



Sujetos inesperados... ¿hasta cuándo? Acerca de un caso clínico

Unexpected subjects... until when? About a clinical case.

Luciana Di Mare Durán | Juliana Presa

Luciana Di Mare Durán

Licenciada en Trabajo Social. Residente de Trabajo Social del Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear.

lucianadimareduran@gmail.com

Juliana Presa

Licenciada en Terapia Ocupacional. Residente de Terapia Ocupacional del Hospital de Emergencias Psiquiátricas Torcuato de Alvear.

presa.juliana@gmail.com

Resumen

El presente trabajo se configura en el marco de la residencia de Trabajo Social (TS) y Terapia Ocupacional (TO) de un Hospital de Emergencias Psiquiátricas del GCBA, e intenta reflexionar acerca del alojamiento subjetivo y la accesibilidad a la salud a través de un caso de padecimiento mental y consumo problemático de sustancias. A su vez, expone algunas directrices de trabajo y abre el diálogo en relación a las posibilidades de accionar que tenemos los profesionales de la salud en formación dentro de la situación institucional, siendo ésta reflejo de procesos políticos, sociales, culturales y económicos de nuestro país.

Palabras clave: salud mental, acogimiento, accesibilidad a servicios de salud, servicio social, Terapia Ocupacional.

Abstract

This work is configured within the framework of Social Work (TS) and Occupational Therapy (OT) residence of a Psychiatric Emergency Hospital of the Government of the City of Buenos Aires (GCBA), and attempts to reflect subjective placement and accessibility to health through a case of mental illness and problematic substance use. At the same time, possible work guidelines are exposed and open the dialogue in relation to the possibilities of action that health professionals in training have, within the institutional situation, being this a reflection of political, social, cultural and economic processes of our country.

Key words: mental health, user embracement, health service accessibility, social work, occupational therapy.

Introducción

El presente escrito interdisciplinario pretende compartir una experiencia desde la inserción en las entrevistas de admisión de Consultorios Externos llevadas a cabo por los residentes de un Hospital de Emergencias Psiquiátricas del GCBA.

Dentro de este trabajo se realizará una aproximación a algunos interrogantes que surgen a partir de una viñeta clínica, la cual permitió repensar y dar cuenta de las trayectorias institucionales de los pacientes con padecimientos de salud mental y consumo problemático de sustancias. Asimismo, la elección del caso seleccionado posibilita comprender la situación institucional como reflejo de procesos políticos, sociales, culturales y económicos de nuestro país.

Esta viñeta clínica se desprende de una entrevista de admisión a un tratamiento de tipo ambulatorio en consultorios externos que realiza un equipo interdisciplinario (compuesto por dos residentes de Psiquiatría, dos residentes de Psicología, una residente de Trabajo Social y una residente de Terapia Ocupacional). Esta se efectúa en un hospital monovalente especializado en salud mental del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que cuenta con los siguientes criterios de admisión: pacientes entre 16 y 65 años de edad en un momento agudo de un padecimiento mental. Cabe mencionar que la interpretación de lo que implica un “momento agudo de un padecimiento mental” queda sujeto a cada equipo admisor al momento de la entrevista.

Asimismo, la modalidad de admisión también varía según el equipo, ya sea por la cantidad de profesionales que participan, las disciplinas que se incluyen, el número de entrevistas y el pedido de acompañamiento de un referente afectivo según la particularidad de la situación. Si bien desde la residencia se promueve que los equipos admisores cuenten con un profesional de cada disciplina, esto no es posible en todos los casos dado que el número de residentes de Trabajo Social y de Terapia Ocupacional es menor en proporción al del resto de las disciplinas. Esto motiva a que luego de la entrevista se destine un momento al encuentro de todos los equipos vinculados con la admisión a fin de pensar en conjunto la pertinencia del paciente en el dispositivo y, de ser admitido, los espacios terapéuticos que se incluirán en el tratamiento.

Desarrollo

Entrevista de admisión

Mariano¹ tiene 20 años concurre con su madre a la entrevista de admisión en un hospital monovalente especializado en salud mental del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, derivado de la guardia de un hospital general de zona

1 Por motivos de confidencialidad del paciente se utilizó un nombre ficticio para el presente trabajo, a fin de que no pueda ser identificado su titular.

sur de dicha ciudad y tras tres meses de haber mantenido controles por guardia. Como motivo de consulta se presenta sintomatología ansiosa caracterizada por taquicardia, sudor frío, puntadas en el corazón, sensación de muerte inminente y “sentir olores” similares a pintura de auto o taller mecánico. El paciente ubica los inicios de esta sintomatología coincidentemente con el nacimiento de su hija y con la muerte de un amigo. Asimismo refiere intento de suicidio (por ahorcamiento), una semana antes de la entrevista, en contexto de consumo de pasta base y de discusión con su madre.

