertenecemos.” (Moffatt, p.9, 1997)

Los padecientes bajo esas prenociones le temen al pase al pabellón, siempre una excusa distinta para no ser trasladado al otro área del hospital, “yo no estoy tan loco”, “no me gusta la gente que hay ahí”, “me van a robar todo”, “antes de pasar a pabellón, firmo el alta voluntaria”, algunos de los tantos discursos que se escuchan a la hora de pasar a un paciente al área de internación.

La Guardia es llamada “Agudo Ávila” para los pacientes, siempre realizan la distinción entre un espacio y otro, en las primeras entrevistas algunas que ya han sido internados en este efector refieren que ellos estuvieron internados pero en “El

Suipacha”, no en el Agudo Ávila, ni en un hospital. La estructura de la guardia es a simple vista un ambiente más amigable que el pabellón, las habitaciones son compartidas entre personas de un mismo género, solo existen 3 habitaciones y por ende la población es mucho menor, también la hace más agradable que las paredes no sean tan altas, que todo esté cerca, y que la estructura sea nueva marca una diferencia con los inmensos y fríos pasillos del pabellón.

Para la población en general, la guardia se encuentra invisibilizada, muchos desconocen, a pesar del enorme cartel, que allí funciona una guardia de salud mental las 24 horas; esa puerta muchas veces es ignorada, no existe la enorme discriminación que sufre la entrada de calle Suipacha. En calle Santa Fe la gente pasa como si nada existiera ahí, no se asombran tampoco de los móviles policiales en sus puertas casi todos los días y tampoco por el SIES donde se traslada gran parte de la población que llega al Agudo Ávila, sin pena y sin gloria pasa desapercibida para el “común de la gente”.

Guardia, internación, consultorio externo: ¿Tres hospitales en uno?

El Hospital se divide en 3 sectores: Consultorio Externo, Internación y Guardia.

El área de Consultorio Externo, está conformada por tres equipos interdisciplinarios compuestos en su totalidad, por diez psiquiatras, siete psicólogo/as, dos trabajadoras sociales, una operadora comunitaria, cuatro trabajadores en farmacia, tres acompañantes terapéuticos.

La internación cuenta con cuatro equipos interdisciplinarios compuestos por enfermeros/as, un/a psiquiatra, un/a psicólogo/a, un/a trabajador/a social, y diecinueve acompañantes terapéuticos distribuidos por todo el sector, de los cuales ocho están en planta, por tanto, dependen de la institución, y, por otro lado, once que dependen de la Dirección provincial de Salud Mental.

La guardia, está compuesta por dos equipos interdisciplinarios, uno de atención inmediata, toman consultas externas, realizan evaluaciones de ingreso y funciona las 24 horas de lunes a domingo, este equipo está conformado por varios psiquiatras, psicólogo/as. El otro equipo interdisciplinario, es el equipo de Tránsito, compuesto por una psicóloga, una psiquiatra, dos trabajadores/as sociales, tres enfermeros, dos abogadas y una médica clínica.

Todos los equipos tienden a lograr una dinámica interdisciplinaria, es decir trabajar transversalmente entre todas las profesiones que intervienen sin que existan relaciones de poder asimétricas entre ellas, donde una impere sobre otras e imponga su cosmovisión en la intervención.

La Guardia es el primer contacto que tiene el/la usuario/a con el encierro. La barrera que las instituciones totales levantan entre el/la interno/a y el exterior marca la primera mutilación del yo, el ingreso rompe con todos los roles que tenía el sujeto por fuera de la internación. Este sector es un pasillo largo y oscuro donde no puede sentirse el clima del día, solo desde algunas ventanas se puede acceder a la luz solar. Consta de cuatro oficinas, una de administración, al lado la de Guardia donde realizan la entrevista que define o no la internación de una persona. Enfrente está la oficina del Tránsito donde realizamos nuestras prácticas, y el office de enfermería. Al final del pasillo se encuentran las habitaciones de Tránsito las cuales son compartidas entre 3 y 4 personas.

Aquí nos parece importante resaltar que todas las oficinas tienen dos puertas, una atrás y otra al final del cuarto, como una suerte de “salida de emergencia”; ya que en este sector del hospital los/as usuarios/as se encuentran en constante crisis. Discrepamos con la arquitectura de la Guardia, sostenemos que *“los locos son inofensivos, si se enojan te amenazan con un tomate radioactivo, hacen disparates pero son la gente más inocente y menos peligrosa que hay. (...) Son cariñosos, gente muy olvidada. Los locos que están adentro del Hospicio son los que se dejaron agarrar, no hacen daño, viven en su mundo. En cambio, los peligrosos están afuera, son los psicópatas, represores, estafadores y asesinos de este sistema económico genocida, que no terminan en hospicios sino en el poder.”* (Moffatt, 1994, s/n).

La Guardia o mejor llamado el Tránsito, funciona como un “estabilizador” para el paciente, donde se atiende la crisis. Una vez superada la misma se decide si el/la usuario/a debe continuar la internación o puede ser referenciado a su centro de salud de georreferencia.

Para Moffatt, la crisis se da cuando la enfermedad mental es consecuencia de la pérdida de esta trama cultural de sostén de la continuidad yoica y debido a esto la persona se fragmenta, se disuelve su vivencia de existir. Descubre que el tiempo objetivo no existe. Queda en un vacío paralizado, el cual es tan insoportable que sale de él a través de una restitución neurótica o psicótica (según la gravedad

de la fragmentación), que no será otra cosa que una nueva trama de continuidad, una nueva cultura (su delirio o su neurosis) pero que esta vez no es compartida por los demás, sino que es subjetiva, que arma un yo, pero un yo encerrado, solo. De este encierro lo rescatará su terapeuta (si la tarea es exitosa) que lo ayudará a reingresar a los supuestos culturales compartidos, la trama de continuidad que nos permite a todos nosotros enfrentar la discontinuidad de la conciencia y organizar proyectos de vida. Los vínculos y el campo simbólicos nos permiten leer una realidad perceptual que de otro modo sería una seriación caótica, de hechos sin lectura posible. La tarea del terapeuta es devolver al paciente la capacidad de concebir sucesiones, de organizar una historia con un sentido, utilizando para ello todas las experiencias que le ocurrieron en su vivir.

En la perturbación del existir que llamamos las crisis (el momento agudo de la enfermedad) se presenta la imposibilidad del paciente de autopercebirse como el mismo que era, la nueva situación lo colocó fuera de su historia, está alienado (etimológicamente, extranjero para sí). El suceder de su vida se paralizó, la percepción no consigue leer la realidad (no hay figura-fondo) y el futuro está vacío. Esta es una vivencia de máxima angustia, la persona se encuentra des-esperada (no espera más), se desestructuró la lectura prospectiva de su acción. Y ya dijimos que si no hay un "testigo reintegrador" (un terapeuta) que lo ayude a reestructurar su proyecto vital dentro de la cultura, corre el peligro de una reconstrucción subjetiva de los sistemas de estabilización del yo en el tiempo y entrará a la neurosis o la psicosis según lo inaguantable de su vivencia de disolución yoica y sus recursos defensivos aprendidos en la infancia. (Moffatt, 2007)

Consideramos que el tratamiento tiene cuatro "patas" en este sector, una es la terapia psicológica, otra los psicofármacos, el descanso y por último la contención; y allí es donde solemos jugar, en palabras de Bourdieu.

La contención es el sostén del usuario, cuando logra el mismo abrirse a su dolor, a su padecer. La misma está compuesta por la familia, los compañeros de internación y por el equipo interdisciplinario. Los trabajadores sociales buscarán volver a vincular (en lo posible) a ese usuario/a con su familia o amistades, ya que entienden que su participación en los procesos de internación y externación es necesaria para su mejor viabilidad; muchas veces nos enfrentamos con familias continentales que acompañan a la persona durante todo su tránsito sobre el Tránsito (valga la redundancia). Siempre trabajamos con las familias, realizando las

entrevistas familiares para conocer la historia de la persona que se encuentra internada, intentamos que se sienta sostenido por el equipo y la familia, y sobretodo cumplen un papel muy importante en los permisos terapéuticos, ya que no pueden irse sin algún familiar/amigue, y tampoco pueden volver a la institución soles. Cuando la familia se hace trizas, el mecanismo del tratamiento cambia, no tarda en introducirse toda una serie de dispositivos disciplinarios que buscan sustituir a la familia, reconstruirla y permitirá a la vez prescindir de ella.

Otro aspecto importante de la contención la cual tomamos es la escucha, desde el Trabajo Social se escuchan cosas que la Psicología o la Psiquiatría no sabe oír. Oímos entre palabras problemas habitacionales, relacionales, sociales, conflictos barriales, y profundizamos la entrevista desde allí.

Por último y no menos importante que es parte de la contención es el cuidado del paciente, este cuidado abarca muchas partes de la vida de la persona, pero desde el Trabajo Social nos centramos en que se cumplan todos los derechos del mismo, sobretodo el derecho a la asistencia. Se le informa al usuario cuáles son sus derechos, opciones y alternativas para escoger a la hora de encontrarse estabilizado. Al ser el Agudo Ávila una institución de tercer nivel, es bastante complicado gestionar diferentes políticas sociales, teniendo como agravante encontrarnos en el contexto de una guardia, donde solo se atiende la urgencia y el estadío de los usuarios suele ser muy breve para trabajar en profundidad ciertas políticas o gestiones sociales. En muchas situaciones se comienza el trámite para empezar a trabajar con las mismas, y luego la situación la sigue el Centro de Salud de georreferencia del mismo o en su defecto continúa a su internación en el Pabellón y se profundizan las situaciones desde allí.

Tanto en Consultorios externos, como en Internación, se trabaja en equipos interdisciplinarios, donde hay luchas de poder, ya que hoy en día, a pesar de los cambios, y las nuevas leyes y paradigmas, se puede notar que aún sigue predominando el Modelo Médico Hegemónico, debido a la legitimidad históricamente heredada a la profesión, y en donde el Trabajo Social aún sigue siendo ocupando en este ámbito un lugar de inferioridad.

