

Equipo interdisciplinario territorial para el abordaje oportuno de las urgencias en salud mental de jóvenes, desde una perspectiva de derechos: acerca del desafío de inter (venir) en el intersticio de las instituciones

FERRANDO, María Fernanda

Psicóloga, Especialista en Salud Mental, Magíster en Salud Mental. Integrante del equipo técnico de gestión de la Dirección General de Salud Mental de Entre Ríos, Ministerio de Salud de Entre Ríos.

ferrandomariaf@gmail.com

ILARDO, Antonella

Licenciada en Psicología, Especialista en Salud Mental. Integrante del equipo técnico de gestión de la Dirección General de Salud Mental de Entre Ríos, Ministerio de Salud de Entre Ríos.

antoilardo14@gmail.com

Resumen

El artículo intenta transmitir una experiencia de trabajo vinculada al abordaje de las urgencias en salud mental de jóvenes, mujeres de entre 13 a 18 años, que se encuentran transitando medidas excepcionales (Ley 26.061, Art. N° 39) en una institución perteneciente al organismo de protección de derechos de niños, niñas y adolescentes. El objetivo de esta publicación se vincula a la elaboración y transmisión de la experiencia de una clínica anclada en un andamiaje ético-político (Ley 26.657), que, lejos de devenir dado, ha sido y sigue siendo una construcción permanente, con el horizonte en una perspectiva integral e interdisciplinaria.

El desarrollo apuesta a circunscribir y poner en debate la complejidad que representan las intervenciones en estas situaciones, y la imposibilidad de reducir las

mismas a abordajes tradicionales de salud/salud mental, apostando a la elaboración de estrategias territoriales e intersectoriales para el cuidado de las juventudes.

Palabras clave: juventudes – urgencias en salud mental – intervenciones intersectoriales.

Territorial interdisciplinary team for the timely approach of mental health emergencies in young people from a rights perspective: about the challenge of inter (coming) in the interstice of institutions.

Abstract

The article attempts to convey a work experience linked to the approach to mental health emergencies of young people, women between 13 and 18 years old, who are undergoing exceptional measures (Law 26,061, Art. No. 39) in an institution belonging to the agency for the protection of the rights of children and adolescents. The objective of this publication is linked to the elaboration and transmission of the experience of a clinic, anchored in an ethical-political scaffolding (Law 26,657), which far from becoming given, has been and continues to be a permanent construction, with the horizon in a comprehensive and interdisciplinary.

The development is committed to circumscribing, and putting into debate, the complexity that interventions

represent in these situations, and the impossibility of reducing them to traditional health/mental health approaches, betting on the construction of territorial and intersectoral strategies for the care of the youths.

Keywords: youth – mental health emergencies – intersectoral interventions.

Contextualización de la intervención

En el marco de un acuerdo interministerial (Ministerio de Salud y Ministerio de Desarrollo Social), se crea un equipo interdisciplinario territorial (en adelante, “el dispositivo”), dependiente del primer ministerio mencionado, para el abordaje oportuno de las urgencias en salud mental de jóvenes, mujeres de entre 13 y 18 años, que se encuentran alojadas en una institución propia del organismo de protección de derechos de las infancias y juventudes de la provincia, dependiente del segundo ministerio nombrado. Los criterios para el ingreso a esta institución particular se vinculan no sólo a situaciones de vulnerabilidad psicosocial, falta de cuidados parentales y disposición de medidas excepcionales según la Ley 26.061, sino principalmente al padecimiento mental agudo de las jóvenes, que requieren alto nivel de apoyo en lo cotidiano, por lo cual se prevé el acompañamiento, las 24 horas, de promotores de salud y acompañantes terapéuticos/as.

