

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL

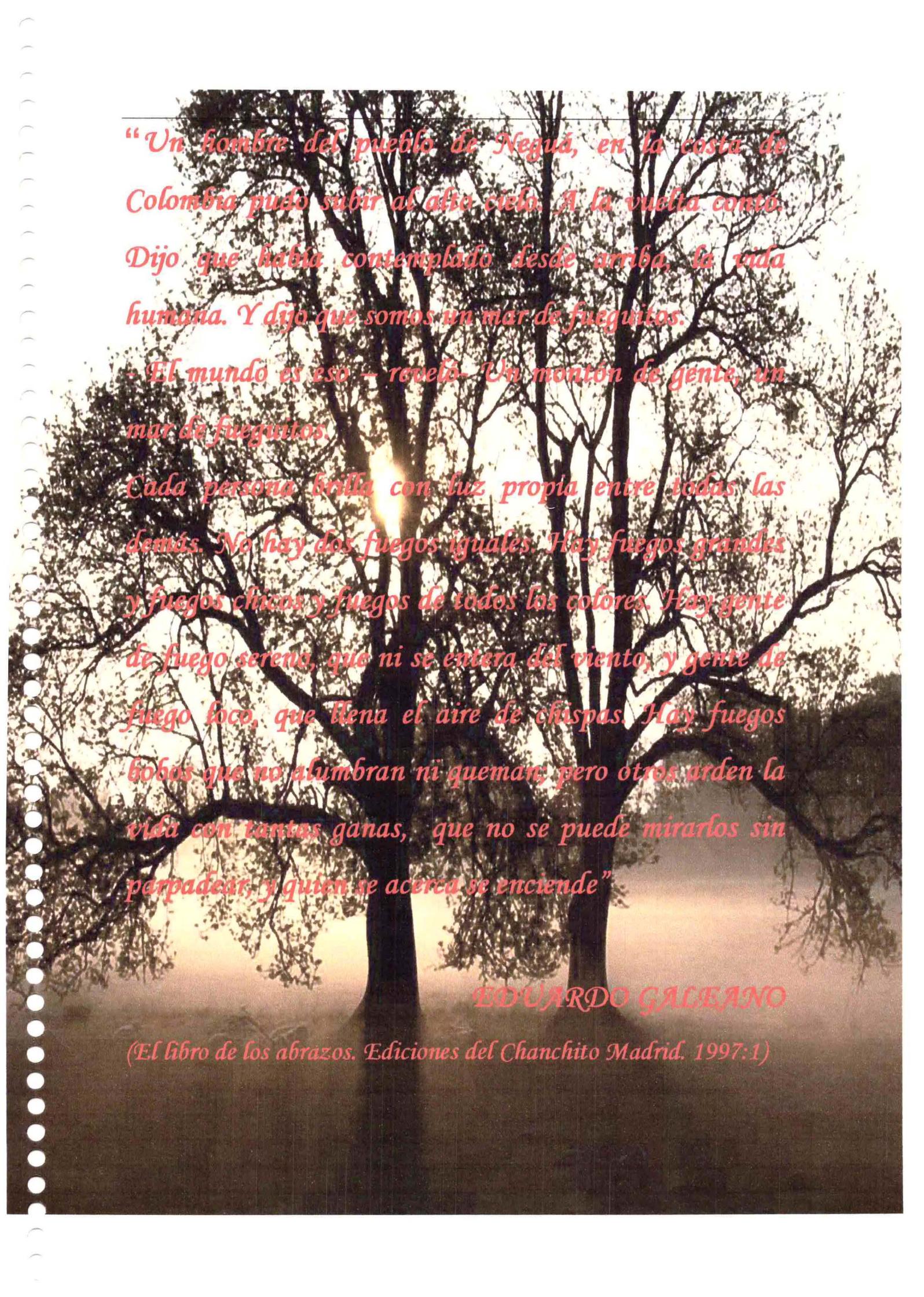
Tesis Licenciatura en Trabajo Social

**Salud mental:
la importancia del abordaje interdisciplinario a través de los
equipos comunitarios de salud mental. Problemas y
potencialidades.**

María del Carmen Sosa

Tutor: Celmira Bentura

2010



“Un hombre del pueblo de Neguá, en la costa de Colombia pudo subir al alto cielo. A la vuelta contó. Dijo que había contemplado desde arriba, la vida humana. Y dijo que somos un mar de fueguitos.

- El mundo es eso – reveló- Un montón de gente, un mar de fueguitos.

Cada persona brilla con luz propia entre todas las demás. No hay dos fuegos iguales. Hay fuegos grandes y fuegos chicos y fuegos de todos los colores. Hay gente de fuego sereno, que ni se entera del viento, y gente de fuego loco, que llena el aire de chispas. Hay fuegos bobos que no alumbran ni queman, pero otros arden la vida con tantas ganas, que no se puede mirarlos sin parpadear, y quien se acerca se enciende”

EDUARDO GALEANO

(El libro de los abrazos. Ediciones del Chanchito Madrid. 1997:1)

Agradecimientos:

Este trabajo esta dedicado a todos "los fueguitos" que han encendido y encienden mi vida a diario. He aquí el fruto de varios años de dedicación y esfuerzo compartido con todos aquellos que forman parte de mi "mundo pequeño". Que no es tan pequeño si tenemos en cuenta a todos los que en el cobijo.

Son muchas las personas a las que debo agradecer el poder llegar a esta instancia.

A MI HIJO MATÍAS, a quien le escatime muchas horas de dedicación y mimos, pero que siempre respondió a mi mirada cansada con una sonrisa de aliento.

A MI AMOR DANIEL, quien compartió horas de estudio, alegrías y fracasos, siempre atento a mis necesidades y angustias.

A MI FAMILIA, pilar de este logro, sin su apoyo esto no hubiera sido posible.

A MIS AMIGAS Y AMIGOS, los recientes y los de muchos años atrás. Todos ellos personitas adorables que dan sentido a mi vida, para quienes la palabra amistad encierra un significado especial mas allá del tiempo y la distancia. No es necesario nombrarlos, ellos y ellas se reconocen como tales.

A MIS DOCENTES Y MI TUTORA, por enseñarme el camino hacia la obtención del título. Por ayudarme a comprender que la vida de un profesional se compone de teoría y práctica pero sin abandonar jamás el sentido común. Por hacer posible este sueño: ETERNAMENTE GRACIAS !!!!!!!!!!!!!

ÍNDICE.

INTRODUCCIÓN.....Pág.6

CAPITULO I

Salud Mental, acercándonos al concepto.....Pág.11

I.- a) Cuestión Social y Políticas Sociales: abordadas como mediaciones fundamentales que ayudan a comprender las determinaciones que pautaron los cambios en relación a la salud mental.....Pág. 11

I.- b) Salud, Salud Mental y Trabajo Social: sus implicancias en la Cuestión Social.....Pág. 20

I.- b) i) La salud: incierto margen entre “lo sano” y “lo enfermo”Pág. 22

I.- b) ii) Trabajo Social en el campo de la salud.....Pág. 24

I.- c) salud Mental y el abordaje interdisciplinario. Nuevas estrategias de intervención.....Pág. 26

CAPITULO II

II.- a) La locura: un concepto construido socialmente según las Ciencias Sociales.....Pág. 29

II.- b) Como fue cambiando el tratamiento de la “locura” desde la época de la Revolución Francesa a nuestros días.....Pág. 33

CAPITULO III

Los Equipos comunitarios de salud Mental (ECSM) en la órbita del Ministerio de Salud Pública. Policlínicas Periféricas.....Pág. 43

III.- a) Una aproximación a como trabajan los ECSM en las distintas Policlínicas Periféricas.....Pág. 48

III.- b) Como se da la participación del Trabajo Social en dichos equipos.....Pág. 58

REFLEXIONES FINALES.....Pág. 64

BIBLIOGRAFÍA.....Pág. 69

OTRAS FUENTES DOCUMENTALES.....Pág. 75

ANEXOS.....Pág. 76

(Incluye: Cuadro comparativo, Pautas de entrevistas N° 1 y N° 2, Entrevistas I, II, III, IV, V, VI, y VII)

INTRODUCCION

La presente Monografía, se enmarca en la currícula de formación en la Licenciatura en Trabajo Social, requisito final establecido por el Programa de Plan de Estudios 92, para el egreso de nivel de grado, carrera universitaria desarrollada a través del Departamento de Trabajo Social, del la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República.

El área de investigación comprende la Salud Mental¹, como categoría analítica principal. El interés por cerrar el ciclo curricular con una investigación cuya temática refiere al análisis de este concepto, encuentra sus raíces en un interés personal por conocer la realidad de las personas que presentan algún problema relacionado con la salud mental, el cual proviene de lo que fue el desarrollo de toda la formación académica, pero que se profundizó y se instaló como una inquietud personal, al finalizar la materia Metodología de la Intervención Profesional III.

Se procura en el presente documento, a través de los diferentes momentos del Análisis Institucional de Loureau, partiendo de la Universalidad, llegar a la Singularidad mediante un movimiento dialéctico², sin perder de vista la “razón totalizadora” (Pignolo, 2007:6) donde lo singular adquiere nuevas significaciones.

Este movimiento dialéctico nos permite mediante la utilización de diferentes categorías analíticas, la elaboración de premisas u hipótesis, que vertebran el desarrollo del presente trabajo.

¹ La Organización Mundial de la Salud define a la Salud Mental como “Es aquel estado sujeto a fluctuaciones provenientes de factores biológicos y sociales en que el individuo se encuentra en condiciones de conseguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas potencialmente antagónicas, así como para formar y mantener relaciones armoniosas con los demás y participar constructivamente en los cambios que puedan producirse en su medio ambiente físico y social” (OMS, 1948)

² Cuando nos referimos a un movimiento dialéctico, hacemos acuerdo con la Lic en Trabajo Social Cecilia García en afirmar que “desde la matriz Hegeliana de comprensión de la realidad, la perspectiva dialéctica de conocimiento y comprensión remite a la consideración de la realidad en tanto se produce a través de procesos donde la negación de los contrarios permite un momento de superación o síntesis”. (Silva, 2007:12)

Estas hipótesis surgen de lo que hemos ido incorporando como conocimiento académico a lo largo de nuestra etapa de aprendizaje y formación profesional, de los conocimientos con los cuales nos hemos enriquecido a través de la teoría y de la práctica pre profesional. Esta (práctica pre profesional), nos ha brindado experiencia en el trabajo de campo que se traduce muchas veces en frustraciones y sinsabores, pero muchas otras en logros y satisfacciones, en la medida que lográbamos aprehender los conocimientos teóricos y luego articulábamos adecuadamente, los mismos con la realidad, tan difícil siempre de conocer, por lo cambiante y confusa que la misma se presenta a nuestros ojos.