El paciente describe como antecedentes de salud haber tenido una convulsión febril a los 5 años la cual motiva un tratamiento neurológico en un hospital infanto juvenil especializado en salud mental, donde fue medicado con fenobarbital. Mariano refiere que a sus 6 años se lo diagnostica con un trastorno de déficit de atención con hiperactividad por lo cual recibe tratamiento farmacológico hasta los 14 años de edad. La madre del paciente, explica que desde los 6 años hasta los 11 años fue medicado con tioridazina, de los 11 a los 14 años con metilfenidato y posteriormente con risperidona. Además agrega que no cuenta con cierta documentación respaldatoria de los tratamientos que realizó Mariano con anterioridad por haber perdido todo a causa de un incendio en su vivienda hace aproximadamente 3 años atrás. Al momento de la entrevista niega haber tenido enfermedades clínicas de relevancia dentro de los últimos seis años.

En cuanto a los antecedentes personales, Mariano refiere convivir con su madre, padrastro y 3 hermanos varones. Indica que a sus 16 años se entera que su padre biológico no es la pareja de su madre, en palabras del paciente: *“Me mintieron toda la vida, el chabón que creía que era mi viejo nada que ver. Resulta que mi papá era un re mal tipo, pero también mi padrastro siempre me trato mal.”*

El paciente manifiesta dificultades en la convivencia relacionadas con discusiones recurrentes en donde identifica que constantemente se le recrimina su relación con el consumo problemático de sustancias y el no poder hacerse cargo de su hija. Durante la entrevista narra este entorno que lo angustia e identifica que se siente impedido de vivir con su pareja y su hija por la situación de consumo y el padecimiento que lo aqueja.

Actualmente se encuentra desempleado, se desempeña en trabajo informal como vendedor ambulante, el cual se desarrolla con dificultades debido a la situación sintomática. Comenta que anteriormente ha trabajado de repartidor y de albañil.

Mariano menciona no haber concluido sus estudios secundarios (realizó hasta 7mo grado inclusive). Relata que tenía mala conducta y que fue expulsado de la institución tras golpear a un profesor. Asimismo indica que desde los 14 años no ha po-

dido reinsertarse en el sistema educativo por falta de asignación de una maestra integradora que la institución educativa planteaba como requisito para su concurrencia.

La edad de desafiliación del sistema educativo coincide, según manifiesta el paciente, con los inicios de consumo de sustancias como marihuana, cocaína, pasta base y alcohol. Define el contexto de consumo en sus inicios y al momento actual emparentado con un grupo de amigos entre dos y tres años más grandes que él, con quienes se junta dentro de su barrio de pertenencia.

El paciente fue internado cuatro veces en “granjas comunitarias” de rehabilitación por consumo problemático de sustancias, de forma involuntaria obligado por su madre y dice haberse escapado de las mismas para consumir, tras periodos de abstinencia.

En cuanto al examen psiquiátrico al momento de la entrevista de admisión el paciente se encuentra vigil, globalmente orientado, algo desaliñado, colaborador activo con la entrevista. Euproséxico. Eumnésico. Eubúlico. Refiere dificultad para realizar sus actividades diarias, aunque continúa concurriendo a su trabajo. Timia displacentera en relación a su sintomatología ansiosa y a volver a recaer en el consumo. Pensamiento rítmico, fluido y coherente. No despliega ideación delirante. Niega idea de muerte, suicidio y auto/heteroagresión. Niega y no se objetivan alteraciones sensorio-perceptivas. Sin signos de impulsividad contenida. Sueño conservado. Hiperemia. La madre refiere disminución de peso en los últimos meses.