El dispositivo de abordaje de las urgencias se ha configurado como una estrategia totalmente novedosa, creado a raíz de una demanda puntual: frente a acontecimientos disruptivos de alto padecimiento y riesgo (presentaciones vinculadas a rotura de objetos y de la vivienda, heteroagresividad, autolesiones, casi a diario), se evidenciaban dificultades en la articulación intersectorial y en el abordaje integral de las urgencias subjetivas (e institucionales) de esta población específica, que se encuentra bajo el resguardo del organismo de protección estatal, provincial.¹

Dentro de las principales dificultades, que se desprenden de un diagnóstico institucional realizado por el equipo interdisciplinario del dispositivo de abordaje de las urgencias, se pueden contar aquellas que tienen que ver con la garantía de acceso oportuno a los efectores de salud, la imposibilidad de reducir las intervenciones en abordajes tradicionales de salud/salud mental, la falta de articulación intersectorial para el diseño de estrategias organizadas y fundadas, la vacancia en la planificación de la vida cotidiana de las jóvenes (incluyendo aquí la posibilidad de previsibilidad de los movimientos y cambios), entre otras. Estos indicadores han sido considerados fundamentales por el equipo mencionado, al momento de pensar modos de operacionalizar políticas públicas para el cuidado integral y

respetuoso de derechos, de las personas jóvenes que se encuentran en contexto de institucionalización.

Lo anteriormente expuesto, a través de una lectura clínico-política, enmarcada en un enfoque de derechos en general, y en particular, en una perspectiva de salud mental basada en abordajes integrales e integrados, comunitarios (Ley 26.657), constituye a esa realidad como un problema, frente a lo cual el Ministerio de Salud proyecta el funcionamiento de un equipo interdisciplinario de salud mental (psicólogas, trabajadora social, enfermera y médica), bajo la modalidad de guardias pasivas, las 24 horas, todos los días. Un dispositivo de intervención territorial que no tiene asiento en una institución en particular, sino en el “entre”: entre sectores, entre instituciones, entre equipos, cuyas funciones se fueron delimitando en el proceso mismo de transitarlo.

Es importante mencionar que las situaciones de urgencias, en particular las que implican a jóvenes en contextos de extrema vulnerabilidad, nos plantean la necesidad de seguir pensando el campo de la salud mental en sus intersecciones interinstitucionales, en las intervenciones “no especializadas” y en la corresponsabilidad en acto. Por lo tanto, frente a tal complejidad, la interdisciplina, la intersectorialidad y el trabajo en red con otras instituciones se erigen como estrategias orde-

nadoras (Szapiro, 2013; Bang, Stolkiner, 2013; Suarez, 1993).

Nudos problemáticos

El primer desafío que tuvimos como equipo fue construir una posición estratégica frente a lo que la institución demandante entendía como una situación problemática (dificultades en la accesibilidad, urgencias/crisis subjetivas de alto riesgo). Una modalidad de abordaje, una praxis que, como condición prioritaria, sea diferente a lo ya existente, al modo en que se venía operando: internación como primera opción, medicalización del sufrimiento psíquico, ausencia de abordaje post crisis/situación de urgencia y de ordenamiento de los espacios de la vida cotidiana. Si de urgencias se trataba, lo que aquí urgía tenía que ver con producir un quiebre en los modos históricos de respuestas, de prácticas instauradas, que ante las demandas mencionadas dejaban al descubierto que el modo de responder habitual, no generaba los efectos buscados (pero producía otros). La pregunta guía que orientó el comienzo, entonces, se encontró vinculada a cómo abordar lo que la institución nombraba como crisis, para lo cual fue necesario primero discriminar de qué característica era ésta.

Uno de los motivos de esta escritura tuvo que ver con sostener una vigilancia epistemológica (Bourdieu,

2004) en relación al desarrollo e implementación de políticas públicas en salud mental, en este caso para el cuidado de las jóvenes alojadas. Cuando la población tiene que ver con niñas, niños y adolescentes, insiste la pregunta por el cuidado de aquellas y aquellos en condiciones de desamparo, que demandan diseños complejos que no generen mayor vulneración y padecimiento. En este sentido, el diseño de nuevos dispositivos, artificios productores de efectos, responde a que estos deben ser lugares de alojamiento de la urgencia y no únicamente eliminación de la misma –o de los fenómenos y síntomas que la representan–, lo cual vendría por añadidura (Sotelo, 2015).