Desde una mirada personal pudimos notar un gran abandono por parte de muchas familias de los usuarios/pacientes, por múltiples razones, ya sea por no tener las condiciones necesarias o por una rotura o falta de vínculo. Esto provoca que al encontrarse soles, el proceso de inserción en la sociedad de los

usuaries/pacientes le sea muy difícil de llevar adelante. Es necesario un gran compromiso del Equipo y predisposición de los mismos para poder intervenir y dar las soluciones correspondientes en determinada situación. Es mucho más factible poder trabajar con usuaries/pacientes que tengan un entorno familiar, barrial, una contención en términos de lazos sociales, que acompañen el trayecto de su tratamiento, pero en la mayoría de los casos esto no sucede. Esta es una de las grandes problemáticas por las que se atraviesa a la hora de intervenir.

Las intervenciones son llevadas adelante a través de múltiples estrategias que, en las reuniones de equipo (una vez por semana) son creadas por los profesionales, allí se establecen determinadas técnicas para que por ejemplo, en casos de que el usuarie/paciente se encuentre hace mucho tiempo en internación, no se institucionalice, sino que pueda lograr una externación. Estas son planificadas de acuerdo a los recursos con los que cuente la institución y el usuarie (o su familia) y el padecimiento del mismo. En casos de ser dados de alta, el equipo debe encontrar un lugar donde pueda hospedarse, ya sea en sus propios hogares, como pensiones, casas de hospedajes (de día o de noche), también se articula con Casas Asistidas, geriátricos y centros de salud ubicados en la zona donde viven. (estos deben cumplir con ciertos requisitos que pide el Estado como habilitación, facturación, buenas condiciones, etc). Otra de las tareas que se lleva adelante por parte de los equipos, pero que en la mayoría de las veces son realizadas por la trabajadorx social del equipo son: el trámite de Obras sociales, Documentos, Pensiones, Jubilaciones, Certificados de Discapacidad; servicios de inclusión social y laboral para usuarios después del alta. Se realizan visitas domiciliarias, las veces que sean necesarias, acordadas con el usuario, y estas en su mayoría son realizadas por el equipo completo. Por último, tanto los usuaries/pacientes que siguen dentro de la institución (en internación) como los externados, concurren a Dispositivos Sustitutivos, donde realizan actividades recreativas. Se les da herramientas a los mismos para que por si mismos puedan hacerlo solos, de no ser así son acompañados por el equipo en las actividades, mudanzas y trámites.

El objetivo principal de los equipos es poder lograr la externación de los usuaries/pacientes internados, poder construir un afuera, con las condiciones necesarias para lograr el alcance de una plena autonomía. De no poder darse la externación, por ende, quedar internados, que su vivencia el día a día sea lo menos

dolorosa posible y donde pueda obtener y llevar adelante un tratamiento adecuado de acuerdo a su padecimiento y condición.

Nuestras experiencias, lo profesional y lo personal: cercanía óptima

*“Está un loco en una calesita
Casi desnudo y con la vista enferma
Y daba vueltas y se sonreía
Y silbaba bajo por no molestar”
Un loco en la calesita - Páez*

Cuántas cosas puede contar una en la vida entre instituciones, y más cuando se trata de las instituciones totales, donde quienes pasan por allí comen, duermen, se ríen, lloran, sufren y disfrutan allí dentro. Tanto tienen por contar cada pared, cada rincón, pero las historias particulares las dejaremos relegadas para otra ocasión.

La cotidianidad y la rutina van de la mano; mi rutina antes de entrar a la Guardia, es bajarme del colectivo, escuchando alguna que otra canción que me haga reflexionar mientras me fumo un cigarrillo hasta que llego a Santa Fe 2930. Abro la puerta, tiro la colilla de cigarrillo y me saco los auriculares, observo la sala de espera, repleta de colillas de cigarros, siempre hay dos o tres personas esperando pacientemente que les dejen entrar. Al cruzar esa puerta que da a la calle ya existe el olor a psiquiátrico, que es olor a cenicero, mezclado con productos de limpieza, alcohol etílico y humedad. Me acerco a la ventana de vidrio y saludo con mi mano al guardia que es el único que tiene el poder de abrir y cerrar aquella puerta que te hace entrar al Tránsito, o como me gusta decirle a mí “al pasillo”. El guardia me sonríe y me hace señas de que me acerque a la puerta que solo se abre con su llave, me acerco, y él me abre.

Ya adentro las cosas varían, pero iremos por lo más típico, siempre está alguene al lado del calefactor que te saluda con alegría diciendo: “Doctora, ¿cuándo me voy? ¿sabe?”. Les respondo siempre lo mismo: “Buen día, eso lo decide el equipo”, y sigo caminando.

También en el pasillo se encuentra alguien que está esperando si el equipo de guardia decide si debe quedarse internado o no, eso deviene en angustia, llanto, violencia que eso siempre termina igual... medicación compulsiva intramuscular. Los gritos y llantos son cosas de todos los días, el enfermero sin decir demasiado a la

orden del o la psiquiatra inyecta a quién sea con tal de que no rompa su “paz” en el hospital.

La población que llega por guardia es muy variada, personas de todas las clases sociales, aunque en su mayoría se encuentran en una situación de vulnerabilidad económica; con problemáticas muy variadas algunas son enfermedades muy arraigadas a lo biológico, otras son crisis momentáneas donde se utiliza la internación para volver a estabilizar a esa persona, y otras que son la mayoría cuadros de descompensación psicótica por consumo de sustancias. Ese último no solo que es la mayor parte de la población, sino que también son los casos más complicados de sobrellevar, la internación la sufren muchísimo, y no solo por la abstinencia que les hace temblar todo el cuerpo, sudar y vomitar, sino también sienten miedo por les otros pacientes que hablan solos y solas, que gritan, que “tienen mirada de loco”; sus discursos siempre son iguales “yo me tengo que ir de acá porque no estoy loco como ellos”. Yo les entiendo, cuánto miedo nos da pensar qué podemos estar loques, cuál es la línea que hay que atravesar para ser un "loco", es tan delgada esa línea que nos llena de escalofríos pensar que quién esté del otro lado, algún día puedo ser yo, vos o cualquier persona que querramos. La locura tampoco es tan grave, la gente loca no es mala, la gente loca simplemente olvidó qué es lo que se puede hacer, qué es lo políticamente correcto. Seguramente alguna vez has pensado como un loco, la diferencia con el loco es que ejecuta esos pensamientos delirantes, que se los cree. No somos tan diferentes, ¿cuántas veces nos hemos creído una mentira para protegernos? Escapan de la realidad que les condena de esa manera, inventando una vida paralela, donde el dolor se transforme en fantasía, donde el abandono y la exclusión sea un mal macabro de algún psicópata que eligen en su delirio para que pague todos los platos rotos de sus vidas, dónde la falta de un plato de comida en la mesa se convierta en cocaína, ahí es imposible tener hambre, sueño, y frío. Al final les loques tan loques no están.

A veces cuando llego el equipo de Tránsito, donde me veo inmersa está realizando entrevista, así que sigo caminando por el pasillo, me asomo a las habitaciones, hay 3, casi siempre una de mujeres, donde hay 3 o 4 camas, y dos de varones, donde hay las misma cantidad de camas, tenemos suerte si todes entran en sus respectivas piezas, pero existen momentos en donde no todes entran y llegan las camas supernumerarias, donde el paciente duerme en el pasillo expuesto o expuesta a la mirada de todes, sin intimidad, al lado del office de enfermería que

siempre tiene la televisión a todo lo que da. A su mala suerte, siempre se encuentran inyectados cuando duermen allí, poco se enteran de la vulnerabilidad que sufren en ese momento, o muy poco registran lo que está pasando.

Durante el día matan el tiempo, algunos prefieren dormir para no existir, para que esas voces que gritan en su cabeza se callen, ellas les dan órdenes, les causan escalofríos, les chupan las orejas, le aprietan, les hace pensar que no existe otra cosa que vivir bajo su merced, muchas veces a la persona solo le queda responder a esa demanda, obedecer o comienza una guerra consigo mismo que muchas veces es imposible de sostener. Otros matan el tiempo tomando mate y fumando, cigarrillo tras cigarrillo, y así se va un atado en la mañana, otro en la tarde y el último durante la noche, las manos comienzan a tomar el color de la nicotina, el tabaco termina siendo la única salida para quemar el tiempo. Muchas personas se indignan al saber que les damos cigarrillos en el hospital, a veces pienso, ¿qué va a hacer el paciente si no fuma? No estoy diciendo que sea necesario o sano, pero imagínate encerrado sin ni siquiera poder fumar, ya te despojaron de todo lo propio al entrar en esa puerta. Otros matan el tiempo mirando la televisión que por cierto muy mal se ve y poco se escucha. Allí no hay espacio para la música, para las actividades recreativas, para explotar todo aquello que les pasa. Y duele, verles encerrados sin nada para hacer, pero al ofrecerles tareas tampoco quieren realizarlas porque nunca sabremos qué les interesa, o qué les gustaría hacer dentro del encierro, quizás nada y también es válido, quieren su internación transcurrir de la manera más rápida y efectiva, sin espacio para los proyectos, para divertirse, sin espacio para la vida, pero a veces se olvidan que la vida es eso que pasa ahí adentro también y pasan los días, los meses e inclusive años.

A veces me dicen: "vos estás unas horas y dormís en tu casa, no sabes cuánto duele una noche acá adentro y ya llevo 15, ME QUIERO IR". Y es verdad, qué les podemos exigir? Yo les hablo desde el amor, pero el amor no alcanza... Con amor solo no alcanza.

