

Artículos seleccionados

“(Re) pensado la intervención profesional de los equipos de salud*, en los hospitales de salud mental, a partir de una mirada social y de género¹

Carolina Del Valle* y Elizabeth Vicente**

Fecha de recepción: 7 de marzo de 2014
Fecha de aceptación: 15 de mayo de 2014
Correspondencia a: Carolina Del Valle
Correo electrónico: carodelvalle@hotmail.com

*. Estudiante. Carrera de Trabajo Social. UBA.

** . Estudiante. Carrera de Trabajo Social. UBA.

Resumen:

Las intervenciones en el campo de la salud mental son (re) construidas a partir de las representaciones sociales que cada profesional tiene. De esta manera, estas intervenciones nunca pueden ser consideradas como objetivas, ya que cada proceso y práctica profesional que se lleva a cabo está cargada de subjetividades, imaginarios, discursos y representaciones. Por otra parte, estas intervenciones deben ser (re) pensadas desde diferentes miradas –histórica, social, de género, política– para lograr un análisis crítico de las mismas. Consideramos, que las intervenciones son prácticas, y los discursos en torno a ellas, que interpelan tanto a lxs profesionales como a lxs sujetxs/ poblaciones destinatarixs.

A partir de entrevistas realizadas en hospitales de salud mental, desde un enfoque cualitativo, damos cuenta de la manera en la que se (re) construyen las intervenciones

*. En el Hospital de Hombres, el equipo de salud está conformado por: Psicólogos, Psiquiatra, Médica Clínica, Enfermera, Trabajadora Social y Jefe del Servicio. En el Hospital de Mujeres: Psicóloga, Psiquiatra, Trabajadora Social, Jefa del Pabellón.

1. Este artículo se enmarca en la Programación científica UBACyT 20020120200216 “Juventud(es) y nuevas configuraciones identitarias en la vida cotidiana. Una mirada socio antropológica desde el género, la cultura, la militancia, y la(s) política(s)”. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

llevadas a cabo por profesionales de la salud con lxs sujetxs internadxs. A su vez, mirar esta situación desde una perspectiva de género, nos permite visibilizar la manera en que los procesos de intervención son construidos actualmente por los diferentes equipos de salud, como así también todas aquellas cuestiones que quedan por fuera de estas intervenciones y que traen aparejadas como consecuencia, la falta de un abordaje integral en el campo de la salud mental.

Palabras clave: Intervención profesional – Salud mental – Género.

Resumo

As intervenções no campo da saúde mental são construídos a partir das representações sociais que cada profissional tem. Assim, essas intervenções nunca pode ser considerada objetiva, uma vez que cada processo e prática profissional que é realizado é repleta de subjetividade, imaginário, discursos e performances. Além disso, essas intervenções devem ser projetados a partir de diferentes perspectivas - históricas, sociais, de gênero, políticas, entre outros - para realizar uma análise crítica deles. Nós acreditamos que as intervenções são práticas e discursos em torno delas, que apelam para os profissionais e as populações sujeito / alvo. A partir de entrevistas realizadas em hospitais de saúde mental, a partir de uma abordagem qualitativa, perceber como as intervenções realizadas pelos profissionais de saúde, com estágios sujeitos são construídos. Por sua vez, olhar para esta situação a partir de uma perspectiva de gênero, nos permite visualizar como os processos de intervenção atualmente são construídos por diferentes equipes de saúde, bem como todos os assuntos que estão fora dessas intervenções e trazendo manipuladas, como resultado da falta de uma abordagem integrada no campo da saúde mental.

Palabras chave: Intervenção profissional, saúde mental, de gênero.

Presentación

En este artículo nos interesa dar cuenta, la manera en la que se construyen las intervenciones profesionales en los espacios públicos de salud mental, sus particularidades y características, como así también las prácticas que construyen lxs profesionales, el desarrollo del trabajo en equipo y las intervenciones interdisciplinarias. A su vez, a partir de conocer estas cuestiones, (re) pensamos la manera en la que estas intervenciones pueden constituirse en líneas de acción que tengan en cuenta la complementariedad e integralidad de todos los fenómenos, los que atraviesan un proceso de intervención.