Si bien el documento se dividió en capítulos, cabe destacar que con esto solo se apunta una mejor comprensión del mismo, ya que como afirmamos anteriormente la realidad se nos presenta como un todo caótico e indivisible y es, desde el marco teórico metodológico seleccionado, que se intenta aprehenderla en toda su complejidad.

Estudiar la Salud Mental en el contexto contemporáneo es todo un desafío, pues para ello es necesario comprender su especificidad a través de las mediaciones y las determinaciones que la transversalizan como parte de una totalidad histórico-social.

De esta manera en el **primer capítulo**, intentaremos esbozar el marco teórico desde donde, mediante categorías analíticas intentamos aproximarnos a la problemática, desde un nivel más amplio y abarcativo. Así, la Cuestión Social es analizada desde nuestro punto de vista como una categoría central, que media y determina la vida de las personas en sociedad. Esta categoría permite además recuperar la perspectiva de la totalidad evitando reducirse a las problemáticas sociales, concretas y fragmentadas, permitiendo, ver los distintos procesos en un momento dado, logrando de esta forma, convertirla en una herramienta sumamente efectiva al momento de comprender la realidad. El Trabajo Social tiene aquí “la

cuna” de su especificidad pues, es una profesión que surge para trabajar, investigar e intervenir en los problemas sociales emergentes de esta.

A partir de aquí, se emprende un trabajo monográfico de corte ensayístico incorporando como mediaciones analíticas las categorías “Cuestión Social”, “Políticas Sociales”, “Salud Mental”, “Control Social”, “Vida Cotidiana”, “Familia” desde un enfoque ontológico, tendiendo a una redimensionalidad histórica y totalizadora.

Se pretende de este modo, mediante un marco conceptual donde se manejen dialécticamente las mencionadas categorías, apoyadas por un posterior trabajo de campo donde se confronte la teoría con la realidad social, desnaturalizar el significado otorgado “hegemónicamente” al concepto Salud Mental.

También nos parece adecuado mencionar como a través del devenir del tiempo el tratamiento de la locura fue cambiando, ya que hubieron mediaciones y determinaciones que permitieron y promovieron esta mutación, en la medida que la misma fue necesaria debido a las nuevas concepciones imperantes en la sociedad.

La matriz metodológica desde la cual se realiza el análisis, nos va introduciendo de esta manera, en la temática que nos convoca. La misma, nos permitirá a lo largo del trabajo, visualizarla desde una perspectiva de totalidad. El movimiento dialéctico de las múltiples determinaciones y mediaciones de la realidad, posibilitan entonces el acercamiento progresivo, develando aquellas cuestiones que muchas veces permanecen ocultas, pero que inciden en la **Vida Cotidiana**³ de las personas cuya problemática refiere a la Salud Mental.

³ Al hacer mención a la vida cotidiana se refiere a: “...la vida de todo hombre. La vive cada cual, sin excepción alguna, cualquiera sea el lugar que le asigne la división del trabajo intelectual y físico (...) el hombre participa en la vida cotidiana con todos los aspectos de su individualidad, de su personalidad (...) La vida cotidiana es heterogénea (...) ante todo desde el contenido y la significación o importancia de nuestro tipo de actividad (...) la significación de la vida cotidiana, al igual que su contenido, no es simplemente heterogénea, sino también jerárquica” (Heller, 1972:39-40)

En el **segundo capítulo** nos encontramos con una breve reseña histórica de cómo fue cambiando a lo largo de la historia el concepto de Salud Mental y como al ser este una construcción social, que por mecanismos de dominación simbólica ⁴ se introduce en nuestras sociedades, estableciendo los parámetros de lo que es una persona sana y cual no lo es.

Si hacemos acuerdo que la salud mental es una construcción social, entonces es pertinente hacer una breve reseña acerca de como fue variando el tratamiento que se le dio a la locura desde la Revolución Francesa a nuestros días, estableciendo de este modo un marco temporal acotado. Entonces hablamos de salud mental y dentro de ella mencionamos la locura como una de las manifestaciones de la enfermedad mental.

En el **tercer capítulo** nos enfocaremos en como a partir del Siglo XX adquiere relevancia lo social en relación a la locura y como se comienza a prevenir la misma. Comienza a tener sentido el binomio salud/enfermedad.

Luego nos gustaría hacer una breve mención como ha sido el tratamiento a lo largo de los últimos años de esta patología, como el Trabajo social ha ido ganando un espacio de preponderancia en la atención a personas de este colectivo, la importancia que tiene la "mirada social" en cuanto a estas cuestiones, para finalmente referirnos a las nuevas concepciones de Salud Mental, al trabajo de los equipos de salud y nuestra participación en ellos en el ámbito de la Salud Pública.

⁴« ...si hablamos de "dominación simbólica", la resistencia se torna mucho más difícil, ya que es algo que se absorbe como el aire, algo por lo que no te sientes presionado; está en todas partes y en ninguna y escapar de ella es muy difícil." (Bourdieu, 2000: 224)

Pierre Bourdieu describe lo «simbólico» como eso que es material pero que no se reconoce como tal (gusto en el vestir, un buen acento, «estilo») y que deriva su eficacia no simplemente de su materialidad sino de esta verdadera «misrecognition»." (J.M.Fernández, 2005:2)

La noción de violencia simbólica juega un rol teórico central en el análisis de la dominación en general hecho por Pierre Bourdieu, quien la considera indispensable para explicar fenómenos aparentemente tan diferentes como la dominación personal en sociedades tradicionales o la dominación de clase en las sociedades avanzadas, las relaciones de dominación entre naciones (como en el imperialismo o el colonialismo) o la dominación masculina tanto en las sociedades primitivas como modernas. La dimensión simbólica, la autonomía y dependencia relativa de las relaciones simbólicas respecto a las relaciones de fuerza, son tan importantes que negarlas, equivaldría según él, a "negar la posibilidad de una Ciencia sociológica" (J.M.Fernández,2005:2))

Desde nuestro lugar de estudiantes, prácticamente egresados, entendemos que el Trabajo Social es una de las disciplinas que no puede estar ausente en estos Equipos de Salud ya que su especificidad lo involucra directamente en estos procesos. Nos parece substancial introducir el debate acerca de cómo pensamos el abordaje interdisciplinario, en relación a la intervención profesional colectiva, donde nuestra profesión, puede aportar a la desnaturalización así como también a la superación y transformación de las condiciones de existencia de estas personas.

Nos convoca entonces, en este trabajo, trascender los arraigados esquemas medicalizadores, mediante el incentivo intelectual y metodológico, donde se pretende desnaturalizar ciertas afirmaciones como por ejemplo la oposición lineal “sano-enfermo”, “normal-anormal”, donde la ausencia de uno condiciona necesariamente la presencia del otro. Esto es un esfuerzo que consideramos necesario ya que no existe ingenuidad en la definición de conceptos.

Finalmente, se presenta en forma de conclusión, las primeras aproximaciones, en un proceso de búsqueda y alternativas, de “intervenciones emancipatorias” dirigidas al colectivo de personas que presentan algún problema de salud mental. Este proceso se encuentra abierto en tanto es nuestra intención introducir líneas de debate o que puedan ser profundizadas en un futuro, por otro investigador, que se sienta tentado o motivado por la temática. Creemos que unas de las metas a las que siempre debemos apuntar los “cientistas sociales” son la profundización y ampliación del conocimiento de la realidad social, “conocer para cambiar”, ya que de otro modo esto no es posible. Es todo un desafío, pero no por eso menos apasionante. En ese camino estamos.

CAPITULO I

Salud Mental, acercándonos al concepto...

La elección de la línea teórico-metodológica nos pareció la mas adecuada dada nuestra pretensión de aprehender la realidad desde este movimiento dialéctico que va desde categorías mas abarcativas como Cuestión Social, en la Universalidad, a la particularidad de los sujetos en su Vida Cotidiana. Es necesario lograr comprender este movimiento para alcanzar una comprensión mínima acerca de lo que estamos investigando. De esta manera el concepto Salud Mental, deberá ser entendido y analizado desde una determinada perspectiva que nos coloque a salvo de las lógicas de un “*sistema normalizante y excluyente*”,(Miguez⁵, 2003), que define de antemano, cual es el lugar de unos y cual es el lugar de otros, según lo entiende el poder hegemónico que determina como se debe organizar el entramado social.

En este sentido se procuro dar cuenta de este movimiento de vaivén analítico que nos direcciona hacia la delimitación del objeto.

I. a).- Cuestión Social y Políticas Sociales: abordadas como mediaciones fundamentales que ayudan a comprender las determinaciones que pautaron los cambios sociales en relación a la Salud Mental.

Comenzaremos entonces por hacer referencia a lo que entendemos por **Cuestión Social** y como esta está presente en la vida de todas las personas con las que el Trabajo Social debe trabajar, es la materia prima de nuestra profesión.

⁵ Mag. María Noel Míguez Trabajadora Social especializada en el área de la discapacidad. Monografía de Grado: “Diferentes culturas en un mismo hogar: niños sordos con padres sin antecedentes de discapacidad auditiva”. (Agosto, 1997) Tesis de Maestría: “Construcción Social de la discapacidad a través del par dialéctico integración-exclusión”. (Diciembre, 2003) Docente del Departamento de Trabajo Social (DTS-FCS-UdelaR).

“El inicio de la Cuestión Social se ubica en el surgimiento del capitalismo, con la configuración de un mercado único que se consolida con la revolución industrial por la desigual relación entre capital y trabajo ante un mercado autoregulado y la constitución del trabajo asalariado subordinado en esa relación donde los obreros se constituyen en una masa crítica al servicio de los poseedores de los medios de producción. Es una instancia transformadora de la vida de la sociedad en un sentido técnico instrumental, ubicando al trabajo humano en función del desarrollo que domina la organización de los diferentes espacios sociales produciendo cambios sustanciales que profundizan las desigualdades sociales históricas, que se traducen en la división entre burguesía y proletariado, entre lo público y lo privado, entre el mundo doméstico y el mundo social, con la formación de Estados al servicio de la burguesía capitalista y por lo tanto al servicio del capital y la economía”. (Jong⁶, 2000,s/p)

Según Robert Castel (1997:420), el concepto de Cuestión Social se explicito en la década de 1830, y según sus propias palabras lo entienden como

“la toma de conciencia de las condiciones de vida de las poblaciones que eran a la vez agentes y víctimas de la revolución industrial. (...) Es el momento en que los derechos de los ciudadanos amparados en el orden jurídico de la época, comienzan a ser desconocidos y se instala un nuevo orden económico que confinaba a los ciudadanos al empobrecimiento, la miseria y la desmoralización”

El nuevo orden mundial, bajo la égida de la industrialización y sus componentes de “anonimato y despersonalización” comienzan a provocar una tensión que puede poner en peligro (si no es atendida a tiempo) al capitalismo naciente que se sustenta en lo económico. La nueva estructuración social requiere de la construcción de nuevos lazos y regulaciones entre la organización política del momento y una economía pujante y deshumanizada que despliega sus brazos y los extiende hacia todos los confines del mundo.