El día termina, antes de salir saludo a los pacientes, siempre alguene me pide un pucho a los gritos, siendo que ya es el 5to o 6to que me pide durante la jornada, siempre cedo, diciendo: "pero este es el último", sabiendo claramente que nunca va a ser el último, porque qué hacés estando encerrado en un pasillo lleno de gritos, crisis, llanto y angustia... fumar, porque es la única manera de matar al tiempo, ese tiempo donde se pierde la noción del tiempo.

Recuerdo un día viernes en particular, un paciente a quién llamaremos “Nicolás” cumplía años al día siguiente, entonces decidí hacerle un regalo, de manera para mí paradójica, me pidió un paquete de puchos. La simpleza y la complejidad de pedir puchos para su regalo de cumpleaños, 19 años. Simpleza porque ¿qué más necesita un paciente psiquiátrico para matar el tiempo?, pero a su vez, es complejo pensar que cuando una persona tiene abierto un abanico de posibilidades para un regalo de cumpleaños elija un paquete de cigarrillos.

Esta es la cotidianidad del pasillo psiquiátrico... el encierro y la quita de posibilidades de pensar que no existe otra que pedir “cigarrillos”, porque en el pasillo circula ese pedido a los profesionales; puchos, permisos terapéuticos, salidas al patio. Lamentablemente él se manejó bajo ese abanico de probabilidades y no a otro, entonces significa que lo único que estamos haciendo es seguir manicomializándolo constantemente, incluso para su cumpleaños.

CAPÍTULO 3

Trabajo Social de Casos y su relación con la actualidad

El título de esta tesina es “El Trabajo Social en el Pasillo Psiquiátrico. Una exploración a la dimensión clínica de la intervención profesional”, para poder desarrollar por qué hablamos de una dimensión clínica de la intervención del Trabajo Social en salud mental, primero hay que aclarar conceptos claves, uno de estos es el Trabajo Social y cómo llegamos a esta conclusión sin dejar por fuera lo que nos define como profesionales, que es la intervención.

Definir el Trabajo Social nunca ha sido sencillo, al menos en estos años que transitó la licenciatura siempre me costó poder explicar qué estoy estudiando o qué es realmente el Trabajo Social, podemos decir a qué nos dedicamos, con quiénes trabajamos, cuál es el objeto de intervención, pero no explicar qué es rotundamente el Trabajo Social en sí.

Tomaré como definición de Trabajo Social de la Ley Federal que nos regula que lo define de la siguiente manera: “profesión basada en la práctica y una disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Los principios de la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad son fundamentales para el trabajo social”. (Ley Federal N° 27.072. Boletín Oficial de la República Argentina, Bs As, Argentina, 10 de Diciembre de 2014)

Por otro lado, tomo la definición de la Dra. Gonzalez Saibene en “Acerca de la Intervención” para definir nuestro qué hacer profesional; *“La intervención, entonces, resulta ser esa acción o conjunto de acciones, ese ejercicio de fuerza o poder mediante la que tomamos parte en asuntos que nos interesan y por la cual mediamos, intercedemos a favor de alguien, o imponemos una autoridad sobre alguien, es decir, operamos con el objetivo de producir un efecto o un resultado. Y recortando el término hacia un tipo particular de intervención, la intervención profesional, ésta es una dimensión de la práctica social, de aquella acción, de aquel ejercicio que se manifiesta concretamente en una situación específica a efectos de darle solución*

-acción y efecto de disolver, manera de resolver una dificultad, desenlace de un asunto-, colaborar en su resolución -solución, decisión-, favorecer su superación -vencer, dejar atrás, hacer las cosas mejor que otras veces-.”
(Gonzalez Saibene, p.26, 2014)

Dado estos dos conceptos voy a comenzar a desentrañar un poco nuestra historia, nuestras intervenciones para poder hablar hoy de la dimensión clínica del Trabajo Social.

Si nos remontamos a nuestra historia, el Trabajo Social surge en Inglaterra en el siglo XIX, específicamente en Londres y se expande espontáneamente en Estados Unidos. Primero nace como práctica social, como ocupación y como profesión después. Las experiencias más significativas que le dan origen fueron la C.O.S y Settlements.

En Inglaterra se origina el asentamiento a raíz del crecimiento de la población masiva, que generó la creación de nuevos barrios en las periferias de las ciudades, dando lugar a la burguesía y al proletariado como clases sociales, estas a su vez marcaban las desigualdades mediante la cuestión social. Aumentaban los problemas sociales pero no las políticas de apoyo para con los descuidados/afectados.

Algunos de los factores que influyeron en la aparición del Trabajo Social fueron: - nacimiento de las Ciencias Sociales, a fines del S XIX se formaron la sociología, antropología, psicología social; el Trabajo Social especializado se basaba en experiencias religiosas y éticas, hasta que comenzó a apoyarse en las ciencias sociales.

Si hablamos de la historia del Trabajo Social, no podemos obviar a nuestra pionera principal, Mary Richmond, ella nació en 1861 y en 1889 se convirtió en tesorera de la C.O.S, Charity Organization Society, en español Organización Social de Caridad, años más tarde se convierte en la Secretaria General. Ella es la fundadora de la primera escuela de Trabajo Social, con el nombre de Escuela de Filantropía en Nueva York, como primer libro escribe “Social Diagnosis”; allí detalla lo aprendido en base a su experiencia.

En 1910 lanza “Caso Social Individual”, en este libro a partir de su experiencia y sus seguimientos a ciertos casos sociales obtiene una guía basada

en 3 etapas “estudio, diagnóstico y tratamiento”, en el mismo libro ella aclara que el objeto del trabajador social es apoyar al individuo/cliente por medio de su entorno social, explora sobre los términos como personalidad. Ella define al Trabajo Social de Caso como: *“el conjunto de métodos que desarrollan la personalidad, reajustando consciente e individualmente al hombre a su medio social”* (Richmond, 1962, p. 67) y señala que para ser considerado como tal, el Trabajo Social debe consistir en un tratamiento intensivo y prolongado, enfocado a la comprensión de la vida de la persona en su conjunto y pensando en el bienestar permanente.

Ella agrupa las intervenciones en el ámbito del Trabajo Social en dos titularidades generales: “Comprensiones” y “Acciones”, que a su vez divide sus estudios en:

- Comprensión de la individualidad y de las características personales.
- Comprensión de los recursos, los peligros y de las influencias del medio social.
- Acción directa de la mente del profesional de trabajo social sobre la persona. Influencia personal
- Acción indirecta ejercida por el medio social.

La habilidad profesional se revela en la combinación de estas cuatro acciones, en la trama de la vida cotidiana del cliente, en este caso padeciente, en la que los trabajadores sociales deben ser capaces de descubrir significaciones y nuevas posibilidades de desarrollo de la personalidad y mejora de las relaciones sociales. Si nuestra tarea es el desarrollo de la personalidad, tenemos que descubrir cómo es esa personalidad en el momento presente y qué ha influido para que sea así, y llegar a conocer la naturaleza de la dificultad que subyace en la situación problema, es decir el diagnóstico. (García, García, Esnaola, Curieses, Álvarez, Millán, 2014)

Mary Richmond se apoyaba mucho en la medicina al tomar palabras propias de la lengua médica “diagnóstico y tratamiento”, son palabras que no son propias del Trabajo Social, como tampoco lo es la clínica, si hablamos de clínica pensamos en la medicina o psicoanálisis.

El significado etimológico de la palabra clínica es “*liniké* le llamaban a la práctica médica de atender pacientes que estaban en la cama”, si bien no trabajamos con la medicina, hacemos un trabajo con alguien que está en la cama, en un manicomio, que fue creado en un primer momento como para dar un lugar determinado y físico para alojar la locura; al manicomio lo podemos pensar como una institución total, “[...] *como un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente*”. (Goffman, 1970, pág. 13); en éstas las personas desarrollan todas sus actividades vitales, además de llevar a cabo su tratamiento; desde el lugar del Trabajo Social, buscamos desde nuestro saber profesional encontrar un “tratamiento” para el padecimiento de las personas que viven allí dentro.

Necesitamos para poder participar como colectivo del Trabajo Social, una clínica centrada en los sujetos, en su existencia concreta, inclusive al considerar la enfermedad como parte de esa existencia. Sin embargo, la medicina no sólo trabaja con una ontologización de las enfermedades, es como si la dolencia ocupara toda la personalidad, todo el cuerpo, todo el Ser del enfermo. Una enfermedad perturba, transforma y hasta mata Sujetos; con todo, apenas por excepción liquida a todas las demás dimensiones de la existencia de cada uno. La clínica se empobrece toda vez que ignora estas interrelaciones perdiendo, inclusive, la capacidad de resolver problemas estrictamente clínicos. Se sugiere, por lo tanto, una ampliación del objeto del saber y de la intervención de la Clínica. De la enfermedad como objeto de conocimiento y de intervención, se pretende, también, incluir al Sujeto y su Contexto como objeto de estudio y de las prácticas de la Clínica. Mientras tanto, se tratará de una ampliación, no de un cambio. (Wagner de Sousa Campos, 1997)

Si hablamos de clínica ampliada, podemos ubicar una dimensión clínica de nuestra intervención que los autores europeos llaman “Trabajo Social Clínico”, el mismo “*nace del antiguo Casework (Trabajo Social de Caso), complementado con el Trabajo Psicosocial o Terapia Psicosocial y se fortalece con el ejercicio profesional del Trabajo Social Psiquiátrico. Paradójicamente con aquellas formas*

de intervención y métodos que la reconceptualización había desechado por considerarla de poca utilidad para el cambio macrosocial en post de una sociedad empoderada en la lucha de clases. Sin embargo, hoy en día, debido a la búsqueda de sentido de los trabajadores sociales que se dedican a la salud mental, y para los que tratan defender lo propio en Trabajo Social, nos hemos reencontrado con una modalidad que ha sobrevivido y sigue siendo ejercida –algunas veces con plena certeza- desde la salud pública” (Antipán y Reyes Barría, 2014, p.5)

La dimensión clínica de la intervención profesional

La intervención profesional del Trabajo Social tiene 3 dimensiones, ético-política, teórica-metodológica y operativa-instrumental.