Este tema ya ha sido trabajado en nuestro Trabajo de Investigación Final (TIF), para la Carrera de

Trabajo Social (UBA)². Es por esto que consideramos pertinente, adaptar y difundir uno de los capítulos del mismo al presente artículo. Nuestra indagación da cuenta de como se ponen en juego las prácticas profesionales, específicamente en los hospitales de salud mental. Para esto, realizamos entrevistas a profesionales que conforman equipos de salud en dos hospitales monovalentes, ubicados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. A su vez, estos dispositivos se caracterizan por brindar atención y tratamiento a una población específica: un hospital de salud mental solo para hombres y otro solo para mujeres. Esta lógica de funcionamiento institucional toma una fuerte relevancia en nuestra indagación, ya que consideramos que para lograr un análisis crítico del tema que investigamos, no solo es necesario tener presente aspectos sociales y políticos que

2. Este artículo es una profundización y reflexión basada en el Capítulo III: "(Re) Pensando la intervención profesional a partir de una mirada social y de género", de la tesis de licenciatura "(Re) Pensando la intervención profesional a partir de una mirada social y de género en el campo de la salud mental", realizada por las autoras junto a Mariela Zurita, presentada y aprobada en el marco de las tesis de grado en el mes de octubre del año 2013.

lo atraviesan, sino también una mirada de género que cuestione y visibilice la manera en la que se perpetúan ciertas líneas de acción como así también se (re) construyen las intervenciones profesionales. Ahora bien, para contribuir desde esta perspectiva, a lo largo del artículo, utilizaremos un lenguaje no sexista, el cual busca evitar reproducir estereotipos de género. En nuestro lenguaje es frecuente expresarnos utilizando generalizaciones en masculino, invisibilizando al colectivo de mujeres. Es por esto que reemplazamos estas expresiones por un lenguaje que consideramos más inclusivo, colocando una “x”, en reemplazo de aquella vocal que generalice e invisibilice a un grupo de sujetos.³

Por otro lado, a lo largo de este artículo, consideramos que dar cuenta de las intervenciones profesionales puede ser posible, mediante la articulación entre: su conceptualización y los diversos discursos de los profesionales entrevistados. Entendiendo que para lograr una relación dialéctica entre ambas, se ponen en juego tanto la teoría como la práctica. Para esto utilizamos fracciones de los comentarios recolectados en las entrevistas.

La intervención profesional desde una mirada de género

Una “intervención profesional” surge y se inicia a partir de la existencia de la demanda de un/a “otrx”. Además, (...) intervenir implica la construcción de una lógica del acontecimiento fundante de la demanda desde cierto marco teórico o campo de saber.” (Carballeda, 2002:94). Es importante remarcar en este punto que cuando se habla de marcos teóricos o campos de saber, estos no solo deben incluir particularidades propias de cada disciplina, como lo médico, lo biológico, lo social, etc. Por el contrario, consideramos de suma relevancia, que cuando un/a profesional adquiere y construye su campo de saber debe poder incluir otros argumentos, que permitan am-

pliar su mirada, para así cimentar intervenciones integrales que tengan en cuenta tanto lo biológico y lo social de cada sujeto, como también los fenómenos políticos, culturales e institucionales, los cuales atraviesan a lxs sujetos de intervención como al profesional. Es decir, la intervención es un momento donde el/la profesional lleva a cabo su trabajo, (re) configurando, desnaturalizando las situaciones problemáticas y las relaciones sociales que en estos momentos se presentan y se desarrollan (Cazzaniga, 2001). Con esto último, queremos hacer hincapié en el hecho de que la construcción de la intervención profesional e interdisciplinaria, debe tener en cuenta -entre tantas otras especificidades como grupo etario, etnia, grupo social, religión, etc.- una perspectiva de género, la cual permita visualizar y (re) preguntar, qué significa realmente trabajar con poblaciones específicas: hombres o mujeres. Asimismo, qué implicancias tienen las intervenciones sobre lxs sujetos, si estas cuestiones no son tenidas en cuenta; cuál es la manera en la que se interpela al/a la otrx si se interviene desde modalidades de intervención rígidas, objetivas y preestablecidas que ignoran las particularidades de cada situación y de cada sujeto. En este artículo, instaremos a representar la salud mental desde una mirada relacional entre hombres y mujeres. Es decir, desde una perspectiva que visibilice las desigualdades de los estereotipos de género que se (re) producen en las instituciones, y que obstaculizan una mirada integral de la intervención en el campo de la salud mental, como también la conceptualización diferenciada entre las categorías sexo-género-sexualidad. El género se define como una categoría de análisis que siempre se piensa articulada en relación a otras categorías (etnia, generacional, orientación sexual), y al mismo tiempo da cuenta de relaciones de poder existentes en los ámbitos sociales, políticos, económicos, entre los sexos, etc. A su vez, cabe remarcar que tanto el género como la sexualidad son construcciones sociales, históricas, culturales y fundamentalmente políticas. Es decir, que estas