⁶ Lic. Eloísa Elena de Jong. Trabajadora Social; Profesora Titular e Investigadora Facultad. de Trabajo Social Universidad Nacional de Entre Ríos-. Argentina.

Este mercado sin demarcaciones ha ido produciendo hondos cambios en la subjetividad individual y colectiva, mientras que la integración social no es algo esperable, sino una lucha permanente entre exclusión – inclusión. La “vulnerabilidad social” como dice Castel recorre el mundo subjetivo y social en tanto el trabajo es visto y tomado no solo como condición para percibir un salario sino que permite además, sostener soportes relacionales que posibilitan el desarrollo de la creatividad y de lazos sociales. Esto desde nuestro punto de vista, aporta al crecimiento de los individuos, evitando *“la desafiliación y la desintegración”*, pero aún los sujetos integrados se tornan vulnerables⁷ por la precarización, y la desregulación, donde la inestabilidad laboral es una condición permanente.

La cuestión social entonces, dice R. Castel (1997:419) *“se plantea explícitamente en los márgenes de la vida social” pero a su vez pone en cuestión al conjunto de la sociedad”*

Desde este enfoque, cuando el Estado interviene en la atención a las problemáticas surgidas por la contradicción entre capital y trabajo es que surge el concepto de Cuestión Social. En su definición M. Lamamoto, (1997:92) hace mayor hincapié en la aparición de la clase obrera en el escenario político, exigiendo ser reconocida y *“...otros tipos de intervención, más allá de la caridad y represión”*

La misma autora al referirse a la cuestión social hoy, la considera como:

“conjunto de expresiones de las desigualdades de la sociedad capitalista madura, que tiene una raíz común: la producción social es cada vez mas colectiva, el trabajo se torna mas ampliamente social, mientras la apropiación de sus frutos se mantiene privada, monopolizada por una parte de la sociedad. La globalización de la producción y de los mercados no deja dudas sobre ese aspecto” (Lamamoto, 1997:72)

Según M. Lamamoto, en la relación capital-trabajo, aun hoy mantiene vigencia la contradicción de este binomio, aunque el mismo adquiere nuevas manifestaciones

⁷ Entendemos que se encuentran en situación de vulnerabilidad o que es vulnerable, aquel sujeto que no accede a satisfacer sus necesidades mas básicas por sus propios recursos

Esto implica que también las sociedades actuales deban adquirir nuevas capacidades para enfrentarse a las mismas. De esta manera entendemos que en la actualidad el Estado responde a la Cuestión Social mediante un proceso de “focalización” del gasto social público, mediante la implementación y la puesta en marcha de programas sociales selectivos contra la pobreza y la marginación social. Esta nueva modalidad de “*atención a la cuestión social*” provoca entre otras cosas, las heterogeneidades estructurales y una acentuación extrema de la desigualdad y la pobreza.

“Entonces, los llamados problemas sociales surgen cuando se instala la cuestión social en la esfera pública y es legitimada por la acción del Estado. Ello es problematizado en tanto el estado como instancia de fuerzas sociales, al mismo tiempo, desarrolla acciones de carácter coercitivo, y de consenso. Este juego contradictorio es la dinámica que adquiere la atención de la Cuestión Social en distintos momentos históricos” (Velazquez, 2008:23)

De esta manera, frente al avance de los modelos neoliberales, las relaciones que las sociedades establecen, tienen como base la existencia de la desigualdad social y las diferencias entre los individuos, que están implícitas en este modelo de desarrollo. Por lo tanto atento a estas situaciones conflictivas:

“...la Cuestión Social comienza a tomar estado público, las medidas para enfrentarla serán pensadas como mediación entre la Sociedad Civil y el Estado, que refleja su doble característica de coerción y consenso, de concesión y de conquista” (Pastorini, 1997:70)

De las palabras de la autora se desprende que las intervenciones del estado se orientan a atenuar algunas de las manifestaciones de la cuestión social, fragmentando las demandas, buscando de esta manera impedir que surjan conflictos, que puedan poner en riesgo la cohesión y el orden socialmente establecido.

La Cuestión Social para un profesional del Trabajo Social refiere a:

“problematizar a nivel societario la necesidad y/o la demanda concreta del usuario, atendida por el trabajador social en el momento de la intervención profesional” (García apud De Martino- Gabín, 2008:73)

Esta cuestión social entonces se hace evidente en el momento del diagnóstico o del desarrollo del análisis de la realidad como primer proceso de la intervención profesional, pero a su vez requiere que este profesional se nutra de las competencias teóricas pertinentes y luego del proceso de intervención, logre ordenar los datos, y la información que emana de todas estas intervenciones.

Desde el momento en que esta cuestión social comienza a tomar visibilidad, se empiezan a generar políticas públicas para canalizarla e instrumentarla. Cabe agregar que si bien todo esto que mencionamos muchas veces va de la mano con las cuestiones relacionadas con el trabajo, con la organización del mismo, no es menos cierto que también tiene como correlato una sociedad diferente, surge una “nueva sensibilidad”, (Barrán; 1993.), una nueva forma de vincularse y por lo tanto “una nueva subjetividad”.

“Es en la búsqueda del encuentro con el otro donde el individuo esta cada vez mas aislado, donde la palabra no da cuenta, dando paso al acto en el intento de encontrar un sentido. De esta manera se sacude la subjetividad al poner en el mismo plano lo trágico y lo banal, lo intimo y lo Publico, lo mediato de lo inmediato, lo prescripto de lo prohibido” (Castel, R 1997: 416)

Este modo de vivir y de concebir la realidad tiene efectos determinantes en el individuo. Lo intimo y lo privado de cada uno pasa a ser publico, se padece del doble mensaje que dice para “ser” es necesario no solo existir, es necesario además “pertenecer” y se pertenece en cuanto “se es parte de la sociedad de consumo”, y se tiene aquello que el mercado indica como necesario para lograr ser feliz, para lograr el objetivo final: pertenecer. Pero a su vez y paradójicamente se vive la imposibilidad de acceder a este, lo que determina la frustración constante de las personas.

Entendemos que en el cambio del capitalismo competitivo al monopólico, se producen todas estas transformaciones que tienen que ver con los ajustes del Estado, que mencionábamos anteriormente, tendientes a mantener la reproducción del Capital. Ello conduce en un plano social, a una reducción del gasto público en PPSS, y en lo económico, a una desregulación del mercado laboral, entre otros aspectos. Se constituye de esta forma, el desempleo, la desregulación, la precarización, etc. Es estas, son, desde nuestro punto de vista, manifestaciones claras de la cuestión Social, que afectan particularmente a los sectores más vulnerables de la sociedad, entre los que se encuentran las personas con problemas de Salud Mental. Esto lo afirmamos ya que nuestros entrevistados dejaron claro en varias oportunidades que los problemas de salud mental, pueden generar problemáticas más complicadas si no reciben un tratamiento adecuado. En este sentido un integrante del Equipo de Salud Mental de la Policlínica de Piedras Blancas nos decía:

“Todo en definitiva no se trabaja como patología mental. Puede llegar a ser el origen de una patología mental posterior mucho mas grave, si no se trabaja a tiempo y adecuadamente. Nosotros trabajamos con las adicciones, con adictos. Y el adicto muchas veces tenemos que determinar si tiene una patología previa a la dicción o es la adicción lo que desencadena la patología.” (Ver entrevista III en Anexos)

Los trastornos mas frecuentes por lo que la gente consulta son por ejemplo los trastornos depresivos (depresión mayor), los trastornos de ansiedad y la esquizofrenia. A estas problemáticas hacían referencia los diferentes profesionales entrevistados cuando hablábamos del tema, según ellos los problemas económicos están íntimamente relacionados con el aumento de estos trastornos en la sociedad.

“Aquí justamente por trabajar desde una interdisciplina sabemos que hay muchas afecciones que en una primera instancia se tratan como enfermedades mentales, porque hay un trasfondo de una patología de carácter

médico. (...) Tenemos muchos casos de trastornos de angustia, de ansiedad, trastornos depresivos que repercuten en la salud del paciente, por lo tanto es necesario que se le haga previamente una evaluación médica. (...) Yo diría que hay una amplia gama de cuadros depresivos ya sea lo que llamamos depresión mayor u otras depresiones que tiene que ver con incapacidad de adaptación de algunas personas, a su realidad social, ya sea por cambios o pérdidas (...) Después tenemos toda la gama de distintas psicosis, son pacientes que requieren más cuidado” Ver entrevista VII en Anexos)

Por lo tanto las diferentes manifestaciones de la llamada Cuestión Social, de las que ya hablamos anteriormente traen aparejada la necesidad de la aparición en escena a las llamadas Políticas Públicas (PP), para intentar mediar socialmente en las diferencias que se agudizan entre las diferentes clases, pero también para intentar lograr equidad social en cuanto a las diversas situaciones de injusticia social a las que se ven expuestos los individuos en sociedad.

Para T. Lowi, (1992), las Políticas Sociales (PPSS), son Políticas Públicas (PP) que operan en el campo social.

A partir de que el Estado asume las nuevas funciones, comienzan a desarrollarse las PPSS y se vuelven objeto de estudio. Existen criterios opuestos en relación al surgimiento de las PPSS: por un lado algunas posiciones señalan que son los gobernantes o sea la estructura del Estado, otras posturas apuntan hacia las fuerzas sociales organizadas y presionando, las que hacen esto posible.

Nora Morales, Asistente Social, que trabaja hace más de 15 años en la Intendencia de Montevideo aporta lo siguiente con respecto a este tema:

“Las políticas Sociales son instrumentaciones, interpretaciones de la realidad, valores que tiene la sociedad que mira, enfrenta, lee y diseña e implementa cuestiones que se transforman en experiencias, en dispositivos, en

Programas, de acuerdo a como se lee la realidad. La discapacidad se ha leído de muchas maneras a lo largo de la historia.(...) A enfoques asistencialistas donde las personas que presentan una determinada patología eran objeto de limosna o de actitudes paternalistas. Se ha leído como “personas no sanas”, “los locos”, “los enfermitos”. Entonces había políticas de Salud entreveradas con lo benéfico, lo asistencial y no lo rehabilitador. (...). Según como se haga la lectura es lo que las Políticas Sociales van a hacer con las personas. Y eso se traduce como decíamos en Programas, en Planes, en acciones, en experiencias” (Morales N. Ponencia “Hacia donde Vamos?”, 2007 s/p)

Según X. Baraibar⁸ (1999) estas Políticas Sociales en la actualidad están ligadas a la focalización y a la selectividad. La focalización refiere a la situación socio-económica (situaciones de vulnerabilidad) y la selectividad tiene que ver con categorías poblacional. La focalización la vemos en contraposición a la universalidad. Esta no es irrestricta, es selectiva.