“A- una dimensión teórico metodológica, es decir que la intervención está sustentada por una determinada concepción de mundo, de hombre y de sociedad, a partir de la cual se analiza la realidad social y se fundamenta una cierta práctica profesional;

B- una dimensión operativo – instrumental, es decir a través de determinados instrumentos y técnicas se operativizan los fundamentos teóricos-metodológicos;

C- una dimensión ético-política, pues, las dimensiones antes mencionadas contienen determinados valores que, justamente, guían y orientan la intervención profesional y, por lo tanto, le otorgan una direccionalidad a la profesión”. (Cavalleri, Lopez, 2009, p.25).

Las dimensiones nombradas anteriormente dan cuenta a rasgos generales nuestro quehacer profesional y cómo enmarcarlo. Quisiera aportar una cuarta dimensión que se llamaría “transversal” donde de allí sacaría nuestra especificidad en la intervención según la necesidad de la persona con la cual estamos trabajando y el campo mismo. Esta dimensión a su vez traería varias subdimensiones, para dar ejemplos que nos otorguen claridad serían: dimensión asistencial, dimensión socioeducativa, dimensión investigativa, y por fin

llegaríamos a la dimensión clínica de la intervención que es lo que nos trae a todes aquí.

A continuación para poder explicar de qué se trata la dimensión clínica de la intervención profesional, tomaré lo que en Europa y Chile llaman “Trabajo Social Clínico”, mi idea es no indagar en un tipo de Trabajo Social ya que entiendo que nos convertiría en profesionales hiperespecializados y no es el espíritu de nuestra profesión; más adelante en el próximo capítulo me explayaré sobre la hiperespecialización; sino que más bien la Licenciatura en Trabajo Social, nos permite poder abordar muchos campos con el título de grado y que la misma experiencia hace que funcionemos más y mejor en las diferentes dimensiones nombradas anteriormente.

El Trabajo Social Clínico como especialidad, se caracteriza operacionalmente por los siguientes tres rasgos:

- Por la naturaleza de la institución: dependiendo del ámbito en donde está inserto le trabajador social (Centros Comunitarios de Salud Mental, Clínicas de Rehabilitación, Hospitales Psiquiátricos, Dispositivos sustitutivos, etc).

- Por las problemáticas de les usuaries: Cuando los problemas están vinculados a la atención emocional, relacional, salud y de organización familiar, disfuncionalidad social y patologías mentales.

- Por el tipo de consulta, ayuda y/o servicio: Cuando la demanda de les usuaries está orientada a solicitar apoyo, gestión, terapia, orientación y reparación de los vínculos de la persona tanto a nivel familiar como social.” (Antipan, y Reyes, 2014)

En el Pasillo Psiquiátrico la naturaleza de la institución hace que intervengamos bajo cierto tipo de reglas instituidas e instituyentes con respecto al diagnóstico del padeciente, no va a ser igual tratar con una persona que se encuentra en una situación de consumo problemático, que con una persona que padece una enfermedad de índice puramente biológico, las intervenciones siempre varían según la subjetividad de cada individuo y su necesidad actual, incluyendo también su diagnóstico. Por otro lado, hablamos de dimensión clínica de la intervención porque entiendo que primero la escucha es “sanadora”, que les trabajadores sociales podemos escuchar en un simple discurso otras

problemáticas que el resto del equipo interdisciplinario no le da la misma relevancia; por otra parte, también me parece importante destacar la importancia de la palabra como recurso clínico, que no sólo la psicología es dueña de poder hacer clínica con las palabras, también tenemos ese poder de sanar con un pequeño discurso.

Recuerdo un día muy especial en el Pasillo Psiquiátrico, año 2018, Mundial de Fútbol, como todes sabemos en Argentina el fútbol es una pasión que no tiene una explicación racional, se palpitaba incluso en el pasillo las ganas de ver jugar al equipo y verlo a Messi en las canchas; en la sala de estar de la guardia el televisor que estaba allí no se veía bien y casi no tenía sonido; con mis compañeros de práctica nos organizamos para que no se perdieran ni un partido más. Entre todes fuimos aportando algo para poder ver el partido juntas en el Hospital, llevamos un televisor, galletitas para la merienda, y en ese momento aún se podía compartir el mate, así que a eso fuimos.

Pusimos el partido, todes les padecientes, enfermeros, guardia de seguridad, médicos y nosotres practicantes preprofesionales del Trabajo Social, viendo todes juntas el partido, comentandolo, compartiendo la merienda y hasta a veces cantando canciones de cancha; parece tan solo una tarde más, pero en nuestras intenciones se escondía una gran intervención clínica.

La vida en la institución total, Goffman, en su libro “Internados” la llama de ésta manera, como fui relatando anteriormente no es muy amena, las reglas rígidas a la orden del día, horarios estrictos para comer, dormir, tomar la medicación, etc., sin actividades lúdicas o recreativas, fuimos a cambiar eso al menos un día; por otro lado, fue importante para el grupo que se encontraba en ese momento atravesando la internación que pudieran ver el partido como pares con respecto a les profesionales que se encontraban allí, en ese momento las diferencias entre ellos (que las marca la misma institución) se vieron diluídas; también las problemáticas que existían entre les mismos padecientes fueron rotundamente despojadas, charlaban entre ellos e incluso se reían. Por otra parte, y creo que esa fue la más importante de la intervención fue el entretiempo, donde ninguna de nosotres dijo nada y espontáneamente les padecientes comenzaron a hablar de sus motivos de internación y dejando salir muchas

cosas que no aparecían en el discurso que daban en el consultorio del equipo interdisciplinario.

El efecto que tuvo la intervención, no solo fue sacarles de la rutina diaria del Pasillo Psiquiátrico, sino también entablar vínculos entre los mismos pacientes y entre nosotros para con ellos, ese vínculo que quisimos, y creo que generamos, nos sirvió como insumo para las entrevistas que surgieron luego en el consultorio; nuestra propuesta fue traerles un poquito del “afuera” y demostrar la necesidad de recuperación para no perder las pequeñas simplezas de la vida diaria que se encontraban perdidas sumergidas en la crisis subjetiva que estaban pasando, por esto mismo creo que nuestra intervención tuvo sin dudas una dimensión clínica.

Antipán, Isabel y Reyes, Diego definen como Trabajo Social Clínico: *“Una rama especializada del Trabajo Social, ejercida por un profesional trabajador social, formado y capacitado para intervenir en materia de salud mental, con la finalidad de reconocer problemas de patología mental, como también para contener y enfrentar situaciones de alto stress emocional y de deterioro en la salud. Ejecutando medidas profesionales que ayuden a fortalecer, potenciar, tratar, reparar y mejorar la calidad de vida en las personas, a través de atención, diagnóstico, tratamiento y apoyo profesional, por medio de una relación terapéutica en la cual se implementan los conocimientos y métodos del Trabajo Social con una orientación clínica, la cual facilita la articulación de sistemas protección social y servicios sociales, junto a la administración de la psicoterapia para contribuir a solución de necesidades y problemas que las personas consideran como factores negativos en su desarrollo de vida personal, de pareja, familiar, grupal o comunitario.”* (Antipán, Reyes, 2014, p. 9)

Áreas de competencia y finalidad de la dimensión clínica de la intervención

Martha Chescheir, quién nació en 1929 en Louisville y falleció en 2010, fue profesora en la Escuela de Trabajo Social en Estados Unidos y tenía una clínica

privada de psicoterapia familiar e individual en Washington, escribió un artículo llamado “Información básica para la práctica del Trabajo Social Clínico” donde detalla las finalidades del Trabajo Social Clínico que nombraré, explicaré y relacionaré con las intervenciones realizadas en el Pasillo Psiquiátrico.

- Trabajo con personas en el contexto de su situación social; los cambios externos son indispensables cuando los recursos disponibles no le permiten a la persona cumplir sus necesidades básicas y los internos cuando las personas están emocionalmente afectadas. Desde las intervenciones que realizamos en el Pasillo Psiquiátrico con respecto a este punto son en su mayoría asistenciales, gestionando el cumplimiento de sus derechos humanos, a través de pensiones no graciabiles, tarjeta única de ciudadanía, certificado único de discapacidad, etc.

- Trabajo con la familia como medio de ayuda; nos interesa que la familia no se desintegre, nuestro trabajo es reconstruir las familias desintegradas, a partir de mediaciones con su familia y el padeciente, terapia familiar, y tratar de construir desde la intervención vínculos más sanos y sólidos.

- Trabajo de terapia en grupo; las dinámicas del proceso grupal son una parte fundamental para llevar a cabo un tratamiento, estos ayudan a las personas a superar las dificultades relacionales, también un grupo de pares para muchas problemáticas de salud mental sirve como un sostén mutuo para afrontarlas. Si bien no ocurre muy a menudo en el Pasillo Psiquiátrico llevé adelante talleres grupales con los padecientes en su conjunto identificando los conflictos y puntos de apoyo entre ellos.

- Trabajo con organizaciones sociales; el profesional del Trabajo Social atravesado por la dimensión clínica de la intervención se siente obligado y conmovido a luchar por cambios en los sistemas que volverán más humanas las condiciones de vida de las personas; les interesa crear un medio que custodie y cuide los derechos de todos los padecientes.

- Trabajo con personas que se encuentran en crisis subjetivas o de situación; estas crisis pueden ser un brote psicótico, períodos de abstinencia, situaciones de consumo agravado, pérdida de sentido de la propia vida donde se atenta contra su propia vitalidad, pérdida de algo o alguien fundamental para el individuo que trataremos, entre muchas otras. Nos encontramos capacitados, a mi

parecer por la experiencia, para poder afrontar, acompañar y contener a la persona con la cual trabajaremos.