3. Las autoras, al igual que el equipo de investigación en donde participamos, optamos por utilizar el lenguaje escrito como una forma de visibilizar las marcas genéricas, por ello utilizamos la “x” cuando nos referimos a universales en los que pueden incluirse todas las personas, sin importar si se reconocen como mujeres, varones o trans. Si bien el uso de “X” es algo informal, o inclusive incómodo, su uso en ámbitos formales como la academia, es una herramienta de explicitación de la heteronormatividad del lenguaje. El uso de la “x” puede ajustarse a cada persona sin re-producir, a través del poder del lenguaje, la creencia en dos géneros/sexos, que, siguiendo a Wittig (1986) es una base fundamental no sólo del sexismo, sino también de la homofobia y la heteronormalización.

dos categorías no están determinadas biológicamente, aunque si incluyen al sexo biológico (Rubin, 1989). Entender al género como una construcción social, nos permite visibilizar sus contenidos, sus formas de expresarse tanto en cada sujeta como en las instituciones. Es así que resulta imprescindible, desde el espacio de la intervención profesional, que se tome en cuenta que estos dispositivos de salud además de separar a las poblaciones en hombres y mujeres, (re) producen construcciones alrededor de la masculinidad y de la feminidad, las cuales hacen referencia directa a configuraciones de prácticas de género. Es decir, estos hospitales públicos son atravesados, desde sus inicios, por las categorías de sexo-género-sexualidad, configurándose en nuestra sociedad moderna occidental, como instituciones machistas (Connell, 1997), que excluyen la idea de que lo femenino y lo masculino definen también: formas de sentir y percibir nuestro cuerpo, como así también las maneras de "padecer y/o de estar enfermx".

Los procesos de intervención profesional son momentos y lugares artificiales que construye cada profesional, según su disciplina, para llevar a cabo sus prácticas/trabajo, teniendo siempre presente las diferentes representaciones sociales que se ponen en juego ante una demanda, dentro de un marco institucional determinado y bajo relaciones sociales específicas.

"Nosotros hacemos la entrevista de admisión en el lugar de origen de ingreso del paciente (...) nos piden que el paciente, por sus características clínicas o determinado fin, venga para acá, y ahí vamos evaluando con el Servicio de origen; vamos con el médico clínico y vamos con un psicólogo a ver si el paciente es pasible de un tratamiento en este servicio."
(Profesional del hospital de hombres, agosto de 2013)

La intervención, en algunos casos, es entendida como un proceso que se construye y se recons-

truye a partir de la dinámica propia que implica intervenir con personas. Sin embargo, estas intervenciones siguen dejando de lado, cuestiones que permiten realmente pensar en procesos de intervención y abordajes integrales en el campo de la salud mental.

"La intervención tiene que ver con una orientación y contención de la paciente, según su patología. Tiene que ver con una subjetivación de la persona, que en muchas circunstancias han sido abandonadas por su familia o no han colaborado en su entorno."
(Profesional del hospital de mujeres, agosto de 2013)

Cabe destacar, igualmente, que los procesos de intervención nunca se dan de manera lineal, sino que son flexibles, se enmarcan en una estrategia dialéctica y tienen por objeto, entre otras cosas, llevar a cabo una comprensión e identificación de la demanda que se convertirá tanto en una intervención; como así también en la interpretación y análisis crítico de las necesidades e intereses que presenten lxs actorxs demandantes. Igualmente, es fundamental tener presente, que los recursos y las políticas sociales con las que se trabaja son herramientas de poder del Estado que se muestran como objetivas pero que (re) producen representaciones y significaciones de "poblaciones beneficiarias" homogéneas, sin distinguir que estas "poblaciones", en el caso particular de los hospitales, intervienen con sujetos específicos: hombres y mujeres con (re) configuraciones de género diversas⁴: masculinos, femeninos, trans, travestis, y otros tantos -teniendo en cuenta que cada persona reivindica su género a partir de la manera en la que se identifica-. Es por esto que sostenemos, que es necesario asumir una postura crítica, desde la intervención profesional, para evidenciar y problematizar tanto el espacio de intervención, como así también las lógicas institucionales y las políticas sociales y los recursos, en los que cada profesional y equipo de trabajo se inserta y con lo que se trabaja.