Las políticas, a su vez, significan aprendizaje político, muestran errores a corregir o experiencias a replicar, también transforman la capacidad operativa del Estado, ya sea ampliando o reduciendo su capacidad institucional, burocrático-administrativa.

En la actualidad, el pasaje hacia políticas descentralizadas que dicen impulsar la participación de la Sociedad Civil, nos lleva a reflexionar sobre lo local. La Sociedad Civil ahora, debe llevar adelante instancias de implementación y ejecución de acciones sociales que antes eran competencias del Estado fundamentalmente. Este cuenta con un aparato burocratizado y especializado en llevar adelante estas cuestiones que se ha ido profesionalizando con el correr de los años, el avance de la tecnología y la burocratización de la función del mismo.

⁸ Ximena Baraibar Ribero, Asistente Social. Master en Servicio Social, Universidad Federal de Río de Janeiro- Universidad de la República.

Muchas veces se hace necesario trascender la focalización de las Políticas Públicas., ya que las políticas focalizadas pretenden compensar la falla de un sistema que se ha mostrado en los hechos incapaz de articular a los diferentes grupos poblacionales desde sus *“mecanismos globales de regulación”*.

La focalización al decir de Baraibar, (1999:1)

“no implica un mero cambio técnico- operativo, sino una modificación en la forma de entender como debe proveerse la protección social”

De esta manera la implementación de estas políticas focalizadas de corte neoliberal pretenden lograr de alguna forma, reparar los efectos más visibles del mal funcionamiento social.

Estas cuestiones son de vital importancia para el Trabajo Social. Las modificaciones que se dieron en el seno de los sistemas de protección social, generan sin dudas cambios para aquellos que mediante distintos mecanismos logran vincularse a los mismos.

“Dado su quehacer profesional, el Trabajo Social presencia la materialización de los procesos analizados en la vida cotidiana, en particular, la remercantilización en el acceso al bienestar social. Por otro lado y en particular en los procesos de focalización, así como en los mecanismos de acreditación de la pobreza, los trabajadores sociales tienen un rol relevante. El Trabajo Social tiene el desafío de contribuir a dar cuenta de estos procesos volviéndolos públicos y de aportar a su problematización” (Baraibar, 1999:16)

La pertinencia del Trabajo Social en cuanto a esta cuestión social, se enmarca en el nacimiento del mismo, esta íntimamente relacionado con ella, ya que su surgimiento se debe a la necesidad de intervenir en los problemas sociales que se derivan de la cuestión social. Desde nuestro punto de vista es una categoría central, pues nos permite recuperar la *“perspectiva de totalidad evitando reducirse a las problemáticas concretas y fragmentadas”* (Velazquez, 2008:7), lo cual nos acerca sin dudas a una mejor comprensión de la realidad.

Así, Cuestión Social y PPSS, conforman un binomio indisoluble, donde la relación dialéctica existente entre ellas, permite que la existencia de una posibilite la existencia de la otra, para dar como resultado las transformaciones de una y otra sucesivamente, permitiendo así, el avance de la sociedad buscando atender adecuadamente las diferentes problemáticas sociales que se van evidenciando.

I. b) Salud, Salud Mental y Trabajo Social: su implicancia en la Cuestión Social

Reflexionando acerca de todo lo que venimos exponiendo, podemos decir que nos parece importante resaltar que en el marco de una sociedad capitalista, la Salud Mental y la Exclusión Social son claras expresiones de la cuestión social. Las personas en sociedad están expuestas a determinadas situaciones de desigualdad originadas por el propio sistema, situaciones que muchas veces no son capaces de resolver adecuadamente.

“La Exclusión Social es un fenómeno multidimensional que superpone una multiplicidad de trayectorias de desvinculación. En tanto que el vínculo dominante de inserción en la sociedad moderna lo constituye la integración por el trabajo, su transformación adquiere preponderancia en las trayectorias de exclusión social” (Belifore, 1997:80)

El desafío continuo del Trabajador Social que desempeña sus funciones en diferentes equipos de Salud Mental, junto a otros profesionales, muchas veces tiene que ver con intervenir en situaciones sociales. Se busca de esta manera la atenuación de la Cuestión Social, la correcta aplicación de las Políticas Sociales y que los sujetos con problemas de salud mental, se encaminen a develar y potenciar sus capacidades, descubriendo que su inclusión social es posible. Entendemos que la pertinencia del Trabajo Social en el área de la Salud Mental, apunta a trascender los parámetros del mundo “normalizado” a través de la búsqueda de alternativas viables en pro de la inclusión que se promueve desde la heterogeneidad, reconociendo y aceptando las diferencias.

Los años han pasado y las concepciones acerca de la problemática de la Salud Mental tienden a modificarse, pero los objetivos y el modelo de Estado siguen siendo el mismo.

Los cambios del sistema capitalista entienden que el Estado neoliberal no debe hacerse responsable de las personas que presentan esta patología, por lo tanto delegan la responsabilidad de su atención en la familia del individuo. Solo serán tenidos en cuenta si se consideran peligrosos para si mismos o para la sociedad. En estos casos la medida que se adopta, es recluirlos en Instituciones Psiquiátricas, donde se intenta "controlarlos", para luego devolverlos al seno familiar.

La forma en como la sociedad en su conjunto visualiza esta problemática, refiere y coloca al individuo en una situación de estigmatización social, de la cual es muy difícil escapar, ya que luego de instalada esta lógica perversa en el imaginario colectivo, resulta muy difícil trabajar hacia la integración de estas personas. Esto sucede con ciertos individuos entre los que se encuentran, los pobres o marginados, los vagabundos, los alcohólicos, las prostitutas y los "locos". Todos ellos son considerados de alguna manera una amenaza para el orden social, los cuales se tratan de mantener alejados, pues hemos sido socializados bajo este paradigma y es muy difícil escapar de esta lógica de la ideología dominante.

La intervención del Trabajo Social en situaciones sociales donde la problemática del individuo refiere a la salud mental, se realiza no solamente con el sujeto sino que incluye a toda la familia y a la comunidad donde se inserta. Lo que el individuo vive en su cotidianidad, la subjetividad de cada uno de los integrantes de la familia, repercute en la situación de este.

Entendemos que hablar de familia hoy, significa centralmente poder entender la complejidad en la que se van construyendo los vínculos familiares, es poder tener en cuenta lo que permanece de la misma y lo que cambia, en términos de lo uno y lo múltiple, entendiendo los procesos de integración y desintegración, que se dan en el seno de esta. Es del mismo modo comprender

la serie de igualdades y desigualdades, poniendo en tensión lo material y lo simbólico desde un imaginario social que constituye *“lo esperado socialmente respecto de la familia y de los sujetos”*. (Jong, 2000 :s/p)

La familia actual está, (lo quiera o no), atravesada por el mercado y ese mercado regula los otros atravesamientos institucionales como son por ejemplo: el trabajo, la sexualidad, la salud, la educación, la justicia, la religión, etc., y todo esto confluye en la complejidad de la vida familiar. Todas estas cuestiones están transversalizadas por la Salud, y si hablamos de salud, también se incluye la Salud Mental, pues según nuestras entrevistadas no es posible hablar de una sin incluir a la otra.

De esta manera, nos parece pertinente definir el concepto de salud, ya que definirla nos dará una noción a lo que hacemos referencia, cuando lo mencionamos

1. b.

i) La salud: incierto margen entre “lo sano” y “lo enfermo”

La salud tiende a definirse por la negativa, como ausencia de enfermedad, por lo tanto la línea divisoria entre la salud y la enfermedad, entre lo sano y lo patológico, es de límites sumamente difusos y en ocasiones difíciles de establecer.

Según la Organización Mundial de la Salud ⁹

“La salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”

La salud es algo relativo que varía de una cultura a otra, esta muy relacionada con los sistemas de valores que se posee, con aspectos ideológicos y políticos propios de un grupo o una sociedad.

⁹ Esta definición es propuesta por la OMS en el año 1946. hasta ese momento la salud era definida básicamente como ausencia de enfermedad. Esta visión se limitaba a la dimensión física y/o biológica del hombre

Se tiene una visión de la salud no como algo estático sino como algo dinámico, que ha ido cambiando a lo largo de la historia y que previsiblemente seguirá cambiando

“El fenómeno salud es un proceso histórico de interrelación de los seres vivos entre sí con la naturaleza, de cuya resultancia se da la salud, la enfermedad o la muerte. Solo a partir de esta concepción globalizadora (hombre-sociedad-naturaleza), es que se puede abarcar el proceso salud-enfermedad” (San Martín; 1985:12)

En este sentido Villar (1992:21) entiende que:

“La salud y la enfermedad no son estados definidos, aislados y totalmente diferentes, sino que constituyen manifestaciones de un mismo proceso dinámico en continua interacción dialéctica, con rupturas, cambios, y contradicciones, tal como el organismo vivo está también en continua transformación y adaptación”

Entonces, no podemos concebir a la Salud solamente como algo físico sin tomar en cuenta los aspectos mentales. Es por lo tanto un concepto amplio, integral y dinámico ligado a las condiciones de vida. Nos basamos en las palabras de una de nuestras entrevistadas, quien al preguntarle sobre este tema nos decía:

“Respeto el concepto de de Salud Mental que se maneja, pero para mí el concepto de Salud es uno solo. Desde mi punto de vista no podemos decir que una persona goza de salud corporal si no tiene salud mental y viceversa. Desde esa perspectiva obviamente la salud integral implica integrar al individuo en lo que es” (Ver entrevista V en Anexos)

Tomando al sujeto en su integralidad, estos elementos son tomados en forma conjunta (sociales, psicológicos, ambientales) y permiten realizar un abordaje del individuo como unidad bio-psico-social.

En cuanto a la definición de la OMS, se pueden encontrar en ella, (según nuestro punto de vista) algunos aspectos criticables como por ejemplo que equipara bienestar a salud, lo cual no siempre es comparable, pero nos permite remitirnos al concepto de Salud Mental, sobre el cual profundizaremos un poco

más, ya que la Salud Mental puede remitir a una forma de discapacidad aunque no siempre es así. Siguiendo con el tema, mas adelante la misma profesional que mencionamos anteriormente señalaba:

“en la medida que la persona tiene dificultades para incluirse socialmente, esa es la discapacidad, independientemente de la deficiencia que tenga. En Salud Mental está la perspectiva de la patología y eso (...) es un tema de salud. O sea entiendo que tratar adecuadamente y dignamente todo este tipo de manifestaciones es un tema de salud” (Ver entrevista V en Anexos)

La Salud mental se relaciona ampliamente con la vida cotidiana, la cual implica las relaciones con la familia, los amigos, el trabajo. Componentes implicados en la producción de subjetividad. Entonces desde las Ciencias Sociales se entiende que la “locura” es producto de las sociedades y de las características de las mismas Si bien cada sociedad es distinta a otra, existen rasgos o estructuras que se encuentran en todas las sociedades, como lo son los procesos de socialización, de dominación, de coerción, etc.