Luego de la entrevista de admisión se le manifiesta al paciente que iniciará tratamiento dentro del dispositivo de consultorios externos del hospital y se realizará la apertura de los espacios de Psiquiatría, Psicología (con profesionales de planta de Consultorios Externos de la mañana), de Terapia Ocupacional y la posibilidad de articulación con Trabajo Social desde Residencia. La particularidad de esta entrevista radica en que la atención del paciente estaría a cargo de un equipo mixto compuesto por profesionales de cargo permanente (psiquiatra y un psicólogo) y por residentes (Trabajo Social y Terapia Ocupacional). Se le proporciona los turnos correspondientes dentro de la misma semana para la primera entrevista, continuando con igual plan farmacológico al indicado anteriormente por guardia. Se elabora un diagnóstico interdisciplinario en el cual se especifica que el paciente posee un trastorno por consumo de sustancias/trastorno por ataques de pánico con posible relación de base orgánica, asimismo se evalúa la situación de vulnerabilidad socio-económica y habitacional y escasa red de contención socio-familiar e institucional a lo largo de su trayectoria de vida y la importancia de trabajar aspectos en materia de roles que desempeña y organizacionales de su cotidianidad.

El paciente no se presenta en el primer turno con los profesionales tratantes correspondientes, por lo que el equipo de

Psiquiatría y Psicología realiza una interconsulta con la Licenciada en Terapia Ocupacional, presente en la entrevista de admisión, a fin de comunicarle que el paciente será derivado a otro dispositivo de salud. En este marco se resuelve realizar orientación a un hospital que cuente con una división de toxicología, procediendo al cierre de la historia clínica.

A partir de ello se establece comunicación telefónica con el paciente quien refiere “no haber concurrido al turno por haberse quedado dormido”. Se lo orienta en relación a la admisión y a la posibilidad de concurrir al servicio de Toxicología de un hospital de zona norte del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se brindan pautas de alarma recordándole la posibilidad de concurrir a la guardia en caso necesario.

Acerca de las posibles intervenciones y problematización de las mismas.

A partir de la entrevista de admisión, habíamos consensuado como parte del tratamiento la apertura del espacio de Terapia Ocupacional y de Trabajo Social. En este marco se había pensado realizar estrategias conjuntas entre ambos espacios en torno a la trayectoria de Mariano: la reconstrucción de sus redes de apoyo, los roles que ha desempeñado a lo largo de su vida y los actuales y pensando como líneas de acciones futuras introducir la posibilidad de la finalización de sus estudios secundarios o la inserción en espacios de formación y/o capacitación laboral.

Al pensar en un tratamiento posible para Mariano, en primer lugar nos posicionamos en lo establecido por la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, la cual refiere que la atención de personas con consumo problemático debe realizarse en el marco de la atención de salud mental integral, de manera individualizada, en relación al sujeto y su situación de salud, buscando comprender las condiciones sociales y culturales que determinan su padecimiento subjetivo. En consonancia con la ley, situamos el abordaje desde una perspectiva de reducción de riesgos que “si el umbral de exigencia resultara muy elevado anularíamos la posibilidad de alojar al paciente” (Goldestein & Bordoni, 2015, p.45). De esta manera, la abstinencia no es una condición necesaria para el inicio de un tratamiento, pensando que el cese del consumo pueda ser un objetivo a alcanzar cuando caiga la funcionalidad de la sustancia para ese sujeto.

Teniendo en cuenta que frecuentemente se trata de personas que vienen de ser rechazados en diferentes servicios y que son derivados a otros lugares de atención, en un primer momento los profesionales intentarán toda maniobra para alojar a quien consulta tal como se presenta, “se trata de ofrecerle un Otro dispuesto y disponible” (Kameniecki, Kobilaner, Laner, Pérez Barboza & Zubuczynski, 2009, p. 13). Este alojamiento ha de tener una lectura en clave subjetiva de la situación problema

que amplíe las variables en las que se desarrolla el mismo, donde se presentan las sustancias, los sujetos y los contextos en el cual se despliegan las singularidades subjetivas (Paveto, 2010), tratando de ofertar un tratamiento posible y singular. Al repensar la trayectoria de exclusión y marginalidad de Mariano, y en el marco de cierre de su historia clínica en el hospital donde nos desempeñamos ¿cómo se podría pensar en un alojamiento subjetivo en este tipo de situaciones?, ¿qué posibilidades reales hay de alojamiento de problemáticas tan complejas en hospitales monovalentes?, ¿es este hospital también es inaccesible?, ¿acaso no brindarle tratamiento no es un incumplimiento del art.4 de la Ley Nacional 26.657?