4. Para ampliar información sobre esto, recomendamos los textos de: Barreda, V. (1993) "Cuando lo femenino está en otra parte". Revista de Antropología. Año 2, N° 3; Barreda, V.; Insardi, V.; y Alarcón, G. (2003) "Prevención y travestismo: género, cuerpo e identidad". Publicación de la Coordinación Sida del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Año 3, N° 3; Butler, J. (2006). "Regulaciones de género." Revista de Estudios de Género. La ventana N° 23. México: Universidad de Guadalajara; Fernández, J. (2004) Cuerpos desobedientes. Travestismo e identidad de género. Buenos Aires: Edhasa.

Reconstruyendo la interdisciplinaria en los equipos de salud

Los equipos de salud de ambos hospitales -en el discurso y en la práctica- se muestran interdisciplinarios; las relaciones entre las diferentes disciplinas parecen funcionar en dos sentidos: primero en el individual, donde cada profesional realiza su intervención; segundo en el trabajo en equipo o interdisciplinario, donde de manera conjunta se “habla/trata” cada caso y se busca establecer el tratamiento y el proceso de intervención a seguir. Los profesionales entrevistados expresan al respecto:

“...hacemos asambleas de convivencia, reuniones de equipo los miércoles, con enfermeros, médicos, psicólogos, trabajadores sociales. En las reuniones hablamos de los resultados de tratamientos, si hay alguna cosa para corregir, el abordaje psiquiátrico, psicológico, social... esas son las más importantes.”
(Profesional del hospital de hombres, agosto 2013)

“El trabajo siempre es interdisciplinario. El médico trabaja con el tratamiento psicofarmacológico. Las trabajadoras sociales también trabajan en lo suyo. Cada caso para nosotros tiene la intervención de las 3 disciplinas. (...) La persona tiene una historicidad que no puede ni debe cortarse con una internación. De ahí es que se necesita de un trabajo interdisciplinario.”
(Profesional del hospital de mujeres, agosto 2013)

Cabe destacar que para pensar en formas de abordajes interdisciplinarios es necesario “... programar cuidadosamente la forma y las condiciones en que el mismo se desenvuelve. (...) la yuxtaposición de disciplinas o su encuentro casual no es interdisciplina.” (Stolkiner, 1999: s/d).

Para que el trabajo interdisciplinario se manifieste como tal, es necesario que todos los saberes y los inter-saberes se complementen para armar una perspectiva de trabajo e intervención. Es en esta medida que consideramos, que la interdisciplinaria permite realizar intervenciones desde una perspectiva de complementariedad e integra-

lidad. A su vez, trabajar interdisciplinariamente de esta forma permite romper -en la medida de lo posible- con las fragmentaciones de los fenómenos, situaciones y sujetos con los que se interviene. Sin embargo, se observó durante las entrevistas que hay saberes e inter-saberes, como ser la relación sexo-género-sexualidad, que quedan por fuera de las intervenciones obstaculizando la posibilidad de realizar abordajes integrales. Es en este punto nos interesa remarcar, que el abordaje interdisciplinario permite que las prácticas profesionales sean encaradas desde dimensiones conceptuales, prácticas y políticas, de manera simultánea, lo cual genera que la misma se constituya en un modo de abordaje enriquecedor tanto para los sujetos demandantes como para los profesionales y trabajadoras de la salud en general. Asimismo, es necesario tener presente que las intervenciones interdisciplinarias, en el campo de la salud mental, a lo largo de la historia, fueron modificándose y adaptándose a los cambios sociales, económicos, políticos y culturales que atraviesan las sociedades. Estos cambios transforman consigo, las modalidades de inserción e intervención propias de cada disciplina y de la interdisciplina, pero fundamentalmente, es necesario comprender que todos estos aspectos tienen una marcada incidencia en las formas de intervención profesional en nuestra actualidad.

Modalidades de intervención en los hospitales de salud mental

Es interesante resaltar la manera en que la intervención, tanto de cada profesional, como la interdisciplinaria, se organiza, enmarca y direcciona en diferentes tipos de modalidades de prácticas que buscan un objetivo o fin determinado.

La construcción de posibles líneas de intervención varía en tiempo y espacio; nuestro discurso siempre está ligado a nuestras prácticas, y viceversa. Las modalidades de intervención nos interpelan como profesionales tanto en nuestra práctica como en las posiciones éticas y políticas que nos definen, ya que no solo se pone en juego “lo que hacemos/decimos” sino que también toma relevancia desde que posturas actuamos y hablamos. De esta manera, damos cuenta de

aquellas líneas de acción que se observaron a lo largo de las entrevistas realizadas, en ambos hospitales. A modo de análisis podemos visualizar al menos dos modalidades de intervención que, creemos, se contraponen. Por un lado, aborda-jes que tienen en cuenta la mirada de lxs propixs actorxs, reconociéndolxs como sujetxs plenxs, con potencialidades y condicionantes, producto y productoxs de la misma historia, atravesadx por aspectos universales, particulares y singulares, inmersos en entramados sociales complejos (Cazzaniga, 2001).