Desde una visión clásica pero de importancia trascendente, ya que es la definición emitida por el organismo en el que funda sus bases, la OMS¹⁰ define a la Salud Mental como:

“aquel estado sujeto a fluctuaciones provenientes de factores biológicos y sociales en que el individuo se encuentra en condiciones de conseguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas potencialmente antagónicas, así como para formar y mantener relaciones con los demás y para participar constructivamente en los cambios que pueden producirse en su medio ambiente físico y social” (OMS).

1. b)

ii) Trabajo Social en el campo de la Salud: Desde nuestro punto de vista el mismo se legitima, ya que desde su nacimiento nuestra profesión se pensó

¹⁰ OMS- Organización Mundial de la Salud

como subsidiaria del saber médico. Ha pasado mucho tiempo desde entonces, muchos han sido los avances de la misma y el logro de la independencia técnica por parte de los Trabajadores Sociales que se encuentran trabajando en diferentes Organizaciones e Instituciones dan cuenta del avance que ha tenido nuestra profesión en este sentido. Hemos obtenido el reconocimiento y el respeto de la gran mayoría de los profesionales con quienes debemos intervenir en diferentes situaciones sociales, ese ha sido un arduo y largo camino, pero forma también parte de nuestros logros y satisfacciones

Rescatamos, por supuesto la vinculación histórica existente entre Medicina y Trabajo Social (Servicio Social), vinculación que no se pretende negar ni minimizar en este trabajo, pero a la luz de los avances de nuestra profesión, de la conquista de la independencia técnica del colectivo de profesionales de Trabajo Social y de la construcción del nuevo marco de intervención profesional, la misma discurre hoy por otros carriles y es nuestra pretensión abordar como se desarrollan las prácticas profesionales en contexto de intervención interdisciplinar.

“Los Derechos Humanos y las Políticas Sociales han sido el contexto y la razón de ser de nuestra profesión, por lo que desde un enfoque interdisciplinario nos encontramos ante la urgencia de profundizar estrategias que contrarresten los procesos de “refilantropización” de las políticas sociales actuales, implementadas en el contexto de las políticas Económicas Neoliberales en boga” (Peña apud de Martino- Gabín; 2008:167)

Es por estas razones que entendimos pertinente trabajar a partir de los conceptos de Salud Mental y analizar como mediante una herramienta metodológica como la interdisciplina se lleva adelante el trabajo en Equipos Comunitarios de Salud Mental, por parte de los Trabajadores Sociales en contextos de Salud Pública. El tiempo dirá después si el Trabajo Social, tal cual lo afirman nuestras entrevistadas, se jerarquiza o no con esta forma de trabajo y de abordaje más integral de la realidad (por lo menos esa es nuestra pretensión)

I.- c) Salud mental y el abordaje interdisciplinario. Nuevas estrategias de intervención

Es nuestro propósito en el presente documento, acercarnos mínimamente a estas cuestiones que entienden que la Salud Mental depende (entre otras cosas), de la calidad de los vínculos, la comunicación e inserción social de la persona. Esta es la pertinencia (desde nuestro punto de vista) de la intervención del Trabajo Social.

El ambiente social de las personas no es ajeno a la mentalidad de los individuos, sino que está permeada permanentemente por los mecanismos de sobre vivencia, por las redes a las cuales accede, en fin todo lo que hace a su vida diaria. Entonces el concepto de salud mental no se puede concebir como algo absoluto sino como algo relativo y sujeto a múltiples contingencias.

La entrada en el nuevo milenio, nos encontró frente a una nueva fase de la reforma de los servicios de Salud Mental en toda la región. La misma ha impuesto nuevas prioridades, permitiendo además la adopción de nuevas estrategias de cooperación técnica. Esta reforma plantea nuevos desafíos y es nuestra intención, dentro de esta coyuntura, ver como el colectivo de Trabajo Social ha comenzado a transitar por estos caminos que marcan una nueva forma de entender y asistir a las personas que presentan esta problemática.

Esta nueva fase de la reforma se entronca en un conocimiento más riguroso, producto de la investigación, acerca de los trastornos mentales, la disponibilidad de nuevos tratamientos de eficacia comprobada y una mayor participación de los usuarios en la atención de la salud mental.

Hemos observado que tanto en ámbitos institucionales como en los de la Sociedad Civil, intervienen en situaciones sociales muy diversas, profesionales de la salud, Médicos/as, Psicólogos/as , Psiquiatras, pero también enfermeros/as y Trabajadores/as Sociales. Estos profesionales de diferentes disciplinas tienen

su espacio de trabajo donde abordan diferentes problemáticas sociales, que demandan su atención, desde su especificidad y competencia.

La Interdisciplina supone *“aprendizajes para compartir campos de conocimiento y de intervención con otras disciplinas, pensar desde el trabajo interdisciplinario y a su vez reconocer un aporte específico. Para el Trabajo Social, además significa producción de conocimiento que faciliten la calificación de los sujetos de su integralidad, la actualización de las demandas sociales, así como la revisión de las respuestas institucionales”* (Guerra, apud De Martino - Gabín, 2008: 172).

Esto no quiere decir que se remplace al trabajo disciplinar sino que lo amplía a través de las diferentes perspectivas y modalidades de trabajo.

La **interdisciplinariedad** se sitúa en la necesidad de hacer estudios o actividades con la cooperación de varias disciplinas ya que hay determinados problemas en la sociedad que no pueden ser abordados desde una sola mirada. Las desigualdades se manifiestan constantemente y las demandas en relación a esto son permanentes, por lo tanto entendemos que la intervención profesional debe ser concebida como un proceso que pueda develar las diferentes contradicciones que están presentes en nuestra sociedad. La modalidad interdisciplinaria implica la posibilidad de pasar de una epistemología parcial y totalizante a una de estrategias convergentes ya que en las sociedades complejas el conocimiento siempre es convergente.

Debemos diferenciar a la interdisciplina de otras formas de relación entre las distintas disciplinas. Según N. Kisnerman la interdisciplina supone que el desafío de encarar una situación problemática compleja, requiere de la conformación pluralista de un equipo de trabajo, que a partir de un código y de una metodología compartida, produzca una nueva dinámica de abordaje.

“ En la interdisciplina la integración se va produciendo a través de las preguntas que una disciplina le hace a las otras, para operar en una situación

concreta, tratando de superar las comprensiones fragmentarias. La intercircularidad entre ellas, además de integrar saberes reduce el imperialismo intelectual entre algunas disciplinas” (Kisnerman, 1998:106)

A la hora de intervenir como equipo interdisciplinario, es necesario que cada uno de los profesionales que forman parte del mismo, tengan presente una postura ética, ya que hay distintas formas de posicionarse frente a la realidad social. Esto nos remite a una ética procedimental, ya que no se trata solamente de basarnos en una declaración de principios, sino tenerlos presente a la hora de intervenir. Esto llevaría a un análisis permanente y autocrítico, a una vigilancia ética, para evitar caer en una postura benefactora y en un ejercicio abusivo del “poder técnico”

El abordaje de la Salud Mental hoy, se da en el marco de la creación de los Equipos Comunitarios de Salud Mental (ECSM). Son equipos conformados por diferentes técnicos y profesionales abocados al tratamiento de la Salud Mental. Este abordaje ha sufrido un proceso de evolución, hasta llegar a nuestros días, donde la diversidad y las diferencias existentes entre las distintas disciplinas son vistos y entendidas como necesarias en un escenario de realidades cada vez más complejas.

Desde nuestro punto de vista, el Trabajo Social debe apuntar a lograr la inclusión de los excluidos, la aceptación de los no aceptados, a disminuir la fragmentación social existente. Esta, nos parece, es una tarea en la que debemos comprometernos todos, por lo tanto el trabajo interdisciplinario se hace indispensable a la luz de esta nueva realidad. Por eso para nosotros y de acuerdo al propósito del presente trabajo, esta modalidad, hoy más que nunca, cobra sentido y exige de cada uno de nosotros el máximo de los esfuerzos para lograr un trabajo tendiente a la verdadera inclusión.

CAPITULO II

II.- a) La Locura: un concepto construido socialmente según las Ciencias Sociales

En este segundo capítulo intentaremos visualizar el concepto de Salud Mental como una construcción social desde la perspectiva de las Ciencias Sociales.

Dentro de la salud mental encontramos múltiples patologías, y como no podemos ni es nuestra intención referirnos a todas ellas, o hacer un estudio minucioso de las mismas, utilizaremos el concepto de “locura”¹¹ como opuesto al concepto de salud mental, manejándola entonces como sinónimo de enfermedad mental.

Intentaremos establecer como marco y contexto de las prácticas sociales, a la Modernidad, como una forma de situarnos temporalmente. A partir de ahí ver como el concepto de Salud Mental se fue modificando y como repercutieron esos cambios en la vida de las personas que formaban parte de este colectivo.

En esta época tanto el poder como el saber adquieren una importancia esencial para la concreción del proyecto iluminista, la razón pierde aquella ilusión que durante mucho tiempo sostuvieran los pensadores de la época, acerca de su potencial “emancipador”, para trocarse ahora, en un simple instrumento de dominación, al servicio del poder hegemónico, volviéndose de esta manera funcional al sistema.

La idea central era lograr una sociedad disciplinada, donde solo tenía lugar una ley “homogeneizante y universalista”, se buscaba de este modo, controlar a los individuos.

¹¹ Cuando hablamos de Salud Mental entendemos a la “locura” como una de las manifestaciones de la enfermedad mental.

“En esta época prima la idea de normalidad, como una categoría que posibilita clasificar, ordenar y ubicar a los sujetos en un intento de producir individuos dóciles y útiles para el sistema. Esta normalidad considera la mayoría como una totalidad y el todo, como un todo homogéneo. Se presenta como una categoría de señalamiento del propio “deber ser”, una demarcación entre “nosotros” y los “otros”. Este sujeto “normal” es el modelo que sirve para medir, clasificar y construir ese todo homogéneo” (Velásquez, 2008:9-10)

Foucault (1990) establece que es paralelo a la modernidad cuando se comienza a conocer la locura. Anteriormente a esa época reinaba el asombro, el miedo, los mitos, etc. Luego, ya en la época clásica, el desarrollo de la división del trabajo manual e intelectual, posibilitó la acumulación de conocimientos y la formulación de un pensamiento filosófico que integraba la noción de Salud.