Para empezar a pensar en el abordaje de Terapia Ocupacional en este caso cito a Da Rocha Medeiros:

Para la terapia ocupacional, la finalidad del uso de actividades debe ser posibilitar que el hombre se apropie de su vida de manera satisfactoria en sus diferentes campos de actuación (...) viviendo su tiempo y lugar en busca de la realización de sus deseos. (2008, p. 78)

En el caso de personas con consumo problemático, la sustancia suprime las demás áreas, intereses y funciones instalándose de manera hegemónica, como aquel objeto exclusivo y excluyente que se convierte en el eje de la vida del sujeto (Goldestein & Bordoni, 2015). El trabajo estará entonces en brindar un espacio para que pueda reconocer (o reapropiarse) de actividades que fueron/son significativas y que fueron interrumpidas o modificadas por el consumo. Asimismo, podría pensarse en intervenciones que favorezcan el establecimiento de hábitos y rutinas saludables, así como actividades de autocuidado.

Mariano presenta una historia de exclusión y discontinuidad en el desempeño de actividades en variadas áreas ocupacionales, más específicamente la educación y el trabajo, asimismo se presenta en un momento complejo para la adquisición de roles (de padre, de trabajador) que le exigen y esperan de él, dejándolo nuevamente en una posición de “no poder cumplir”. El reposicionamiento que se genera por la posibilidad de reconocer intereses propios en los cuales identificarse alejándose de la identidad de adicto para generar una nueva identidad ocupacional (Goldestein & Bordoni, 2015), brindaría la oportunidad de la asunción y reasunción de roles estableciéndose una rutina y hábitos distintos a los de su grupo de consumo.

La Terapia Ocupacional podría acompañarlo en el armado de un proyecto de vida singular, que considere tanto sus intereses y dificultades en las actividades que le son significativas, así como su historia ocupacional. Pensando que:

La actividad se presenta como un espacio de encuentro con otro, de interacción con personas y objetos. Esa interacción le implica al sujeto una demanda, en contraposi-

ción a lo que ocurre cuando consume: la sustancia no le hace preguntas, no lo interpela, está allí lista para producir su efecto. (Goldestein & Bordoni, 2015, p.45)

En cuanto al espacio de Trabajo Social se había evaluado la posibilidad de comenzar a acompañar los procesos que se iban a abordar desde la disciplina de Terapia Ocupacional, a partir de la reconstrucción de la historia de vida del paciente y su trayectoria institucional. Esta línea de intervención se relaciona con un posicionamiento ético-político que comprende al consumo problemático de sustancias dentro del contexto histórico, social, cultural, económico en el cual emergen y se presentan las posibilidades de consumo, adquiriendo distintas características. En palabras de Lewkowicz (citado en Falk, 2011) el sujeto con consumo problemático de sustancia “(...) es una figura socialmente instituida, como un tipo subjetivo reconocible universalmente, ya que se constituye como subjetividad a partir de la lógica social”, es decir que las prácticas sociales están relacionadas íntimamente con la constitución de una subjetividad. Agregamos a esto las palabras de Goldestein y Bordoni (2015) “La práctica del toxicómano es la paradigmática de nuestra época el desarraigo, la soledad, la ruptura, la fragmentación de lazos y redes sociales, la falta de contención y de pertenencia.”

Lo desarrollado hasta el momento permite reflexionar sobre la relación que existe entre el consumo de sustancias de Mariano y su trayectoria de vida. Esta desafiliación del ámbito escolar y conocer a su padre biológico fueron momentos que el paciente marcó como bisagras al inicio de la entrevista de admisión. Otros hitos importantes que manifestó Mariano se relacionan con las cuatro internaciones en Comunidades Terapéuticas, tratamientos que fueron abandonados por el paciente haciendo referencia a que vivió situaciones de maltrato y el crecimiento de los conflictos intra-familiares. Por último describe dos situaciones recientes, el fallecimiento de su amigo y el nacimiento de su hija, de quién asegura querer hacerse cargo pero “que nadie lo cree capaz”, a lo que su madre agrega “yo le dije que si él no hace bien las cosas, otro se va a convertir en el padre de su hija”.

En este sentido, desde una perspectiva de intervención en lo social se problematiza y reflexiona sobre los espacios de socialización de Mariano a partir de la historización reconstruida en la primera entrevista, en donde se observó el lugar que han ocupado las instituciones de la comunidad en relación a la falta de contención y estrategias, y, asimismo, la inexistencia de dispositivos y de flexibilidad en los mismos para alojar al joven. En otras palabras, la primera institución estatal que lo estigmatiza es la escuela, luego la familia recurre al ámbito del tercer sector permitiendo el ingreso a distintas Comunidades Terapéuticas con regímenes abstencionistas de consumo. Esto permite arribar a la conclusión de que dispositivos territoriales no lo han alojado y devela la inaccesibilidad, en

términos de Comes y Stolkiner (2007), que existe para muchos sujetos a los servicios de salud.