Por lo antes expuesto, y sosteniendo esta filosofía de trabajo, con el devenir de las intervenciones, y como efecto del tránsito del equipo por la institución que aloja a estas jóvenes, fueron surgiendo los siguientes interrogantes, que intentaremos bordear a lo largo del escrito:

¿Cómo posibilitar que las intervenciones produzcan efectos más allá de la eliminación de la urgencia? ¿Cómo promover y articular una red de cuidados que prevenga la repetición continua de actos –acting out y pasajes al acto–, que implican alto riesgo para la vida de las jóvenes? Teniendo en consideración, y como marco teórico para la definición de estas nociones, lo postulado por J. Lacan en el Seminario X (1962-1963). ¿De qué

modo intervenir cuando las urgencias/crisis institucionales generan padecimientos en quienes deberían alojar/contener? ¿Cómo ampliar los horizontes y repensar nuestros modos de responder al padecimiento que supone la urgencia subjetiva?

Como intento de ensayar algunas respuestas en torno a estos interrogantes, proponemos delimitar y/o definir dos dimensiones que consideramos fundamentales, estrechamente vinculadas a nuestra praxis como equipo de salud: la delimitación de un posicionamiento ético y las intervenciones en el tiempo.

1. La delimitación de un posicionamiento ético

El marco normativo que le da legalidad a las intervenciones de este equipo, y como consecuencia, el sostén a nuestro posicionamiento/función, es la Ley Nacional de Salud Mental 26.657/10 y la Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes 26.061/05, ubicando como horizonte-guía el principio de autonomía progresiva (Ley 26.061/05, Art. N° 26), incluido asimismo en el Código Civil y Comercial del país.

En estos plexos jurídicos fuimos encontrando y/o delimitando una estructura, un reparo, así como también modos de abordajes basados en la garantía de derechos de estas jóvenes. No resultó suficiente sino complementario, al arduo y no poco movilizador acto de

conmover lo instituido; aquello que es enunciado como inconmovible por las personas trabajadoras del lugar de alojamiento objeto de la intervención: “esto siempre funcionó así”, “rompen todo”, “no van a su espacios terapéuticos porque no quieren”, “es capricho, no una urgencia”, “necesita una medicación”, “ya le adelantamos su medicación”.

Interponer una pregunta a la certeza de medicalizar las urgencias/ meter bajo el tapete lo que acontece/excluirlo, vehiculizada por los actores de las diversas instituciones dedicadas al abordaje de jóvenes, ha sido uno de los mayores retos de este equipo. Como posicionamiento ético y clínico resulta fundamental construir intervenciones en las intersecciones de lo instituido – de las instituciones, de los sectores, de los actores–, lo que no ocurre de manera lineal y/o armónica, sino que genera ruido, molestia, efectos singulares y también colectivos.

Las estrategias y/o acciones se comenzaron a orientar, no sólo al abordaje particular de las situaciones de urgencia subjetiva de las jóvenes, sino además y en gran medida al trabajo colectivo sobre las/os propias/os integrantes de los equipos (promotores de salud/cuidadores, equipos de coordinación, equipos tratantes de efectores de salud), con la finalidad de promover la “desalienación en situaciones institucionales que producen extremas fragilidades”, tal como expresa De

la Sovera (2019, p.1) cuando destaca la relevancia de intervenir desde una clínica ampliada. Allí, la mencionada autora, sostiene que:

La ampliación de la clínica implica incluir en el tratamiento del sufrimiento psíquico, las fragilidades subjetivas o de redes sociales; desplazar el eje de las prácticas: de la enfermedad al sujeto; y también cuestionar la práctica médica centrada en las patologías individuales. (De la Sovera, 2019, p. 1)

Desde esta perspectiva, la de una praxis basada en una clínica ampliada, resulta fundamental desarrollar estrategias de intervención que incluyan al contexto de las personas con padecimiento psíquico, a sus referentes, a su comunidad y a los equipos profesionales involucrados en su abordaje. Respecto de la población específica que comprende el objeto de intervención del equipo que se está presentando, la función se fue delineando en sentido inverso a las históricas “prácticas de minorización” (Frigerio, 2013, p. 15), ligadas a un paradigma tutelar de las infancias. Siguiendo a Graciela Frigerio, las prácticas de minorización son aquellas que:

[...] niegan la inscripción de los sujetos en el tejido social, las que constituyen en las infancias

un resto y las que ofrecen a las vidas no el trabajo estructurante de la institucionalización (filiación simbólica), sino la institucionalización de las vidas dañadas. (2013, p. 15)

En el sentido de lo anteriormente citado, la autora manifiesta que se produce un clivaje, una profunda grieta entre aquellas/os a las/os que se identifica como niña/o y aquellas/os a los que se identifica como menores. Es decir, a los que se ha aplicado prácticas de minorización.