“Las concepciones de salud y enfermedad que se producen en una sociedad en un cierto momento de su historia son parte del universo cultural de esa formación social. Se articulan con las concepciones del hombre, de la sociedad y de la vida que caracterizan a esa sociedad y que, a su vez están determinadas por factores de índole económico y político”. (Giorgi, 1992: 137)

Hacemos acuerdo con aquellos autores que entienden que la locura, (no como patología, sino como concepto), es una construcción social. En este sentido tanto Foucault como Barran y Mitjavilla coinciden en establecer que el proceso de medicalización¹² está referido a la expansión del saber médico sobre la sociedad en general y sobre el individuo en particular. De esta manera la medicalización pasa a ser un agente socializador de los individuos a través del *“control del cuerpo, de los vicios, hábitos, costumbres, prohibiciones, discursos socialmente aceptados y legitimados”* (Mitjavilla, 1992). Estos se convierten en dominaciones tanto simbólicas como tangibles que se producen y reproducen en la Vida Cotidiana de los individuos.

“Con el término medicalización las ciencias sociales suelen referirse a los procesos de modificación de los parámetros tanto ideológicos como técnicos dentro de los cuales la medicina ejerce saberes e interviene en áreas de la vida social que exhibían en el pasado un mayor grado de autonomía respecto a sus tradicionales competencias (...) para que alguna cosa pueda ser medicalizada es necesario que sea clasificada, evaluada, caracterizada en términos de normalidad-idad” (Menéndez; apud Mitjavilla, 1992: 37-39)

Murillo, (1997:161) señala: *“El concepto de **“Hombre”**, el de **“Locura”**, y el de **“Razón”** han sido construido paralelamente durante la modernidad. La constitución de estos conceptos se ha hecho a partir de ciertos dispositivos: la cárcel y el manicomio entre otros. Esto supone que el concepto de locura no alude a una ausencia en sí, de carácter omnitemporal, y que la psiquiatría habría descubierto en las celdas del Hospital General del siglo XVIII, sino que por el contrario, es una construcción social (...). Las afirmaciones precedentes, implican que estos conceptos han cumplido y cumplen funciones de demarcación social (...) No solo aparecen como constituidos socialmente sino como constituyentes de lo social, en tanto tienden a establecer líneas divisorias al interior de la estructura social”*

Al ser considerado el concepto “locura”, una construcción social, esta no es fija ni estática, sino que tiene su propio devenir histórico, el mismo se construye en cada tiempo, lugar, sociedad y posición del individuo en la misma. Otro punto a destacar es que la locura cumple una función social de demarcación, lo que implica que a través de la delimitación de la locura, se establecen los parámetros de normal/ anormal en una sociedad. Es en este sentido que la ideología dominante de una época, impone un modelo de *“debe ser”* que permite viabilizar su expansión *“corrigiendo”* lo que se aparta u opone a ella.

M. Foucault (1990a:14) establece que las distintas sociedades han suscitado la separación entre lo normal y lo patológico.

“La conciencia moderna¹³ tiende a otorgar a la distinción entre lo normal y lo patológico el poder de delimitar lo irregular, lo desviado, lo poco razonable, lo ilícito y también lo criminal. Todo lo que se considera extraño reciben en virtud de esta

¹³ Entendemos que esa conciencia a la que se refiere el autor es la que tiene la “virtud” de establecer la bifurcación entre lo normal y lo patológico, se puede traducir en lo que Marx y Engels han llamado “ideología dominante”. Esta ideología ha implementado distintas modalidades, técnicas o modelos para poder llevar adelante su proyecto. Desde el aporte de estos autores la clase dominante es la que no solo tiene el poder en lo material sino también es quien tiene la posibilidad de establecer y legitimar, como socialmente aceptables sus ideas. “Las ideas de la clase dominante son las ideas dominantes de cada época, o dicho en otros términos la clase que ejerce el poder material dominante en la sociedad es, al mismo tiempo, su poder espiritual dominante. La clase que tiene a su disposición los medios para la producción material, dispone con ello al mismo tiempo, de los medios para la producción

conciencia, el estatuto de la exclusión cuando trata de juzgar y la inclusión cuando se trata de explicar”

Por lo tanto podemos afirmar que desde las Ciencias Sociales, se entiende que la locura es producto de las sociedades mismas y de sus características. Lógicamente cada sociedad es bien diferente la una de la otra. Existen sin embargo rasgos o estructuras que se encuentran en todas ellas como lo son por ejemplo los procesos de socialización, de dominación, etc. Por lo tanto debemos entender que las diferentes sociedades han inventado, en su devenir histórico, los parámetros que les permiten establecer o separar lo “normal” de lo “anormal”. Este proceso encuentra un “marco adecuado”, que lo sustenta adecuadamente en el *“Proyecto moderno del Iluminismo”* donde el “disciplinamiento”¹⁴ (Barrán, 1993) de *“formas de sentir, pensar y hacer”* se imponen a partir del 1700, asumiendo de esta manera el Estado, la creación y articulación de diversos dispositivos de *“producción y reproducción de una sociabilidad que controla, disciplina, normaliza y clasifica subjetividades”*(Foucault, 1990)

Estos dispositivos son principalmente la escuela, la cárcel y el manicomio. De esta manera la medicalización de la vida social implica la intervención constante y cada vez mas importante en las distintas esferas de la vida cotidiana, tanto colectiva como individual “del discurso y las prácticas medico-sanitarias” (Mitjavila: 1992), como mecanismos de “control social”¹⁵ en la sociedad moderna. De esta manera,

espiritual, lo que hacen que la sometan, al propio tiempo, por termino medio, las ideas de quienes carecen de los medios necesarios para producir espiritualmente. Las ideas dominantes no son otra cosa que la expresión ideal de las relaciones materiales dominantes. “ (Marx, Engels, 1971:50-51)

¹⁴ El Disciplinamiento, alude según señala J. P. Barrán (1993), al “cimiento conservador del Uruguay “progresista” en el novecientos. Fue la época del nacimiento de la “civilización”. De las pulsiones, de la vigilancia de la mujer, del niño, el adolescente y las clases populares, todo ello en nombre de la sacralización del trabajo, el pudor y la dignidad de la muerte. En el plano de los métodos de control social, la nueva sociabilidad se horrorizó ante el castigo del cuerpo, pero admitió en su lugar la eficaz domesticación del alma.”

¹⁵ Entendemos que control social se refiere a los esfuerzos de un grupo o de una sociedad por la autorregulación (o por regularse a sí misma). La forma más poderosa de **control social** es la interiorización de las normas.

J. J. Brunner, resume así el pensamiento de Foucault acerca del control social:

“...la idea foucaultina del disciplinamiento, esto es, la existencia de una tupida malla de dispositivos disciplinarios diseminados a lo ancho de la sociedad –especialmente a través de sus

bajo lemas tales como “*el cuidado del cuerpo*” y “*el buen comportamiento*” comienza a instalarse en la sociedad un disciplinamiento, que va a ser el motor que conduzca al desarrollo y a la reproducción de la misma, bajo las nuevas pautas de la vida en sociedad.

Estos nuevos modelos de comportamiento, manejados desde el poder hegemónico y en manos del saber médico, comenzaran a definir conceptos propios acerca de la realidad y logran introducir nuevos esquemas de comparación, clasificación, y estandarización de comportamientos y de diferenciación entre lo aceptado y lo no aceptado por el modelo imperante. Esto trae como consecuencia inmediata la “*inhabilitación en diferentes espacios sociales de aquellos sujetos que son etiquetados como “diferentes”, “enfermos”, “anormales”*” (Miguez, 2003)

Se ubican los primeros movimientos de la reforma psiquiátrica a principios del siglo XX y se pueden asociar indudablemente con los acontecimientos que se viven en el mundo en ese momento histórico. La crisis de la revolución industrial, la revolución bolchevique, las nuevas modalidades de organización del movimiento obrero, las presiones que este ejerce, la aparición de las Ciencias Sociales y las nuevas corrientes de psiquiatría,, van a conformar un escenario donde comenzará a criticarse el sistema asilar de los manicomios. Más allá de estos cambios, aun la comprensión de la enfermedad mental se restringía específicamente a lo biológico.

Dentro del primer movimiento de la mencionada reforma psiquiátrica, existe una importante presencia de lo social, como explicación del problema, como ubicación del mismo y que tiene que ver también con la aparición de una nueva modalidad de tratamiento.

II.- b) Como fue cambiando el tratamiento de la “locura” desde la época de la Revolución Francesa a nuestros días

instituciones centrales como la familia, la escuela, la fábrica, el ejército, la policía la cárcel, la burocracia, las ciencias y técnicas--., que bastarían para reproducir continuamente los comportamientos requeridos por el funcionamiento del orden capitalista, independiente de las motivaciones y valores de las personas-(Brunner, 1998,:82)

Foucault (1991:116) establece que es paralelo a la modernidad cuando se comienza a conocer la locura.

“Hasta el Renacimiento, la sensibilidad ante la locura estaba ligada a la presencia de trascendencias imaginarias.”

Este autor plantea a la revolución Francesa como un hecho histórico relevante para que tuviera visibilidad la locura.

“Según este autor, al poco tiempo de la revolución, comienzan a aparecer rumores, referidos a la población de los loqueros (...) Por lo tanto, se afirma, que en los asilos existen revolucionarios que el rey, había mandado internar acusándolos de locos, pero por otra parte (...) se esconden enemigos de la revolución que se hacen pasar por locos. Es decir que desde una necesidad de tipo político, surge una búsqueda de mejorar la mirada hacia los hospicios o asilos donde los locos están internados, esta se irá apoyando en un mejoramiento de las técnicas de estudio y clasificación de los internados” (Foucault, apud Carvalleda, 2004:1)

Castel reafirmando lo que plantea M. Foucault reseña lo siguiente:

“Sobre el telón de fondo de la sociedad contractual que instauro la Revolución Francesa, el loco desentona. Carente de razón, no es sujeto de derecho, irresponsable, no puede ser objeto de sanción, incapaz de trabajar o de servir, no entra en el circuito reglamentado de los intercambios (...) foco de desordenes, hay que reprimirlo mas que nunca, pero según un sistema de punición distinto del establecido por los códigos para aquellos que han trasgredido las leyes voluntariamente” (Castel, 1980:25)

La realidad uruguaya no escapa a estos juicios, de que el loco es siempre un agente de peligro para el orden establecido y el psiquiatra es quien tiene la potestad de definir lo normal, separándolo de lo anormal.