"...conocer la situación social y familiar de los hombres que ingresan al servicio es sumamente necesario para lograr la intervención que el equipo desea."

(Profesional del hospital de hombres, agosto 2013)

"...si hay dispositivos de salud mental en el barrio donde viven, les recomendamos continuar el tratamiento cerca de su casa, pero eso casi nunca pasa..."

(Profesional del hospital de mujeres, agosto 2013)

En general, estas líneas de acción permiten enmarcar las situaciones problemáticas en contextos socioeconómicos y políticos más amplios, además de tener presente los factores individuales y colectivos (Grimberg, 1996).

"...acá se trabaja con la rehabilitación psicosocial. Para esta no solo se necesitan terapistas ocupacionales sino la participación de diversos profesionales. Solemos trabajar todos los profesionales: psicólogos, psiquiatras, la asistente social, los ad honoren como ser los músico terapeutas – Además, comenta – quisiera tener un antropólogo y un sociólogo, ellos también deberían ser ad honoren, para trabajar acá."

(Profesional del hospital de mujeres, agosto 2013)

En lo concreto, estas líneas de acción se caracterizan por ser proyectos, acciones y actividades positivas, repensadas desde modelos solidarios que rompen con la institución total, y que nos permite pensar estrategias para trabajar en los di-

ferentes niveles de intervención como comunitario, individual-familiar, etc., dejando de lado -en la medida de lo posible- aquellas prácticas disciplinantes, que estigmatizan y excluyen.

Por otro lado, están aquellas modalidades de intervención que abordan a lxs sujetxs entendiéndolxs como "merecedorxs" de lo que les sucede, por lo tanto se lxs carga de culpa y responsabilidad individual: carga que es tanto social como moral, las cuales parecen justificar las prácticas de exclusión del conjunto social que se ejecutan en algunas de las intervenciones con lxs sujetxs.

"En pacientes psiquiátricos es más complicado esto, porque no respetan las conductas de cuidado. Cualquiera otra persona lo entiende a esto. Es un trabajo difícil, le decís que no coman tal cosa y no les importa".

(Profesional del hospital de hombres, agosto 2013)

Y las representaciones respecto al género no quedan por fuera de tales percepciones:

"...las mujeres están muy absorbidas por la enfermedad psiquiátrica. Son pacientes que pierden afectividad, autonomía, las familias no ayudan en nada al tratamiento psiquiátrico... compensarlas es un camino cuesta arriba."

(Profesional del hospital de mujeres, agosto 2013)

Tales intervenciones se caracteriza por llevar a cabo funciones de control social sobre lxs sujetxs consideradx como "desajustadx" del medio social debido a una serie de conductas y comportamientos que desarrollan (Marquez, 1995; Grimberg, 1996). A esto se suman otro tipo de formas de concebir a lxs sujetxs, que lxs etiqueta como "peligrosxs" y lxs construye como "el/la otrx", diferente a lo que la norma vigente acepta, naturalizando qué causas y qué procesos llevaron a que ciertxs sujetxs esten atravesando problemas (sociales, de salud, etc.). Las prácticas que se llevan a cabo desde este tipo de modalidad de intervención, tienen como propósito: corregir, adaptar, rehabilitar y resocializar a lxs sujetxs; y tienen como consecuencia la: institucionalización, estigmatización, etiquetamiento, control de

los cuerpos, vigilancia de las enfermedades, entre otros.

Ahora bien, es necesario pensar que estas modalidades se entrecruzan, por lo tanto una intervención se conforma a partir de su complementariedad, tanto de lo que nos resulta “más amigable” como de lo “menos”. Teniendo en cuenta esto, lxs profesionales de la salud como los equipos que ellxs conforman, deben construir sus prácticas profesionales desde la desnaturalización del orden social vigente, problematizando y visibilizando las prácticas de control social, las relaciones de poder y de desigualdad que existen, la puja de intereses que se ponen en juego en cada una de ellas, y, fundamentalmente, quiénes son lxs actorxs y grupos sociales involucrados, junto con la posición que cada unx tienen en estas relaciones sociales.