CAPÍTULO 4

El Pasillo Psiquiátrico y las crisis subjetivas que aloja

“Esta es mi verdad y por tu culpa creen que yo estoy loco

Blah blah blah blah blah blah

Sáquenme esto del coco

No lo harás jamás, yo soy tú y tu eres yo

Yo tengo el control de tus pensamientos, de tu interior más turbio”

Esquizofrenia - BLAKE

En el Pasillo Psiquiátrico aloja muchas crisis de diferentes tipos, desarrollaré las más comunes que atendemos y desde ahí poder sacar conclusiones sobre lo que hace el Trabajo Social en estos casos.

“Urgencia en salud mental es toda situación transitoria que irrumpe y altera las funciones psíquicas, el desempeño habitual y que supone un alto nivel de padecimiento, de tal manera que la persona, el entorno y/o el personal sanitario, consideran que requiere atención inmediata. Implica una crisis que puede tener causas orgánicas, psíquicas y/o sociales y constituye una ruptura del equilibrio vital. La urgencia es un emergente del estado de malestar. No es un acontecimiento aislado sino parte del proceso de salud-enfermedad, en el que la persona debe ser asistida de manera integral (bio-psico-social) en el ámbito socio-sanitario y requiere de un seguimiento para evitar la recurrencia.”
(Ministerio de Salud, 2018, p. 6)

La depresión siempre se hace presente en el Pasillo Psiquiátrico, las causas pueden ser por una pérdida traumática, y la otra por no es por una pérdida sino por no poder experimentar deseos y la exploración del mundo.

Luego, también una de las más frecuentes es la paranoia, donde el mismo se instala afuera, desde delirios que todas las personas le miran, le quieren hacer daño o lo lastiman.

En el brote psicótico el enfermo habla desde una significación distinta a la nuestra, dice una palabra que para él tiene una significación delirante, por ejemplo: cree que la palabra perro puede morder, no discrimina entre el signo y lo que señala. El brote genera un sentimiento de vacío inaguantable donde el paciente

siente que queda cósmicamente solo. Entonces crea su delirio, que le permite vincularse con alguien, que muchas veces es un perseguidor que puede ser un marciano o un monstruo. En el delirio paranoide, el perseguidor lo controla, con lo cual él se siente mirado y vuelve a existir. Además tiene un otro con el que puede dialogar aunque sea delirantemente. (Moffatt, 1994)

En la esquizofrenia, lo que sucede es que la persona se sumerge en alucinaciones sensorio-perceptivas, de olfato, visuales, auditivas, sensoriales, delirios y trastornos de comportamiento; pensamientos desconectados de la realidad, entre muchos síntomas. Las causas pueden ser hereditarias, por consumo problemático de sustancias psicoactivas.

Las psicosis son un trastorno mental caracterizado por la desconexión de la realidad, puede ser ocasionada por un trastorno de salud, por medicamento o el uso de drogas. Los síntomas posibles son delirios, forma de hablar incoherente, nerviosismo, alucinaciones.

Y por último y la más frecuente es el consumo problemático de sustancias, es un consumo de sustancias tanto como alcohol, marihuana, cocaína, entre otras drogas que desestabilizan a la persona tanto en su salud física como mental, no le permite este mismo consumo llevar una vida diaria, la persona deposita en la sustancia la necesidad de tapar sus problemáticas bajo la misma; diferente del consumo recreativo que se encuentra solo en algunas ocasiones de recreación u ocio.

¿El Trabajo Social cumple una función terapéutica?

La terapia no es un concepto del cual solemos hablar mucho desde el Trabajo Social, creemos que es una herramienta médica, psicológica o psiquiátrica; pero en realidad la terapia, lo terapéutico es un proceso de trabajo interior y evolución personal, también es la curación o alivio de una enfermedad, trastorno, situación.

La terapia es un proceso donde la persona dedica tiempo y energía a escucharse, a dejar atrás lo que no le sirve y retoma contacto con sus deseos verdaderos. Consiste en una serie de encuentros de la persona con el o la terapeuta en los cuales se trabaja con la palabra, con técnicas y ejercicios para que la persona

padeciente pueda superar sus situaciones que la llevan al dolor. También ayuda a que se conozca mejor y desarrolle diferentes maneras de enfrentar las dificultades.

En otras palabras, la terapia es sanación, es contención, es apoyo, es compañía a través de la palabra, ¿y por qué quedaría afuera de eso el Trabajo Social? Trabajamos con todo lo nombrado, y sobre todo en el Pasillo Psiquiátrico.

Nuestra función en la terapia de un padeciente es muy variada y Moffatt en su libro “Terapia en crisis”, se encarga de explicar los 4 pasos de la misma en los cuales participamos y somos protagonistas como trabajadores sociales de cada uno de ellos. Estos 4 pasos operativos sirven para poder operar reparatoriamente en una crisis donde la persona no puede ver cómo continuará su vida.

El primer paso es la contención, él la describe de la siguiente manera: “Consiste en conectarse con la otra persona. No sólo por estar cerca, estamos conectados psicológicamente con la otra persona: podemos estar cerca y no estar conectados, o podemos estar lejos y estar conectados. Esto tiene que ver con una presencia que le ofrecemos al otro, y que está expresada en una mirada y una actitud de escucha que el operador debe conseguir. Esta mirada debe ser aceptadora y atenta, ni persecutoria ni distante, debe crear un clima de confianza en el que el paciente pueda sentirse sostenido, y por lo tanto pueda acercarse a las zonas traumáticas de su pasado, pero esta vez acompañado por el terapeuta, ya que no puede hacerlo solo por tratarse de lugares muy lastimados de su historia. (...) La primera etapa de contención es, entonces, la resonancia emocional, y se llama empatía. Es el momento de la identificación con el otro, para que el otro sienta que uno está resonando con él. Uno se conmueve, se pone en el lugar del otro. Si el otro tiene miedo, uno evoca sus propios miedos para comprender los miedos del otro, y si está triste, las propias tristezas.” (Moffatt, 1994).

El Trabajo Social es protagonista cuando se trata de contención, de empatía, quizás no está adjuntado junto a nuestro título pero sí en nuestra identidad profesional; primero contener desde la escucha como primer herramienta, no juzgar como la segunda y la tercera y broche de otro es ponernos en el lugar del otro hace que podamos intervenir en lo que necesita esa persona.

El segundo paso es la regresión: “se da cuando la persona, al sentirse contenida, puede abrir su interioridad, y puede enfrentar los fantasmas internos. No podemos entrar a esta etapa sin haber pasado antes por la contención. Cuando nos metemos adentro, estamos yendo hacia atrás; cuanto más adentro nos metemos,

cuanto más profundo vamos, más antiguos son los recuerdos. (...) Generalmente la regresión produce una abreacción que se denomina catarsis. Hay dos tipos de catarsis: el llanto, que al ser convulsivo descontractura y relaja, y la ira.” (Moffatt, 1994)

La regresión o la catarsis es lo que sostenemos con el equipo interdisciplinario las primeras entrevistas, donde la persona expone toda su historia o gran parte de ella, y nosotros oímos y acompañamos desde el lugar de equipo tratante.

El tercer paso es la explicación, que sería organizar el Proyecto de Vida. Con la regresión, se encuentra la situación traumática y al sacarla a la luz, ponerla en palabras. (...) La explicación es el tercer paso, se basa en que debido a que nos fuimos al fondo de nuestra historia, entendemos qué nos pasó. Cualquier síntoma siempre tiene una explicación histórica, quiere decir que algo pasó.

El último paso, el cambio, es: ¿Cómo lo hacemos? El paciente ya eligió el sentido de su vida y construyó su proyecto de vida. El paso siguiente es comenzar a realizarlo, es efectuar un cambio en su vida, que es salir de la paralización que genera toda perturbación psicológica. El proyecto siempre es con otro, porque esa trama en la que tiene que realizar su vida es una trama social, que fundamentalmente está sostenida por dos tareas, amar y trabajar, que se concretan en una estructura familiar y en una inserción o rol laboral. Pero como en toda perturbación psicológica hay distintos grados de desvinculación con la realidad, hay que ayudarlo en su reingreso a lo real, a lo social, y acá es importante estudiar lo que podemos llamar las “estrategias posibles”. Cada uno tiene recursos para organizar su vida cotidiana, su estructura familiar, y su habilidad para insertarse en la producción. (Moffatt, 1994)

El último paso es nuestra arena para trabajar, crear estrategias para que la persona pueda reincorporarse nuevamente al territorio, revincularlo en lo posible con su familia, continuar un tratamiento en el Centro de Salud de referencia, conseguir pensiones no graciables para mejorar su calidad de vida, e intentar armar un esquema para que la persona realice actividades que le son gratas y sanas para su desarrollo personal.

Entonces, repregunto ¿el Trabajo Social cumple una función terapéutica? Con todo lo asentado anteriormente, la respuesta es un sí rotundo, definimos terapia y encajamos en todos los pasos terapéuticos que indica Moffatt.

“Con respecto sí creo que el Trabajo Social es terapéutico, es terapéutico. Hay una frase vieja que dice “todo lo que es bueno cura” o “todo lo que es sano cura”. Lo terapéutico significa cuidado, cuidar. Y creo que eso está en los objetivos del ts directa o indirectamente, siempre se propone eso desde su campo de incumbencias y competencias, y de su, podemos decir, delimitación disciplinar, conceptuales, metodológicas, y sus tradiciones, creo que siempre está en el objetivo generar condiciones de terapéuticas o de cuidado. Justo hablamos de condiciones, para los sujetos que están en situación de vulnerabilidad, de riesgo, amenaza, abuso, y algunas quedan afuera o todas juntas, la respuesta de la intervención esté en esa búsqueda, en el contexto de una guardia, un servicio de salud mental. Creo que en ese sentido, los objetivos de intervención, profesionales, estructurales, andamiaje conceptual, creo que sí, que vamos por ese lado”, tutor académico n°2.