Se abre un abanico de preguntas, tales como: ¿en qué momento estuvo presente el sistema de salud?, ¿la falta de dispositivos territoriales generan que un joven tenga que concurrir a hospital de emergencias psiquiátricas?, ¿el tratamiento en el hospital hubiera permitido trabajar desde la reducción de riesgos y daño?, ¿cómo nos interpela como profesionales los pacientes en situaciones de consumo problemático?, ¿este tipo de pacientes siguen siendo considerados como lo que Carballeda (2008) denomina sujetos inesperados?

Conclusiones

Entendemos que la inserción en las entrevistas de admisión interdisciplinarias de residencia permite la reflexión y observación de las distintas disciplinas sobre lo manifestado en ese momento. Esta escucha en conjunto y, al mismo tiempo, especializada facilita poder comprender al paciente de manera integral, en este sentido la escucha de los profesionales que nos encontramos realizando la residencia coincidimos en que desde la institución debería garantizar un tratamiento interdisciplinario e integral.

La mirada compartida por el equipo admisor se encontraba íntimamente relacionada con la comprensión de la trayectoria de Mariano por las distintas instituciones y su pedido de alojamiento e inicio de un tratamiento. Teniendo en cuenta que cuando “aumenta la distancia entre los consumidores y los potenciales recursos de salud pública con el riesgo de ampliar los estados de marginalidad de los consumidores encerrándolos en grupos de iguales y alejándolos de las redes sociales normalizadoras” (Baulenas, Borrás & Magrí, 1998).

Entendemos que desde el equipo intentamos, ante la inexistencia de dispositivos territoriales que permitan un nivel de atención progresivo de la salud, generar las instancias de disponibilidad y accesibilidad a la salud pública. Esta perspectiva que tomamos como residentes apostó a interpelar algunas de las normas establecidas dentro del Hospital, a través de la reflexión y convocarnos a desnaturalizar las situaciones de consumo problemático, contextualizando e historizando la vida del otro, a partir de comprender la desafiliación social y las consecuencias de la estigmatización de los jóvenes.

Para finalizar tomamos las palabras de Sandra Galheigo (1999), “trabajar con sujetos en situación de vulnerabilidad

implica abordar vidas cotidianas en un entramado de redes frágiles para fortalecer y empoderar las capacidades tanto individuales como colectivas”. (Citado en Goldestein & Bordoni, 2015, p.44) ●

[Recibido: 6/08/18 - Aprobado: 27/11/18]

Referencias Bibliográficas

- Baulenas, G., Borrás, T. y Magrí, N. (1998). *Políticas e intervenciones de reducción de riesgo*. Barcelona: Grup Igia.
- Carballeda, A. (2008). La intervención en lo Social y las Problemáticas Sociales Complejas: los escenarios actuales del Trabajo Social. *Revista Margen Edición N° 4* en línea: <https://www.margen.org/suscri/margen48/carbal.html>
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R. y Stolkiner, A. (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Facultad de Psicología (UBA) Anuario de Investigaciones, XIV*, 201-209.
- Da Rocha Medeiros, M. H. (2012). *Terapia Ocupacional: Un enfoque epistemológico y social*. 1° ed. Santa Fe: Ediciones UNL.
- Falk, F. (2011). Adiciones: rupturas de las instituciones. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2011.
- Goldestein, B. y Bordoni, M. F. (2015). Conferencia: El sujeto y el consumo. Adicciones y Terapia Ocupacional. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional, 1* (1) 39-46. Recuperado de <http://www.revista.terapia-ocupacional.org.ar/descargas/conferencia.pdf>
- Kameniecki M., Kobilaner D., Laner L., Pérez Barboza H. y Zubuczynski G. (2009). *Consumos Problemáticos. Encuentros con presentaciones de casos clínicos: un trabajo en curso*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Ley Nacional de Salud Mental Argentina N° 26657. Boletín Oficial N° 32041. Buenos Aires, 3 de Diciembre de 2010.
- Paveto, R. (2010). Breves cuestiones sobre las políticas de drogas y las estrategias de reducción de daños y riesgos aplicada en materia de adicciones. En Torres, Sergio y Marrazo L e Iglesias D. (compiladores) *Paco, una década después... estructura de un problema y compilación normativa* (pp.145-151). Editorial EDIAR, Buenos Aires.

Cómo citar este artículo:

Di Mare Durán, L. y Presa, J. (2018). Sujetos inesperados... ¿hasta cuándo? Acerca de un caso clínico. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional, 4* (2) 13-17.