Actualmente, se puede observar que los hospitales de salud mental atraviesan simultáneamente dos prácticas de intervención diferentes: la práctica tradicional, del Modelo Médico Hegemónico y, las prácticas alternativas contemporáneas, como la desmanicomialización y desinstitucionalización. Entre estas dos prácticas existe una puja de intereses, por un lado la hegemónica, legítima e instituida, por otro lado, las prácticas instituyentes, que luchan por legitimar su movimiento (Faraone, 2001). Desde estas líneas de acción, es posible llevar a cabo prácticas donde se piensan como alternativas de intervención, la posibilidad de generar en lxs sujetxs, actualmente institucionalizadxs, una construcción de identidad, de ciudadanía, de inclusión e inserción social. Precisamente se busca, de esta manera, facilitar la inclusión de lxs sujetxs en los grupos sociales y en la comunidad misma, la ampliación y ejercicio pleno de la base social de la ciudadanía y, considerar a los individuos como sujetxs de derechos autónomos y con capacidad de reflexión, tanto individual como colectiva. Es así que las políticas desmanicomializadoras se enmarcan en la transformación total del modo de atención de la práctica psiquiátrica, con la finalidad de (re) crear redes, dispositivos, referentes sociales, comunitarios, familiares o vinculares que posibiliten la contención, rehabilitación y reinserción por fuera de los muros hospitalarios (Faraone, 2001).

No podemos dejar de mencionar que dichas perspectivas pueden verse reflejadas en la reglamentación de la nueva Ley de Salud Mental N° 26.657. Sin embargo, también es cierto que en algunas acciones políticas, en realidad, se esconde un interés económico, el cual se aleja de garantizar el pleno ejercicio de los derechos de lxs ciudadanxs.

Por último, creemos que son necesarios cambios estructurales en las lógicas de funcionamientos de estos hospitales, cambios que deben lograrse transformando, y no cerrando, los hospitales monovalentes en hospitales solidarios y amigables. Sostenemos que estos cambios pueden darse desde la perspectiva desmanicomializadora, que propone intervenir desde una mirada interdisciplinaria e interinstitucional, conformando de esta manera equipos de salud con diversxs profesionales: psiquiatras, médicxs clínicxs, psicólogxs, trabajadorxs sociales, terapeutas ocupacionales y enfermerxs, entre otrxs; y una articulación permanente entre los diferentes dispositivos existentes en la sociedad. Además, se lleva adelante un desplazamiento de la visión hospitalocéntrica, para así instaurar una atención de la salud mental que incorpore tanto los referentes comunitarios y sociales, como los familiares y afectivos.

¿Cuáles son las funciones del Trabajo Social en los equipos de salud?

El accionar de la profesión en el campo de la salud mental, al igual que todos los campos, se encuentra atado a determinadas conceptualizaciones y valorizaciones respecto de lxs sujetxs y al mundo. Esta misma cosmovisión es la que determina el tipo de intervención llevado a cabo por el Trabajo Social. Es en este punto debemos tener en cuenta, que nuestra disciplina, al igual que lxs sujetxs que atraviesan problemas de salud mental, se configuran a partir de la construcción de representaciones sociales respecto a quienes somos y lo que hacemos, especialmente en el ámbito de la salud, y más complejo aún en el campo de la salud mental, dentro de las instituciones “asilares/totales”. Las representaciones del imaginario social respecto al “qué hacemos” y “para qué”, determinan las demandas y las expectativas

no solo de lxs sujetxs y sus familias, sino también de lxs demás profesionales. Del mismo modo, fuimos observando a lo largo de las prácticas pre-profesionales y de las entrevistas realizadas, ciertas expectativas y demandas que están estrechamente ligadas a las ideas de prácticas caritativas o higienistas, por las que fue atravesando la historia de la disciplina. Como la ayuda al prójimo, por la ayuda misma, o el disciplinamiento y la moralización por control social a lxs sujetxs y las familias.

Cabe destacar que venimos atravesando, cambios paradigmáticos respecto al abordaje e intervención en la salud mental. A su vez, a partir de la nueva Ley de Salud Mental (26.657) surge una concepción diferente de lxs sujetxs con dificultades en su salud mental: una mirada más integral. Junto con esta nueva perspectiva, se configuran un conjunto de nuevos dispositivos, a partir de los que se enmarcará la intervención profesional. Por lo cual, exige a lxs profesionales una revisión crítica de las determinadas percepciones, (pre) juicios valorativos, (pre) conceptos, empujándonos al posicionamiento ético-político, ideológico y subjetivo.