“A la vez que peligroso el loco es digno de lástima. Es un desgraciado, un “infortunado” que ha perdido el atributo máspreciado del hombre: la razón. Representa así un polo de desmesura sin equivalencia al que no puede aparejarse la racionalidad de la sanción. Al dejar de pertenecerse a si mismo ya no es

susceptible de participar en el proceso de producción y de adquisición. La lógica contractual que justifica plenamente la represión del criminal, e inventa un compromiso aceptable para sancionar la mendicidad y la vagancia, tropieza aquí con una especificidad insuperable” (Castel R, 1980: 52-53)

Durante el período de la Revolución Francesa el loco fue encerrado, ya no se lo excluía en las afueras de la ciudad, sino que se lo encierra en los manicomios u hospitales. Estos edificios se encontraban generalmente en las afueras de las ciudades y lo más simbólico de los mismos eran los grandes muros que los rodeaban, con la finalidad de separar y ocultar al loco. Cuando el hospital psiquiátrico cobra relevancia como instrumento de control para los enfermos mentales, el poder y la autoridad se centralizaron en la figura del psiquiatra.

“La Ley del 30 de junio de 1838 sobre los alienados, es la primera gran medida legislativa que reconoce un derecho a la asistencia y a los cuidados a una categoría de indigentes o enfermos. Es la primera en establecer un dispositivo completo de auxilio con la intervención de un nuevo espacio, el manicomio, la creación del primer cuerpo de médicos-funcionarios, la constitución de un saber especial, etc” (Castel R, 1980: 27)

Foucault plantea que mientras este agente simbolizó el poder, al asilado se le privo de uno de los derechos fundamentales, adquiridos por la humanidad en el contexto de la Revolución francesa: el derecho a la libertad.

“La medicina mental ha sido un motor esencial de esta transformación. La máquina como se verá queda montada a partir de la cuestión de la locura. Como gran éxito de su edad dorada, la medicina mental, produjo el estatuto médico-jurídico-administrativo del alienado, sancionado por la ley de 30 de junio de 1838. Comienzos modestos y transparentes: esta primera etapa afectó a varios miles de locos debidamente etiquetados, entregados a varios cientos de profesionales estrictamente especializados. Tutelaje brutal, completo, implicando la minoría absoluta y el secuestro total” (Castel R, 1980: 25-26)

Como enfrentará el colectivo de profesionales de la psiquiatría el desafío de restituir a los individuos denominados “locos”, algunos de sus derechos perdidos? O es que desde su punto de vista esta posibilidad no se tiene en cuenta? Como se fue modificando la modalidad de intervención en relación a esta problemática?

“La sociedad asignó a los psiquiatras el combate contra la locura, la construcción y definición de la normalidad. Ese papel clave en cualquier orden establecido, de alguna manera los convirtió tanto en sus denunciadorees como en sus agentes. Los psiquiatras del novecientos hallaron las causas del desorden mental en el avance de la civilización y el urbanismo y sus exigencias desmedidas hacia el hombre, pero también inventaron un loco que era la imagen del burgués puritano invertido, es decir, se identificó a las virtudes y conductas burguesas con la normalidad. La enfermedad mental que es violencia, derrumbe, desmoronamiento de la personalidad, angustia y dolor, fue sobre todo sentida y descripta como la gran desobediencia a los valores establecidos”.(Barrán,1995:126)

En el novecientos, los Psiquiatras de la época, establecieron los modelos de lo normal a través de los valores que la modernización¹⁶ de la sociedad establecía. Lo normal era que las personas se adaptaran a los cambios que la sociedad estaba vivenciando, que adoptaran como propios los valores y comportamientos que la sociedad veía como propios ahora. Era loco entonces quien se apartaba o establecía resistencia a la adopción de los valores que la sociedad moderna imponía.

“El discurso psiquiátrico del siglo XIX y el novecientos, revela a contraluz los valores culturales y hasta de clase del psiquiatra, al mostrar como síntomas o

¹⁶ Desde la Sociología se entiende que la modernidad es “el proceso de tránsito de una sociedad de la” tradicionalidad a la “modernidad” (...) combina(aunque no siempre todos ni todos contemporáneamente) los siguientes factores: urbanización, industrialización, superación de pautas tradicionales de comportamiento, eliminación de referentes religiosos de la normatividad social y articulación de una estructura política democrática y participativa (...)proceso de cambio social que en cada sociedad asume características peculiares e intransferibles, que denota la existencia de factores sociales en conflicto...” (Zubillaga y Cayota, 1998:33-36)

anormalidades típicas de la enfermedad mental retos al orden establecido, en especial en sus planos moral, social y familiar” (Barrán, 1995:164)

En esta época el loco es encerrado en manicomios y se le aplican toda una batería de técnicas y dispositivos que entendían los psiquiatras, tenían una misión “normalizadora”.

El encierro de la locura se comienza a cuestionar en los albores del siglo XX, pues se comienza a dejar de lado la visión biologicista y positivista de esta patología. Se comienza a pensar en el sujeto mismo y se comienza a tener en cuenta su discurso. Se comienza además a cuestionar el poder hegemónico del psiquiatra, introduciéndose los primeros componentes sociales. Nos estamos refiriendo a la Corriente Antipsiquiátrica,¹⁷ quien establece un nuevo punto de inflexión y delimitación de la locura.

Esta corriente comienza a visualizar a la locura no solo como consecuencia biológica, sino además que la misma está determinada por múltiples factores. En esta época, la locura estaba relacionada a los componentes biológicos y durante mucho tiempo se responsabilizó al enfermo, de su estado de salud. Al tomar relevancia lo social, la sociedad es muchas veces señalada como responsable de las enfermedades que afectan a las personas.

De esta manera, al introducirse lo social como factor importante en la salud mental, se comienza a hablar del binomio salud/enfermedad. La perspectiva cambia pues los términos usados son salud mental/ enfermedad mental y dentro de ella la locura es considerada una de las manifestaciones de la enfermedad mental. Hay muchas otras.

“La relación entre Psicoanálisis y la Salud Mental, ha tenido durante el siglo XX acercamientos y alejamientos, estos últimos a veces justificados cuando se

¹⁷ En la década de los 60, surge en Inglaterra el llamado Movimiento Antipsiquiátrico, siendo sus promotores Thomas Szasz y David Cooper. La tesis central de dicho movimiento establecía que se debía rechazar el concepto tradicional de enfermedad mental como anomalía biopsíquica, para ubicarlo dentro de un contexto económico-histórico-social.

piensa en el descubrimiento freudiano solo en términos de una hermenéutica desentendida de criterios de salud y enfermedad. Una perspectiva distinta es la de pensar un psicoanálisis interdisciplinario como conjunto de teorías psicoanalíticas de distinto nivel, cuyas categorías principales sean contrastables con las de otras disciplinas y puedan ser puestas a prueba en el contexto correspondiente” (Zunkerfeld¹⁸, Apud Ferrari, 2002:98)

A partir de fines del Siglo XX, se comienza a entender al par dialéctico salud/enfermedad como parte de una totalidad de la vida de los individuos en sociedad.

En este sentido incorporamos a nuestro trabajo una de las definiciones de salud mental que nos ha parecido adecuada, dado el desarrollo de la temática que nos convoca. Ferrari concibe a la salud mental como

“la posibilidad de lograr el relativo bienestar en el que el sujeto puede funcionar en el mejor nivel de su capacidad mental, emocional y corporal ante la variedad de situaciones favorables o adversas, que le toque vivir” (Ferrari, 2002: 16)

Esta definición nos pareció sumamente interesante ya que el autor hace hincapié en las potencialidades del individuo, a su contexto familiar y social, ambiental en relación a la salud mental. De esta manera se entiende que la persona forma parte activa con el entorno.

Esta perspectiva social de abordar y entender a la salud mental se centra en la inclusión de las personas, que padecen diferentes patologías mentales y diferentes grados de las mismas, en la sociedad.

En este mismo sentido, Pichón Riviére, entiende que la salud mental esta sostenida en grado variable por un proceso de vinculaciones humanas afectivas, solidarias, de apoyo, que constituyen para la salud el crecimiento y la realización de proyectos de vida, que cuando esta entra en crisis, se pierde o debilita, la enfermedad amenaza.

¹⁸ Ruben Zunkerfeld, Miembro Titular de la Asociación Psicoanalítica Argentina.

“Este tipo de experiencia vital, a la que se denomina enfermedad mental (...), es afectada de una u otra forma por procesos de interacción” (Rivière, 1990:128)

Este autor desarrolla en concepto de salud mental como la posibilidad de una *“adaptación activa a la realidad”*¹⁹. Adaptación que se entiende como relación dialéctica, mutuamente transformante entre sujeto y contexto social, vincular que implica una conciencia crítica, es decir una superación de nociones encubridoras de la realidad. Esto lo podemos traducir en: como lograr un conocimiento de la propia necesidad del individuo, necesidad de grupo, de comunidad. Conocimiento que no se agota en conocerlas sino que busca denodadamente darle las formas organizativas adecuadas para lograr resolver esas necesidades que ha logrado objetivar.

Estas posturas que hemos mencionado nos parecen que nos brindan el marco adecuado para habilitar la ingerencia del Trabajo Social en estas cuestiones. Las mismas nos brindan la posibilidad de tratar a la salud mental desde una perspectiva integral de salud (la salud vista como un todo), y no desde una visión medicalizada de la sociedad.

Generalmente desde parámetros medicalizadores se “focaliza” el origen de las alteraciones que pueda presentar un sujeto en cuanto a su salud mental, sin contemplar las mediaciones y determinaciones del entorno que contiene y en el cual se desarrolla la cotidianidad del mismo. Esta visión se ha ido modificando con el tiempo, y nos ha permitido visualizar al individuo como una unidad bio-psico-social, donde nuestra intervención es fundamental para lograr un cambio que permita pensar en la inclusión de esa persona.

Esto nos ha conducido a entender que la realidad social de las personas con patologías mentales, es atravesada por una multiplicidad de factores, sociales,

¹⁹ Para Pichón Rivière la concepción de salud que plantea, la entiende como: “la adaptación activa a la realidad”

psicológicos, culturales, económicos, etc. La pregunta que nos surge en estos momentos es como intervenimos los trabajadores sociales frente a esta realidad tan compleja? Acercar un poco de luz a la posible respuesta es lo que pretendemos en el presente trabajo.

Damos cuenta de todo esto cuando afirmábamos que nuevas formas de intervención se avizoran en el horizonte de lo social. Una herramienta que entendemos que bien aplicada puede ser fundamental en estas cuestiones es la Interdisciplina, sobre la cual ya señalamos probidades en el capítulo anterior. Esto es todo un desafío, según la opinión de nuestros entrevistados, pero desde la perspectiva del análisis de este trabajo, entendemos que tiene muchas posibilidades de lograr excelentes resultados²⁰

El Trabajo Social es una de las disciplinas que forma parte de esta metodología de trabajo, por lo tanto es una realidad que muchas veces debemos coexistir cotidianamente con diferentes profesiones y técnicos en el ámbito laboral. Esto supone dialogar y poner muchas veces en común conocimientos o habilidades, contener situaciones de extrema vulnerabilidad, generadas por los diferentes acontecimientos de la vida cotidiana.