Insistimos, por lo tanto, en construir intervenciones que se sustenten del lado de la función vital de las instituciones, necesarias en su cara de cuidado y alojamiento, teniendo en cuenta que en su dinámica siempre está el riesgo de la institucionalización en su faz de castigo, encierro y estigma. Este movimiento que intentamos generar, lo leemos en clave de transformación, que incluye prácticas sustitutivas en el marco de los procesos de adecuación a paradigmas con perspectiva de derechos.²

En esta misma línea sostenemos la importancia de no responder a la demanda unilateral (de la institución afectada, de los equipos, de las usuarias) que se presenta muchas veces disfrazada de urgencia, y que exige en su generalidad el acallamiento del síntoma/signo de manera inmediata, por medio del fármaco, ubicando toda

la responsabilidad en la individualidad de una conducta. Hacemos una pausa y generamos una pregunta que agujeree esa certeza, para cuestionarnos si de lo que se trata allí no es de la crisis de una institución frente a lo que se sale de la norma.

2. Las intervenciones en el tiempo

Para el eje de las intervenciones vamos a utilizar la categoría “Sala de Situación” (Rovere, 2006). Cuando suena el teléfono, el equipo interviniente constituye una “Sala de Situación”, absteniéndose en principio de responder indiscriminadamente a la demanda vehiculizada por la institución. Armamos este sistema de soporte que nos permite tomar decisiones en escenarios donde hay poco tiempo para pensar y existe una alta tensión situacional (autolesión, heteroagresión, intento de suicidio, ideación suicida, ideas de muerte, excitación psicomotriz, “fugas” del lugar). En ese entramado, la primera línea de intervención siempre tiene que ver con realizar una evaluación del riesgo, intentando aproximarnos a un diagnóstico de la situación (etiología de la crisis, actores en juego, factores de riesgo y de protección existentes en ese contexto), para luego diseñar un modo de proceder singularizado, respetuoso de las personas allí implicadas; estrategias que involucran un amplio abanico de acciones, que van desde la articulación específica con otras institu-

ciones a las intervenciones en el territorio/situadas.

Estas intervenciones han sido proyectadas en dos dimensiones: longitudinales y transversales, puesto que comprendemos a las urgencias subjetivas como un proceso y no como un fenómeno aislado y desarticulado del contexto (un estado), que necesariamente deben ser abordadas desde diversas aristas, que comprenden la prevención y la asistencia de las mismas, en el momento en que acontecen y posteriormente a su aparición. Ambas dimensiones se entrecruzan, incidiendo una sobre la otra.

En el devenir de las prácticas, uno de los emergentes más notorios ha sido la marcada desarticulación: por un lado, de las prácticas entre las instituciones, y por el otro lado, de las crisis y sus acontecimientos con las historias singulares de las jóvenes, evidenciando como consecuencia una marcada desafectivización y/o repetición de actos que las ponen en situación de riesgo; actuaciones que, tal como lo define Szapiro (2013), tienden a repetirse de manera compulsiva cuando no poseen un Otro (encarnado en un equipo, referente, institución) que aloje el acontecimiento, quedando desamarradas de todo discurso.

Y es justamente en esos intersticios que ambas dimensiones del tiempo nos permiten armar tejidos posibles que sostengan: una clínica, por un lado, y una historia de vida por otro. De este modo, el tiempo de

intervención en urgencias no se agota en la resolución de la espectacularidad de la crisis, sino que trasciende a otro tiempo, para generar redes de contención para la continuidad de cuidados, desde una perspectiva clínica, ampliada y comunitaria.