Ahora bien, a pesar de estas reconfiguraciones en la práctica profesional del Trabajo Social, igualmente se observa en determinados casos, como la disciplina queda relegada a un lugar inferior respecto de las otras disciplinas, como lo médica y/o psiquiátrica, dentro de estas instituciones hospitalarias. Esto queda expuesto en los siguientes relatos:

“...lo que pasa con muchos – profesionales del hospital- (es) que están absorbidos por la institución, que vienen a decirte: ‘Che, tenés un paciente para tramitarle una pensión’, por ejemplo. (...) me ha pasado con varios: ‘Te mando a fulanita para que hagas tal cosa.’, te dicen.

Pero en la práctica vos los vas ubicando. Les digo: ‘Tengo que entrevistarlos, para ver si es como vos lo pensás, capaz que no se puede por tal cosa, por ahí no se puede nada.’”

(Profesional del hospital de hombres, agosto 2013)

“Históricamente acá nos ‘matan’ a las trabajadoras sociales, porque el hospital siempre se manejó

con la interconsulta, y como el servicio social cuenta con los recursos necesarios, todas las interconsultas recaen en nuestro servicio.”

(Profesional del hospital de mujeres, agosto 2013)

Es así como el Trabajo Social como disciplina, se ve condicionado a la interpretación, que desde el Modelo Médico Hegemónico, se tiene del rol y del escenario de la profesión. Estas demandas que se le hace, están relacionadas con los imaginarios sociales respecto de las prácticas y el rol que ocupamos en la sociedad, como mencionábamos anteriormente. Estos ejemplos, a su vez, demuestran cómo se da una lucha por el capital simbólico dentro de instituciones totalizantes en las que la pretensión de poseer “la verdad”, es la estructura a partir de las que se rigen las prácticas de los agentes. En este punto, resulta necesario retomar a Foucault (1978), quien señala que la oposición entre lo verdadero y lo falso constituye uno de los tipos de exclusión que rigen la voluntad de saber, y que se ejercen a partir de la violencia y la coacción. Estas voluntades de saber se ejecutan sobre los otros discursos para lograr alcanzar el poder. De esta manera, la intervención desde el Trabajo Social, lucha por apartarse de la subalternidad disciplinaria a la cual está ligada, como por ejemplo la del/de la asistente o auxiliar del/de la médicx. Esto mismo da cuenta de la aparente dificultad para el ejercicio profesional autónomo, relacionándolo a los saberes instrumentales y técnicos que resultan necesarios para la situación particular, hecho que coarta las capacidades de trabajar integralmente en las situaciones sociales problemáticas que requieren de intervención.

Por otro lado, puede observarse que existe un discurso diferente al planteado, donde lxs profesionales de los equipos de salud dan cuenta que la función del Trabajo Social es fundamental y necesaria para lograr un abordaje interdisciplinario:

“Para nosotros es fundamental el rol del trabajador social, (...) no hay forma de concebir hoy un tratamiento de salud mental que no se base en la reinscripción, y en las posibilidades de recursos y de los derechos que tiene el paciente.”

(Profesional del hospital de hombres, agosto 2013)

“No se puede trabajar sin el otro. Hacemos una red de contención con el paciente y después extendemos esta red a los social, a lo familiar.”

(Profesional del hospital de mujeres, agosto 2013)

Lo expresado por profesionales de ambos equipos de salud, supera la mirada de “ayudante/auxiliar” del trabajador social y no cae en el análisis de lo simple, lo dado. De esta manera, se recurre a lxs trabajadorxs sociales con el objetivo de contextualizar socialmente a las personas que llegan a ambos hospitales.

Consideraciones finales

Se puede observar como lxs diferentes profesionales de la salud, generalizan bajo la nomenclatura “paciente psiquiátricx” a lxs sujetxs internadxs – lógica institucional que tiene más de 100 años. Falta cuestionarse por qué sucede esto, o sobre las implicancias que tiene intervenir sólo con hombres o con mujeres, y de qué manera repercute en lxs sujetxs internadxs, que lxs profesionales de la salud no tengan presente estas cuestiones. Consideramos que si tenemos presente estas cuestiones, es posible cambiar las concepciones que tenemos de las personas con problemas de salud mental. Asimismo, creemos que el modo de concebir “al/la otrx”, esta directamente relacionado con la manera en la que lxs tratamxs y con la forma en que construimos los procesos de intervención y las estrategias. O sea, si consideramos a lxs sujetxs institucionalizadxs como meros “pacientes” y no como sujetxs de derechos, si no logramos distinguir las diferencias entre los hombres y mujeres insitucionalizadxs, entonces seguimos reproduciendo y sosteniendo que los aparatos estatales pueden ejercer control y poder sobre sus cuerpos, despojándolxs de sus singularidades, de sus capacidades como ciudadanxs, como sujetxs; de sus derechos, de poder decidir que hacer y de respetarlxs por eso, entre otras cosas.