Por otro lado, pero en el mismo camino, mi otra tutora dijo: “Sí, creo que el Trabajo Social es terapéutico. Sí, porque en realidad, en nuestras subjetividades, la palabra del otro puede ser terapéutica, el hecho que nosotres desde el ts podamos escuchar, algo desde otro lugar y poder responder a eso es terapéutico. Digo, solo el hecho de prestar atención, analizar otra cosa que no sea solo el sufrimiento psíquico, sino otras cosas que pueden aliviar, responder a una situación que estaba ahí que uno desde la charla, desde el análisis, desde poder responder a la vulnerabilidad que se alivio o perspectiva de, que uno pueda pensarse una estrategia terapéutica, o un proyecto de vida. Por ahí, manejamos recursos, hoy en día tenemos una paciente con una esquizofrenia de larga data, que no está anclada en ningún espacio colectivo, se me ocurrió contactar a un CCB, para ver si hay algún espacio de capacitación y eso es terapéutico, porque es lograr consolidar un proyecto de vida. Ahora, terapéutico no significa que tenga que estar asociado a un proceso de salud/enfermedad, lo terapéutico está en el marco de un proyecto de vida, a mejorar a transitar su vida”.

Para mí, el Trabajo Social es terapéutico, no solo por lo nombrado anteriormente por Moffatt y mis tutores de terreno, también es terapéutico el ejercicio y acceso a sus derechos humanos y sociales, también es cuando vamos a pasear por el patio del hospital junto a un grupo de pacientes, cuando nos sentamos a escuchar música y potenciar todo aquello que les gusta y les hace bien al alma y a la psiquis.

Entonces, sí, el Trabajo Social cumple una función terapéutica.

El Trabajo Social el “héroe” del padeciente

“Usted me salvó la vida” (sic), tengo escrito en un cuaderno de campo, dicho por una padeciente al trabajador social del equipo interdisciplinario, al obtener la derivación a un geriátrico dando por terminada su internación psiquiátrica de larga data. (No quiero detenerme en el por qué una padeciente crónica se encontraba en el Pasillo Psiquiátrico). Luego de esa frase surgió en mí el anhelo de pasar por una situación similar a lo largo de mi carrera.

Muchas veces para los trabajadores sociales es inevitable soñar o pensar “quiero salvarle la vida a esta persona”, como si nos tratáramos de héroes salvadores, como si las personas no pudieran “salvarse” por sí mismas.

¿Qué es salvarle la vida a alguien? ¿De qué queremos salvarles? ¿Quién dice que esa persona es una víctima que necesita ser salvada? ¿Por qué habría que “salvar” a un paciente psiquiátrico?

Las urgencias no nos permiten pensar con claridad, terminamos creyendo que a esa persona tenemos que sacarla de todo peligro posible sin detenernos a pensar en qué es un peligro para ellos y qué es un peligro para nosotros.

Querremos o no al trabajar en una institución que nos coloca en un lugar de poder hacia a la otra persona, nos hace creer al menos por un momento que somos nosotros quienes les debemos “acomodar” la vida a la otra persona, no nos permite pensarnos como un igual. Intercedemos, intervenimos, opinamos y accionamos sobre la vida de algún otro, donde el otro se convierte en una “víctima” puede ser de su familia, de la institución, del Estado, de la droga, etc, y convirtiéndonos a nosotros en “héroes” o “salvadores” de esas víctimas.

Elena de la Aldea, escribe en su texto “Subjetividad heroica” lo siguiente: “decidimos llamar subjetividad heroica a un modo específico de situarse ante un problema. Subjetividad heroica es la forma que adopta esa máquina de pensar y pensarse, de hacer y sentir cuando la comunidad “no es lo que debería ser” y aparece la exigencia de que alguien la corrija. Un comentario imprescindible antes de continuar, la subjetividad heroica no es algo que podamos sencillamente localizar en los otros (“aquél tiene una subjetividad heroica de no creer...”) o en uno mismo, es algo que de algún modo nos compone a todos, incluso algo con lo que debemos

lidar, trabajar, pensar, continuamente. (...) En su discurso sostiene que todo lo que hace es “por el bien del otro”: “Yo no importo. Lo que hago no es para mí, es para los demás”. Este modo de enunciación basado en el sacrificio le otorga al héroe un valor y una posición por sobre los otros, y es a partir de esa autoridad incuestionable que enfrentará la situación de trabajo. Desde su omnipotencia, el héroe cree que no hay dificultad que no pueda solucionarse con buena voluntad y esfuerzo, todo problema puede y debe ser resuelto. Para la subjetividad heroica, la tarea frente a los problemas siempre es clara: eliminarlos.” (De la Aldea, 2014)

Aquí vemos muchos problemas, pero me centraré en los 3 más importantes, según mi criterio: el primero, es el de colocar al otro en un lugar de vulnerabilidad sobre el ya existente que lo hace estar en un Hospital. Por otro lado, está el segundo problema, nuestra subjetividad heroica cuasi colectiva de los trabajadores sociales, y por último el desgaste que nos genera como profesionales ser el “héroe” de la institución y como repercute en nuestra vida diaria tanto personal como profesional.

Con respecto al primero, siempre debemos tener en cuenta que el otro es un otro igual a mí pero con una trayectoria de vida diferente; colocar a una persona en el lugar de “víctima” deja mucho de qué hablar como profesionales del Trabajo Social que nos abanderamos con la consigna de “autonomía” “ciudadanía” “derechos humanos”. Nuestro lugar desde cualquier intervención debe y debería ser ese garantizar que todos los derechos de esa persona sean respetados y cumplidos.

Sus contextos, sobre todo, los que llegan a la Guardia del CRSM Dr. Agudo Ávila se encuentran incendiados, “prendidos fuego”, y nos toca junto al equipo interdisciplinario y el paciente apagarlo, o al menos reducir los daños. No es tarea única de nuestra profesión aunque muchas veces lo sentipensamos de esa manera.

Tomando el segundo problema, muchos entramos a la universidad con la ilusión de “ayudar a los que menos tienen”, “ayudar a las niñeces, a la vejez”, “interceder en las situaciones de violencia”, es casi un denominador común de todos los estudiantes de Trabajo Social, luego recorriendo la carrera, adentrándonos en las prácticas entendemos que no somos una “ayuda especializada o científica”, sino que estamos allí para garantizar una vida digna para todos los ciudadanos con los que nos toque intervenir que es muy distinto a jugar al ser el “salvador”.

Trabajamos codo a codo con otras disciplinas, con otras instituciones y sobre todo trabajamos en conjunto con el padeciente (en este caso) para lograr que su interés supremo sea cumplido.

Por último el desgaste que conlleva ser el “héroe” de la institución, es una problemática muy compleja, porque primero nunca somos “héroes” de nada, ni de nadie, lo que en realidad realizamos son intervenciones intercediendo a favor de alguien; cuando no se cumplen nuestras expectativas para la solución de su padecer nos frustramos, nos preguntamos qué hemos hecho mal, qué faltó hacer a la hora de intervención.

Vuelve a ingresar al Pasillo Psiquiátrico un padeciente con el que trabajamos muchísimo y siempre surge la misma sensación de angustia, la pregunta de qué pasó ésta vez. Desgaste.

Nos llevamos en el corazón, en la mente o en el alma aquella situación que no pudimos modificar. Desgaste.

Nuestra vida profesional y personal se encuentran entrelazadas todo el tiempo, es imposible pensarnos por separado de nuestra profesión o de nuestra vida personal, es necesario encontrar una cercanía óptima para atravesar las urgencias que atendemos, para poder entender que no somos salvadores de nadie ni tampoco somos sólo un trabajador más de la institución.

Es importante también no solo cuidar a la persona con la que estamos trabajando, sino también a nosotres mismos a través de generar una cercanía óptima entre el trabajo y la vida personal, encontrar un equilibrio entre ambas partes. También es importante sin dudar la terapia, que sería un mecanismo de autocuidado. Sería interesante que desde las instituciones que trabajamos se generaran un espacio de contención para cuidar a les que cuidamos.

Conclusiones y desafíos profesionales

*“Voy a crear un canto para poder exigir
Que no le quiten a los pobres lo que tanto les costó construir
Para que el oro robado no aplaste nuestro porvenir
Y a los que tienen de sobra nos les cueste tanto repartir”
Derecho de nacimiento - Natalia Lafourcade*

¿Existe una dimensión clínica en la intervención del Trabajo Social? ¿El Trabajo Social cumple una función terapéutica en el tratamiento de una persona? ¿Hablar de Trabajo Social Clínico es hablar de hiperespecialización del Trabajo Social?

Existe, en el Pasillo Psiquiátrico una dimensión clínica de la intervención del Trabajo Social, trabajamos con una persona que se encuentra realizando un tratamiento, que se encuentra bajo un diagnóstico médico psiquiátrico que bordea nuestra intervención para con ella. Es importante tomar ese diagnóstico trabajar alrededor del mismo pero que aun así no se convierta en lo más importante para la intervención.

Por otro lado, cumplimos una función terapéutica que nos ayuda a cuidar y a sanar a esa persona que se encuentra atravesando una crisis subjetiva. Todo lo bueno cura, y la curación y el cuidado es lo que enmarca nuestro trabajo en una institución como el CRSM Dr. Agudo Ávila.

Por último, y no por eso menos importante, llegó la hora de hablar de la hiperespecialización, autores españoles creen que existe un “tipo” de Trabajo Social cuando trabajamos en Salud Mental, pero... ¿qué es trabajar en salud mental? ¿acaso no es un campo que atraviesa a todos los demás? No podemos hablar de un tipo de Trabajo Social, tenemos que creer como horizonte la necesidad de salir todes formades de la Universidad siendo “capaces” de trabajar con cualquier situación y no enmarcarse en un solo campo problemático, de eso se trata el Trabajo Social poder garantizar derechos y construcción de ciudadanía sin importar con quienes o en donde trabajamos.

Tenemos que seguir construyendo un Trabajo Social que garantice que las políticas públicas y sociales se cumplan, que los derechos humanos de todes les

ciudadanes sean cumplidos, tenemos que seguir construyendo un Trabajo Social decolonial enmarcado en la justicia social, el feminismo, la prevención y promoción de la salud, desde el Estado, que esa siempre será nuestra herramienta para la transformación a una sociedad más justa, más equitativa, y sobretodo más solidaria.