Pensamos que otras intervenciones que apuesten al advenimiento de un sujeto son posibles, y que como agentes del Estado es nuestra responsabilidad ensayar viabilidades. Si el psiquismo es un continuo reordenamiento de marcas históricas, que conjuga repetición y creación, el abanico de respuestas que cada persona encuentra ante experiencias significativas posibilitan un devenir que incluye lo novedoso (Rother Hornstein, 2015). La apuesta es a anudar algo de lo sucedido con la historia de esa joven, en el intento de construir un tejido que haga de suplencia, que sostenga, que contenga una historia.

Szapiro (2013), en su libro, en el que recupera una experiencia de trabajo con jóvenes que se encuentran en contexto de vulnerabilidad, sostiene que cuando el alojamiento en el deseo del Otro, aquel fundamental en la estructuración subjetiva/psiquismo, tiene lugar de una manera muy precaria, las consecuencias son fallas en la constitución simbólica, lo que se expresa a través de niños/as y jóvenes que actúan en lugar de hablar, en el sentido de acting-out, pasajes al acto, como modos fallidos de arreglárselas con la aparición de la angustia.

Tomando los aportes de la autora, como equipo de salud trabajamos para construir intervenciones que apuestan, en ese mismo movimiento, a ser subjetivantes. La palabra no siempre habilita. Lo promisorio es la posibilidad de creación de un espacio-tiempo donde la palabra habilite ese proceso de subjetivación (y hasta de reparación), a aquellas jóvenes que sucesivamente han sido acalladas, violentadas y desafiadas.

Para finalizar, si tenemos que mencionar algunos de los efectos materiales que empiezan a percibirse a posteriori de las intervenciones del equipo de salud, más allá de los efectos singulares en las vidas de las jóvenes, podría decirse que hubo cambios a nivel cuantitativo y cualitativo.³ A saber:

- una merma de las consultas en los Servicios de Guardia de hospitales;
- una merma en las internaciones por motivos de salud mental (y el fenómeno de puerta giratoria);
- un aumento de la articulación interinstitucionales;
- y, en los contados casos en los que fue necesaria una internación, esa utilización del recurso excepcional ha sido respetuoso y articulado.

Por lo tanto, estas transformaciones, en el primer año de intervención, instalan la indispensable necesi-

dad de potenciar y explotar los intersticios interinstitucionales, a través de los cuales crear condiciones de posibilidad de vidas dignas de ser vividas. En este punto nos resuena la pregunta de Mannoni : “¿por qué para poder vivir siempre hay que encerrar a alguien?” (1982, p. 62). Desde un paradigma respetuoso de derechos, las instituciones no deberían ser un lugar para vivir, pero en caso de necesitar las personas un acompañamiento estatal en estas instancias, consideramos oportuno rescatar la noción que la misma autora propone, de *institución estallada*. Esta caracterización no deja de percibir, en primera instancia, que una institución se nutre de la gente que le es confiada, lo cual de cierto modo la determina. Luego, una institución que pretenda ser distinta es la que, para producir un cierto contrapeso, asume el estallido y permite al sujeto situarse al nivel de la palabra, con posibilidad de separarse de la institución, sin que por eso la institución tambalee. Un corte simbólico que permita el advenimiento de un sujeto. Y además, que la institución no deje de ser un lugar transitorio, lo cual supone un arduo trabajo porque, por defecto, las instituciones habitadas por personas con sufrimiento psíquico, por lo general, o expulsan o engullen.

Consideraciones finales

De nuestra experiencia de trabajo como equipo interdisciplinario territorial, creado para el abordaje de

las urgencias subjetivas de las jóvenes alojadas en una institución de protección de derechos, surge la siguiente consideración: la medicación, la internación, las evaluaciones en servicios de guardia, son recursos –excepcionales– necesarios cuando se cumplen criterios precisos, que ameritan su inclusión en el abordaje de las urgencias subjetivas. Pero que, como condición *sine qua non*, se deben inscribir como herramientas dentro de una estrategia en particular; nunca pueden ser la estrategia en sí misma. Es decir, será fundamental incluir como componentes y/o dimensiones de las intervenciones sanitarias los contextos singulares y colectivos, con ello, las condiciones de vida, los procesos filiatorios en juego, los atravesamientos institucionales, para que desde allí se construyan estrategias respetuosas de las singularidades; un más allá de lo que urge resolver cuando se presentan situaciones de riesgo subjetivo y físico. De las evaluaciones integrales realizadas se ha obtenido que las presentaciones/situaciones a las que éramos convocadas a intervenir, como equipo de abordaje de las urgencias, se vinculaban, en su mayoría, a dinámicas institucionales que no contemplaban las dimensiones antes señaladas, obteniendo como efecto de ello manifestaciones de las jóvenes al modo de acting-out. Por lo tanto, sostenemos la importancia de construir espacios/dispositivos que no institucionalicen las vidas dañadas, sino que ofrezcan lugares de reparo.