Ahora bien, lo mencionado hasta aquí debe ser parte de todo proceso de intervención profesional que se construya, ya que, por un lado, las maneras que tenemos lxs sujetxs de “padecer” o “estar enfermxs” depende de cómo nuestros cuerpos son estructurados, condicionados y determinados social

y culturalmente. Por otro lado, lxs profesionales de la salud deben reconocer y visibilizar las representaciones sociales que se (re) construyen alrededor de los “pacientes psiquiátricxs” y de su sexualidad y género, para así poder (re) pensar sobre la realidad sexual en la que lxs mismxs están insertxs, y en la interacción continua que se genera en el espacio de la intervención. Es de esta manera, que se puede empezar a recorrer un camino alternativo al que se construyó desde las disciplinas hegemónicas como la médica y jurídica -influenciadas por discursos y prácticas esencialistas, positivistas y moralistas entre tantas-, las cuales han llevado a cabo prácticas de disciplinamiento, de control y de vigilancia sobre los individuos, y bajo estos parámetros es que, todavía en la actualidad, tienen lugar relaciones de género inequitativas en diversos aspectos, como ser: acceso a la salud, a tratamientos, el tipo de atención, la contención, etc. Estas cuestiones, no debemos solo hacerlas desde el Trabajo Social, sino desde todo el conjunto de disciplinas que intervienen en el campo de la salud, ya que consideramos que cuestionar y cuestionarnos sobre esto, nos permitirá romper con el mandato cultural opresivo en el que estamos insertos. Mandato que oprime según: sexualidad, género, clase social, etnia, nacionalidad, entre otros. Todos estos campos están atravesados por relaciones de poder y mediatizados por representaciones sociales y significados culturales, determinados en cada momento histórico.

Para finalizar, consideramos que los equipos de salud y sus intervenciones interdisciplinarias deben ser el resultado de un espacio construido entre todxs lxs profesionales que formen parte del mismo, el cual tenga como propósito llevar a cabo un proceso que pone en juego la diversidad de conocimientos que tienen lxs profesionales y lxs trabajadorxs de la salud en general, con respecto a diferentes situaciones, con el objeto de generar instancias superadoras de reflexión y aprendizaje en torno a las prácticas profesionales. Es decir, en un abordaje interdisciplinario, deben formar parte de este espacio, los elementos teóricos y metodológicos que tienen lxs profesionales y sujetxs que los conforman, ya que son estos elementos los que van configurando la relación dialéctica que allí se genera, buscando una reflexión crítica de las intervenciones realizadas y por realizar.

Bibliografía

- Carballeda, A. (2002). *La intervención en lo social. Exclusión e integración en los nuevos escenarios sociales*, Paidós, Buenos Aires.
- Cazzaniga, S. (2001). *Metodología: el abordaje desde la singularidad en Cuadernillo temático Desde el Fondo N° 22*, Centro de Documentación, FTS, UNER, Paraná.
- Connell, R. (1997). *La organización social de la masculinidad en Masculinidades. Poder y crisis*. Valdéz, T. y Olavarría, J. (edit.), Ediciones de las mujeres N° 24, Santiago de Chile.
- Faraone, S. (2001). *La transformación en salud mental. Una mirada desde los ejes cura y control*. Ponencia Hospital Borda. Buenos Aires.
- Foucault, M. (1978). *La gubernamentalidad, lección del 1 de febrero de 1978 del Curso en el Collage de France: Seguridad, territorio y población*, Aut-Aut, N° 167-168.
- Grimberg, M. (1996). *La construcción social del problema VIH-SIDA: Tensiones Conceptuales*, Seminario sobre SIDA, ed. de la Carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales de la UBA, Buenos Aires.
- Marquez, M. (1995). *De la discriminación a la solidaridad. El grupo de ayuda mutua y las personas infectadas de VIH/SIDA*, Editorial Cairos, Buenos Aires.
- Rubin, G. (1989). *Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad en Placer y Peligro. Explorando la sexualidad femenina*, Revolución, Madrid.
- Stolkiner, A. (1999). *La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas en Revista Campo Psi, Año 3, N° 10*, Rosario. [en línea. Disponible en: <http://www.campopsi.com.ar/lecturas/stolkiner.htm>]
- Wittig, M. (1986). *The Mark of Gender. Feminist Issues 5.2 (1985): 3-12*. Rpt. *The Poetics of Gender*. Ed. Nancy Miller. Columbia University Press: 63-73. New York.