Desafíos sociales y profesionales:

El hospital tal cual lo conocemos no debería existir más, el encierro por sí mismo nunca será terapéutico, es lo que últimamente sucede en los pabellones, donde le paciente se encuentra siendo paciente y padeciente de su mismo tratamiento.

Aquí me resulta necesario caracterizar las instituciones manicomiales, como "instituciones totales", categoría sociológica desarrollada por Erving Goffman. "Una Institución Total puede definirse como un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad. Toda Institución absorbe parte del tiempo y del interés de sus miembros y les proporciona, en cierto modo, un mundo propio, tiene, tendencias absorbentes...Las tendencias absorbentes o totalizadoras están simbolizadas por todos los obstáculos que se oponen en su interacción social con el exterior y al éxodo de sus miembros y suelen adquirir forma material: puertas cerradas muros rejas, etc." (Goffman, 2001, p. 13) Una de las clasificaciones de las instituciones totales que plantea el autor son los "hospitales psiquiátricos, de enfermos infecciosos y de leprosarios". Son instituciones erigidas para cuidar de aquellas personas que son incapaces de cuidarse por sí misma y además constituyen una "amenaza involuntaria" para la sociedad. La primera observación que podemos hacer acerca de la vida en los hospicios es su enorme y brutal empobrecimiento. En todos los niveles se producen amputaciones, no existe ningún tipo de tarea, el paciente no posee nada sentido como propio, ni siquiera su propia ropa, es un mundo unisexual, las salas con las camas en largas hileras no permiten la reconstrucción de grupos primarios. Pero, fundamentalmente, la amputación más dolorosa es la de la dignidad personal: en lo más íntimo del yo el Internado se siente descalificado y cosificado. Cualquier mensaje emitido es reinterpretado por el personal del hospital como "cosa de loco", lo cual deteriora el sentimiento de autonomía, de autorrespeto. Esto conduce a que

la forma adaptativa más común sea el aceptar esta propuesta del medio manicomial y comenzar a comportarse "como un loco", es decir, a cumplir las expectativas de la institución. Debemos agregar que no todas las conductas locas están permitidas, sino sólo aquellas de "loco adaptado", obediente y respetuoso de enfermeros, diagnósticos y reglas de vida. El aburrimiento y el sentimiento de soledad y abandono de una vida sin proyecto de futuro, pues no es dueño de su porvenir quien no es dueño de sí. Creo que aquí es necesario comenzar a aclarar un estereotipo, un prejuicio colectivo de nuestra sociedad respecto a los hospicios, los manicomios: la idea compartida es que adentro están "los que perdieron la razón" y se encuentran en otro mundo mental, una especie de pesadilla continua que va desde un nirvana placentero a un terror de pesadilla. Pero cuando se entra al hospicio con la expectativa de ver un mundo terrorífico o seductor se sufre una desilusión; la sensación es la de estar en una especie de pueblo de linyeras, de gente muy pobre, muy desesperanzada, aislada entre sí, pero de gente que contesta razonablemente a una pregunta, que pide fuego o un cigarrillo, que prepara su matecito, y no encontramos al delirante (o por lo menos hay que buscarlo bastante) declamando un discurso, ni tampoco nadie intenta atacarnos. (...) El hospicio es como un pozo profundo en el que se entra rápido pero del que es difícil salir, pues sus paredes son resbalosas como la incomprensión o el abandono, "no hay de dónde agarrarse". La ciencia de nuestros profesionales está totalmente inmersa en moldes de colonización cultural europeo-norteamericanos y al administrar la psicoterapia a nuestro pueblo, simultáneamente le están negando sus expresiones culturales, por las cuales él se reconoce y se asume. Esta descalificación cultural vicia la relación terapeuta-paciente y la convierte en "señor que ordena" a su sirviente que se cure pero no lo rescata en lo que él fue con su pueblo, en sus valores, sus mitos, sino que lo cura desde otros valores y pautas, las "cultas" (colonizadas) y lo "descabeza culturalmente", con lo cual lo despersonaliza, lo psicotiza nuevamente, lo castra, lo convierte en un colonizado, en un oprimido. (Moffatt, 1997)

Reconozco que es necesario una real reforma de esta institución, como la del resto de los monovalentes que siguen existiendo al día de hoy en nuestro país. También entiendo que son necesarios para aquellas personas que se encuentran en riesgo cierto o inminente para sí o para terceros; la desatención nunca será la

solución para los problemas, sino que necesitamos un Estado nacional, provincial y municipal que acompañe a les padecientes.

Considero que nos ubicamos en un momento histórico de la Salud Mental de transición, no en un sentido lineal de la historia. En esta transición conviven varios modelos de concebir la Salud en su totalidad en sentido amplio, es decir en sus valores, conceptos, concepciones, roles, relaciones de poder, y en esta convivencia los modelos tensionan, contradicen, intercambian, por lo que “transitar la transición” se traduce en el cuerpo de quienes la transitamos.

En el aquí y ahora, la sociedad en la que planificamos, vivimos, no ha hecho el cambio cultural para “recibir la locura”. En un sistema consumista, occidental capitalista, eurocentrado, “lo anormal” (lo que no entra en ese sistema cultural) es marginado, estigmatizado, catalogado de “improductivo”, “incapaz”, “peligroso”, “enfermo”, por lo que se lo separa, excluye, encierra.

Para lograr cerrar el manicomio, se debe realizar un proceso de reconfiguración de las formas socio-culturales de reconocimiento sobre “la locura”, a su vez que un proceso de redistribución política-económica ya que el manicomio y los psicofármacos, representan un negocio para ciertos sectores de la sociedad, ese cambio también debe ser impulsado desde políticas sociales, y por tanto, desde el Estado.

Para lograr derribar los muros del manicomio necesitamos tener en cuenta que el manicomio es un lugar donde se concentran todos los tipos de injusticias tanto la de redistribución como las de reconocimiento, necesitamos para que dejen de existir un cambio enorme como sociedad, primero derribar el capitalismo que hace que las personas que son “improductivas” por encontrarse en una situación de crisis sean internadas, escondidas de las personas “productivas”; también es necesario poder quitar del medio al heteropatriarcado que nos aprisiona y no nos permite ver que la locura no solo es femenina y que los cuidados no deben recaer solo en nosotras.

Entiendo que no podemos desde una sola profesión poder derrumbar las estructuras de la sociedad que hace años están perpetradas, pero podemos desde nuestra profesión y también como seres humanos sentipensantes generar desde nuestros pequeños lugares una sociedad más justa, aceptándonos a todes con nuestras diferencias. Debemos trabajar desde la ternura, desde el cuidado y la

contención para que vivir en este mundo y más aún dentro de un manicomio sea lo más sano posible.

Propuesta:

Cuando inicié mis prácticas en el último año, comencé a instalar una práctica que rompa con la lógica manicomial dentro del Pasillo Psiquiátrico, que consistía primero en evaluar quiénes se encontraban en una condición subjetiva que les permitiera participar del mismo; una vez seleccionados los pacientes nos dirigíamos al comedor del Pasillo, o al patio del pabellón a escuchar música, elegida por los mismos pacientes, dibujar y/o pintar mandalas, mientras hablábamos de temas varios, casi siempre terminamos hablando de qué les gustaría hacer cuando terminase su internación.

Era un momento de distensión que lo llevaba a cabo una vez por semana, me convertía en ese momento en una especie de tallerista y ellos en usuarios de un taller que intenta romper con las lógicas manicomiales que se instalan en el Pasillo Psiquiátrico.

La idea surgió principalmente de la necesidad de realizar algo con el tiempo “muerto” que existe en el Pasillo Psiquiátrico, los pacientes que se encuentran internados en el Pabellón tienen la posibilidad de salir al Gomesito, realizan actividades lúdicas junto a los practicantes de Kinesiología, pero allí no hay nada más que entrevistas por parte de los profesionales y una televisión en mal funcionamiento. Es importante también que en esa sala de estar se fortalezcan los vínculos entre los pacientes que comparten ese espacio, y mi intervención fue esa; hacerles pasar tiempo juntos de otro modo, conectados por la música, muchas veces los gustos coincidían y allí empezaban las charlas y puntos en común con ese otro que “duerme al lado” y no sé quién es.

Los objetivos eran afianzar vínculos entre pacientes, entre pacientes y profesionales o practicantes, matar al tiempo muerto y torturante, generar instancias lúdicas y terapéuticas por fuera del consultorio, prestar atención a los intereses particulares de cada paciente y poder llevarlos al consultorio como una estrategia terapéutica.

Luego de la experiencia planteada junto a mi tutor de terreno y el psicólogo del equipo comenzamos a crear un Proyecto de Extensión Universitaria llamado “Dispositivo Clínico Comunitario”, que fue aprobado por la Secretaría de Extensión, consta de tomar como talleristas a compañeros que estén realizando sus prácticas en el CRSM Dr. Agudo Ávila, pueden ser de la carrera de Trabajo Social, Psicología, Enfermería y Medicina. También incluiría a estudiantes de grado avanzados que ya hayan finalizado la instancia de prácticas profesionales; profesionales pertenecientes a la institución que trabajarían en todas las etapas del proyecto. Docentes universitarios de cada unidad académica que acompañarán a estudiantes y graduados.

El objetivo general es: “Implementar una atención clínica comunitaria con usuarios del CRSM Dr. Agudo Ávila que se encuentran bajo la modalidad de internación en el marco de una formación profesional a graduados y estudiantes de carreras afines.”

Y los objetivos específicos: - Realizar una modalidad de atención a usuarios que se encuentren en tratamiento en internación del CRSM Dr Agudo Ávila con una orientación comunitaria con eje en la vinculación entre pares mediante técnicas grupales, talleres y acompañamiento personalizado. - Implementar encuentros de retrabajo a fin de realizar una revisión de la práctica y recuperación clínica con todos los integrantes del equipo asistencial. - Brindar capacitación interdisciplinaria a los graduados y estudiantes que participen en el programa, interactuando con los otros servicios de formación ya funcionando en el efector.