Si hablamos de jóvenes que se encuentran atravesando una medida de excepción (es decir, que son alojadas en instituciones estatales), nos preguntamos: en esos casos, ¿qué institución crear para que funcione de acogida? ¿Es posible pensarlas también como lugar de reparación?

Referencias bibliográficas

Abramovich, V. y Courtis, C. *Los derechos sociales como derechos exigibles*. Madrid: Trotta Ediciones, 2002

Abramovich, V. y Pautassi, L. (2008). "El derecho a la salud en los tribunales: algunos efectos del activismo judicial sobre el sistema de salud en Argentina". *Salud Colectiva*. Disponible en <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v4n3/v4n3a02.pdf>

Bang, C. y Stolkiner, A. (2013). "Aportes para pensar la participación comunitaria en salud desde la perspectiva de redes". *Ciencia, Docencia y Tecnología*, 46, 123-143. Disponible en <http://www.revistacdyt.uner.edu.ar>

Bourdieu, P.; Chamboredon, J.C.; Passeron, J.C. *El oficio del sociólogo. Presupuestos epistemológicos*. Buenos Aires: Siglo XXI, 2004.

Código Civil y Comercial de la Nación Argentina. (2014). Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anejos/235000-239999/235975/norma.htm>

De la Sovera, S. "Clínica Ampliada: quebrando aislamientos". *Topía*, abril, 2019. Disponible en <https://www.topia.com.ar/articulos/clinica-ampliada-quebrando-aislamientos>

Frigerio, F. *La división de las infancias: Ensayo sobre la enigmática pulsión antiarcontica*. Buenos Aires: Del estante, 2013.

Garro, C. *De la Urgencia a la Emergencia de un Sujeto*. Buenos Aires: Letra Viva, 2015.

Lacan, J. (1962-63). *Seminario X: La Angustia*. Buenos Aires: Paidós, 2007.

Ley Nacional de Protección Integral de los derechos de niñas, niños y adolescentes N° 26.061/2005. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anejos/110000-114999/110778/norma.htm>

Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657/2010. Disponible en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anejos/175000-179999/175977/norma.htm>

Mannoni, M. *Un lugar para vivir*. PAIS: Crítica Ediciones, 1982.

Rother Hornstein, M. C. (comp.). *Adolescencias contemporáneas. Un desafío para el Psicoanálisis*. Buenos Aires: Psicolibro Ediciones, Colección Fundep, 2015.

Rovere, M. *Planificación estratégica de recursos humanos en salud*. Segunda edición ampliada y corregida. Organización Panamericana de la Salud, 2006. Disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51595>

Sotelo, I. *Dispositivo Analítico para el tratamiento de las urgencias subjetivas* Buenos Aires: Grama Ediciones, 2015.

Szapiro, L. (comp.). *De una lábil inscripción en el Otro*. Buenos Aires: Grama Ediciones, 2013.

Notas

1. Por tratarse de una institución única y particular en la provincia, se omite la mención de la misma, como medida de resguardo e intimidad para las personas usuarias y trabajadoras.

2. El enfoque de derechos constituye un marco interpretativo del alcance de los derechos humanos que deben estar necesaria y obligatoriamente incorporados en las políticas públicas y sociales, que en virtud de la adhesión a los Pactos y Tratados de derechos realizados con la reforma de 1994, adquirieron jerarquía constitucional (Abramovich, Curtis, 2002; Abramovich, Pautassi, 2008).

3. Análisis derivado de datos relevados a partir de un instrumento de registro de prácticas e intervenciones sanitarias, elaborado por el equipo interviniente.