El dispositivo clínico comunitario consta de 3 ejes:

1. Atención clínica.

A) Admisión: se propone que en cada encuentro quienes ejercen función de coordinación (graduados) y los estudiantes, se reúnan junto a los equipos de profesionales interdisciplinarios para relevar información acerca de los usuarios y hacer una evaluación conjunta en relación a intereses clínicos de quienes podrán asistir al dispositivo.

B) Ejecución de las actividades terapéuticas: los encuentros serán coordinados por los graduados junto a los estudiantes. La coordinación cumplirá la

función de diagramar las actividades en torno a diversas categorías artísticas, culturales y/o recreativas (música, arte y dibujo, psicodrama, teatro, deporte, comidas, salidas recreativas, entre otras); así como también deberá sostener la escucha y receptividad para poder planificar actividades en cuanto a gustos, intereses o necesidades que puedan ir planteando los usuaries, otorgándole un lugar a lo “emergente” de cada encuentro. La modalidad será de características grupales, acompañando los procesos y las posibilidades singulares de cada usuarie.

C) Registro: al final de cada encuentro se realizarán registros de cada actividad. Los datos que tendrán vital importancia serán los siguientes: cantidad de usuaries, graduades y estudiantes que asistieron al encuentro, registro de cuestiones clínicas que se consideren pertinentes apuntar, sean en torno a la grupalidad como a la singularidad que pudieron llegar a ser leídas y observadas por los graduades y/o estudiantes. Ideas y/ o sugerencias de les usuaries para las próximas actividades. Este será un insumo fundamental para el retrabajo colectivo.

2. Espacios de retrabajo:

Se plantea disponer de espacios de retrabajo que nos permitan el encuentro de quienes coordinaron las actividades, estudiantes y profesionales de la institución con el fin de poder alojar a aquellas dificultades o inquietudes que se vayan presentando en torno a la práctica. Entendemos que espacios con estas características nos permiten saldar dificultades de manera grupal, y de esta forma poder brindar una mejor calidad de atención en la población con la que trabajamos. A su vez, se considera de estos encuentros la posibilidad de recuperación de procesos de producción clínica en relación a los criterios de admisión al dispositivo de cada usuarie.

3. Formación interdisciplinaria:

Se apuesta a la construcción de un lugar de formación teórica que nos permita ir de la teoría a la práctica constantemente, interrogarnos sobre lo escrito, pero también sobre nuestras prácticas, dialogar con otras profesiones apostando al trabajo y construcción de un hacer interdisciplinario. El objetivo general del espacio será poder dialogar entre los distintos profesionales de cada disciplina: psicología, trabajo social, medicina, psiquiatría, enfermería, entre otros, para así interrogarnos y

pensarnos en las potencialidades que puedan surgir del debate interdisciplinario. Además se producirán “invitaciones” a otros actores de la Salud Mental (talleristas, musicoterapeutas, artistas, usuarixs) a fin de abrir los debates a las diferentes comunidades de saberes.

Resultados esperados del Dispositivo Clínico Comunitario

Se espera que la implementación de este dispositivo pueda generar un espacio asistencial a una población altamente vulnerable por su condición subjetiva, socio-económica y en situación de una práctica de salud de riesgo, por su condición de internación. Este dispositivo busca mejorar la calidad de atención en contexto de internación mediante la implementación de técnicas grupales, talleres, acompañamiento personalizado y otras modalidades asistenciales que favorezcan el vínculo entre pares y el colectivo asistencial. A su vez que los encuentros pautados sean un facilitador de producción clínica en relación al tratamiento que cada usuaria esté transitando con su equipo interdisciplinario.

Posibilitar que el dispositivo integre a los diferentes actores institucionales (sala de internación, guardia, enfermería, maestranza y equipos profesionales) para la realización y sostenimiento del dispositivo ya que este busca mejorar la dinámica relacional entre los usuarias y éstos con el servicio en general. También que se disponga de nuevas modalidades de formación para estudiantes de grado y graduados en relación a las problemáticas de salud mental, los procesos de reformas asistenciales a nivel regional, nacional y local y el diseño de otras alternativas clínicas asistenciales en razón a las limitaciones que presentan las técnicas convencionales. Otro de los objetivos es el armado de una red con todos los actores académicos que participan en el efector (convenios con facultades para recepción de estudiantes de grado, concurrencia y residencia) a fin de facilitar la producción y transmisión de saberes y conocimientos interdisciplinarios, acorde a las recomendaciones y exigencias normativas.

Bibliografía:

- AMICO, Lucía del Carmen, (2004). “Desmanicomialización: hacia una transformación de los dispositivos hegemónicos de Salud Mental”, Margen 35. Disponible en: <https://www.margen.org/suscri/margen35/amico.htm>
- ANTIPAN Isabel y REYES Diego, (2014) “El Trabajo Social en Salud Mental: Un Trabajo Social Clínico”. Disponible en: https://www.academia.edu/35091792/Antipan_Isabel_y_Reyes_Diego_2014_El_Trabajo_Social_en_Salud_Mental_Un_Trabajo_Social_Cl%C3%ADnico
- BOURDIEU, Pierre, (1990). “Sociología y cultura” Algunas propiedades de los campos. México. Editorial: Grijabo.
- BOURDIEU Pierre y WACQUANT Louis, (2005). “Una Invitación a la sociología reflexiva”. La lógica de los campos. Buenos Aires, Editorial: Siglo XXI.
- CAVALLERI, Silvina; LÓPEZ, Ximena. (2009) “Debates contemporáneos y proyectos profesionales en el Trabajo Social”. En: Parra, G. (org.) El debate contemporáneo en el Trabajo Social Argentino. (1ª.Ed.). Cooperativas. Editorial. Argentina.
- CHESCHEIR, Martha. (1984) “Información básica para la práctica del Trabajo Social Clínico”. Disponible en: <https://repositorio.uc.cl/xmlui/bitstream/handle/11534/6161/000378407.pdf>
- DE LA ALDEA, Elena. (2014) “La subjetividad heroica”. Los talleres Cuidar al que cuida. Buenos Aires. Editorial: Los talleres.
- Declaración de Caracas, 14 de noviembre de 1990. Disponible en: https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf
- GARCIA FONSECA, Pilar; GARCIA SEDANO, Rosa; ESNAOLA SUQUÍA, Maite; CURIESES ALONSO Isi; ÁLVAREZ BLANCO Domi y MILLÁN SUSINOS, Raquel (2015) “El Trabajo Social en Mary Richmond. Fundamentación de su teoría”. Trabajo Social Hoy, 74, 17-34. doi 10.12960/TSH.2015.0002. Disponible en: <http://www.trabajosocialhoy.com/articulo/98/el-trabajo-social-en-mary-richmond-fundamentacion-de-su-teoria/>
- GOFFMAN, Erving, (1992). “Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales” Buenos Aires. 1° ed. 4ta reimp. Amorrortu editores.

- GONZÁLEZ-SAIBENE, Alicia (2014) “Acerca de la intervención” Revista Rumbo TS n° 11. Disponible en: <http://revistafacso.ucentral.cl/index.php/rumbos/article/view/82/78>
- KUHN, Thomas; (1977). “La tensión esencial”.
- Ley Federal de Trabajo Social, n° 27072. 10 de diciembre de 2014. Disponible en: <https://www.trabajo-social.org.ar/ley-federal/>
- Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones, n° 26.657. 25 de noviembre de 2010. Disponible en : <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Ley Nacional de Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación de las personas con discapacidad, n° 24.901. 5 de noviembre de 1997. Disponible en: <http://www.bnm.me.gov.ar/giga1/normas/5940.pdf>
- Ley Nacional del Paciente, n° 26.529. 21 de octubre 2009, Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>
- Ley Provincial de Salud Mental, n° 10.772. 25 de noviembre de 1991. Disponible en: <https://www.santafe.gob.ar/index.php/web/content/download/33098/171113/file/Ley%20Provincial%2010772.pdf>
- MARTÍNEZ-HERNÁNDEZ, Ángel, CORREA-URQUIZA, Martín; (2017). “Un saber menos dado: nuevos posicionamientos en el campo de la Salud Mental Colectiva”
- MENÉNDEZ, Eduardo. (1988) “Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud.” Disponible en: 26 http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf
- Ministerio de Salud. (2018) “Lineamientos para la atención de la urgencia en Salud Mental”, Dirección de Salud Mental y Adicciones. Buenos Aires.
- MOFFATT, Alfredo (1974) “Breviario: En caso de angustia: rompa la tapa” , sin datos de publicación. Disponible en: <http://www.moffatt.com.ar/>
- MOFFATT, Alfredo (1997) “Socioterapia para sectores marginados”. Disponible: <http://www.moffatt.com.ar/>

- MOFFATT, Alfredo (2007) "Terapia de crisis. Emergencia psicológica". Disponible: <http://www.moffatt.com.ar/>
- MORENO, Tatiana. (2015) Ficha de cátedra: Lingüística y Discursividad Social "La palabra de la ley en el campo de la Salud Mental Sobre la Ley N°26657 y sus decires". Universidad Nacional de Rosario. Disponible en: <https://linguisticaydiscursividadesocialunr.files.wordpress.com/2015/04/moreno-ley-nc-2ba-26657-y-sus-decires.pdf>
- RICHMOND, Mary (1962) "El Caso Social Individual" Buenos Aires: Humanitas.
- VASCONCELOS, Eduardo. (2000). Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. Sao Paulo: Cortes.
- WAGNER de SOUSA CAMPOS, Gastón (1997) "La Clínica del Sujeto: Por una clínica reformada y ampliada". Disponible en: https://salud.rionegro.gov.ar/documentos/salud_mental/Gestion%20en%20Salud.%20Sousa%20Campos.pdf