En el transcurso de una de las entrevistas realizadas a una profesional del Trabajo Social, integrante de un Equipo de Salud Mental, nos manifestaba

“Yo en este equipo llevo trabajando cuatro años y siento no solamente que es viable, sino que es imprescindible trabajar interdisciplinariamente esta temática, porque ni yo sola como asistente Social, ni solo el Psicólogo, ni solo el Psiquiatra podemos hacer un abordaje integral de los usuario”.(Ver entrevista I en Anexos)

Teniendo en cuenta que en este trabajo, entendemos que hablar de Salud y hablar de Salud Mental, si bien no refiere a lo mismo, esta es parte

²⁰ Esto se desprende de la información que recabamos de los diferentes profesionales entrevistados en esta investigación. Ver información en anexo.

inseparable de la primera. Por lo tanto desde nuestro punto de vista, entendemos que el proceso de la salud mental debe ser abordado a partir de la cotidianidad de los sujetos, del análisis de los hechos cotidianos, con la intención de no perder de vista al sujeto mismo. Sujeto que singulariza las denominaciones simbólicas, las produce y reproduce en un estado consciente o no.

Desde el Trabajo Social podemos afirmar que lo que nos identifica y diferencia de otras disciplinas sociales, es la forma particular de entender y abordar el problema social. Por lo tanto entendemos que la función del trabajador social, es la de interpelar dialécticamente la realidad, lo cual no es sencillo, pero nos permite acercarnos al sujeto y entender sus demandas.

“El solo hecho de pensar sobre salud Mental (...) significa tanto, tener en cuenta de que depende su conservación y desarrollo, como su deterioro. Se trata entonces de considerar la vulnerabilidad²¹ y la resiliencia²² de un sujeto dentro de un conjunto, es decir sus factores de riesgo y sus factores protectores.” (Zunkerfeld Apud Ferrari, 2002:95)

Finalmente queremos señalar que luego de habernos aproximado al concepto de locura, el Trabajo Social tiene un profundo desafío en seguir capacitándose para intervenir adecuadamente en las diferentes situaciones sociales, especialmente (según nuestro punto de vista) en aquellas relacionadas a la salud mental, donde forma parte de Equipos interdisciplinarios. Allí se trabaja desde la cotidianidad del individuo, y se busca, mediante la interdisciplina, lograr evitar un análisis fragmentado de la realidad en la que se

²¹ “Desde la perspectiva psicoanalítica, definimos como vulnerabilidad a una condición que implica el predominio y cristalización de un modo de funcionamiento psíquico que consideramos propio del inconsciente escindido, cuyas manifestaciones mas habituales se expresan clínicamente en la precariedad de recursos del Yo, para procesar la actividad fantasma tica y enfrentar sucesos vitales y por la tendencia al acto-descarga comportamental y/o somático” (Zukerfeld, Apud Ferrari, 2002:95)

²² “Masten y Coatswort (1998) definen la resiliencia como constructo dinámico que incluye uan amplia clase de fenómenos implicados en las adaptaciones exitosas en el contexto de amenazas significativas para el desarrollo. La resiliencia aunque requiere de una respuesta individual, no es una característica individual, ya que esta condicionada tanto por factores individuales, como ambientales emergiendo de una gran heterogeneidad de influencias ecológicas que conspiran para producir una reacción excepcional frente a una importante amenaza” (Villalba Quesada, pág 7)

intervine, favoreciendo de esta manera el intercambio de saberes con otras profesiones.

En estos procesos, nuestra participación es fundamental.

“Intervenir profesionalmente cualquiera sea el paradigma que oriente tal intervención (terapéutico, educador, concientizador, dialógico, etc.) expresa una acción organizada y legitimada (es decir, de conocimientos sistemáticos reconocidos) de unos agentes sobre cuestiones que otros agentes no pueden resolver por si mismos. Ello supone que el profesional pone en acción dispositivos de poder de los que se ha apropiado y acumulado, tales como los conocimientos, las relaciones formales e informales y los recursos institucionales económicos y culturales.”(Nucci apud De Martino - Gabín, 2008:51)

Pensar entonces en el Trabajo Social como profesión nos remite entre otros aspectos, a concebir profesionales capaces de construir un saber especializado, que pueda dar cuenta de un problema real y que sea capaz de desarrollar además, un conjunto de herramientas guiadas tanto por una teoría que la sustente así, como también una metodología adecuada, que sean capaces de producir el cambio necesario, a favor de los individuos con los que se interviene.

Desde el nuevo modelo al que venimos haciendo referencia, se visualiza al individuo desde una nueva mirada como un sujeto bio-psico-social. Este cambio de modelo redefine entonces tanto a los sujetos como a los objetos de intervención profesional. Por un lado se restringe el área geográfica donde se interviene, (Policlinicas), pero por otro lado al darle a la intervención profesional un corte comunitario, se jerarquiza el nivel de intervención, ya que multiplica los espacios de acción. Este nuevo modelo plantea trascender el asistencialismo y lograr acciones tendientes a prevenir y promover la salud de la población. Será esto posible?

CAPITULO III

Los Equipos Comunitarios de Salud Mental (ECSM)²³, en la orbita del Ministerio de Salud Pública: Policlínicas Periféricas.

El concepto de Salud Mental Comunitaria surge a mediados del siglo pasado como consecuencia de la crisis de una Psicología centrada exclusivamente en el individuo y en la enfermedad.

Según Enrique Saforcada (1999), a mediados del siglo XIX, *“se consolida en el campo de la Medicina, la llamada Medicina Social, que incorpora a la explicación de la enfermedad, la influencia del ambiente. Tiene origen entonces, un Modelo Social Expansivo, que tendrá su correlato en el llamado Enfoque Comunitario dentro de la Psicología, en el cual el ser humano es concebido como inseparable de sus circunstancias sociales, económicas y culturales”* (A. Rodríguez²⁴ Apud Saforcada 2007:s/p)

Este nuevo modelo, obliga de alguna manera a los profesionales de la Salud, sobre todo a aquellos vinculados a la Salud Mental, a comprender e intervenir en el entorno de las personas, en los sub sistemas que lo componen y en la correspondencia entre los mismos. Estos profesionales, sobre todo Psiquiatras y Psicólogos, enfrentan el desafío de transitar desde un abordaje en el ámbito institucional, centrado como dijimos al comienzo, en el individuo y en la enfermedad, hacia el desarrollo de una intervención de corte comunitario, teniendo en cuenta el ambiente de los sujetos, y centrada en la prevención y promoción de la salud.

²³ *“Cuando se habla de ECSM, se hace referencia al modelo de organización del trabajo asistencial, y de gestión de recursos humanos. (Revista de Psiquiatría del Uruguay, 2007)*

²⁴ Prof. Agrs. Ps. Alicia Rodríguez: Magíster en Psicología Social. Docente, Profesora Agregada en el Área de la Salud de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República.

“El término Salud Mental, surgió y se difundió por el mundo, hace más de cuarenta años, como una propuesta alternativa al modelo de atención psiquiátrica. No constituye un modelo en si de atención, sino que pretende incorporar y reconocer como propios de su campo, a una variedad importante de sistemas diferentes para la atención del sufrimiento mental, a la vez que dispensar cuidados y difundir valores de salud mental.(...) Salud mental se propone desde sus comienzos, (...) promover prácticas diversas de intervención sobre el mismo, redefinir las relaciones de poder y saber, entre cuidadores y pacientes, lograr la participación activa en los procesos de atención, apuntando a la creación de un imaginario social alternativo al de la enfermedad y basados en la comprensión de valores de salud, y participación plena de los individuos, su familia y la comunidad en el proceso de salud-enfermedad-atención” (Galende²⁵, Apud Ferrari, Zac de Filc; 2002:74)

Gran parte de los Proyectos que se desarrollan en el Uruguay, en el marco de las Políticas Sociales focalizadas, en los sectores mas vulnerados de la población, teniendo en cuenta que muchos de ellos realizan un recorte etéreo o temático (dependiendo del sector hacia la cual las mismas van dirigidas), suelen observar dentro de su formulación, y ejecución un componente vinculado a lo comunitario. Desde nuestro punto de vista, el sentido que se le otorgue a ese componente comunitario, en el marco de los diferentes programas y proyectos, será la clave para que estas contribuyan de manera eficaz a promover la transformación de los sujetos, de sujetos “de necesidades”, en sujetos “de derechos”, logrando de esta manera el cometido transformador y emancipatorio que debe tener (desde nuestro punto de vista) una Política Social,

El advenimiento del cambio en relación a la atención de la salud mental en nuestro país, determinó que a partir del año 1996, se crearan los ECSM, como una estrategia de atención jerarquizada. La misma se consolidó mediante la asignación y la distribución de recursos humanos, la integración bajo la misma dirección técnica, así como también de instancias de coordinación conjuntas.

²⁵ Emiliano Galende, Miembro Titular de la Asociación Psicoanalítica Argentina. Director de la Maestría en Salud Mental, Universidad de Lanús

Los ECSM, se ubicaron en los centros de salud de los barrios, en algunos hospitales, y en los departamentos del interior del país en centros auxiliares de salud. Hubo un proceso de formación de estos equipos, que se fue dando paulatinamente, a partir de los recursos asistenciales existentes, en tiempo y forma diferente, según como trabajara cada centro de salud.

“En el año 2002 todos los departamentos contaban con al menos un ECSM, en el año 2004 había 13 equipos en Montevideo y 23 en el interior del país. En el 2007 existen en total 42 ECSM, 14 en Montevideo y 28 en los departamentos del interior” (Datos extraídos de la Revista de Psiquiatría del Uruguay, Vol.71, Nº 2, 2007:142) (Ver tabla en Anexos, Pág. 71)

Según Garrido (2004), el concepto de “Asistencia Comunitaria” implica *“reconocer y trabajar en función de la realidad social para producir un cambio. Promover y proponer la autogestión de la población atendida, para la satisfacción de las necesidades planteadas (...) realizar un fomento del trabajo en redes (...) incidir en los cambios de las políticas sociales”* (Garrido Apud Revista Psiquiatría del Uruguay, 2007: 137)

Las Políticas Sociales dirigidas a los sectores mas empobrecidos de nuestra sociedad, se constituyen mediante la implementación de Proyectos Sociales, en un instrumento de suma importancia que puede aportar a la permanencia o al cambio de una situación social dada. Desde nuestro punto de vista, según como se organice el trabajo de los diferentes ECSM, en los diferentes territorios, contribuirán a generar o no condiciones más favorables para el cambio.

Entendemos que, para nuestra profesión, trabajar a nivel comunitario no implica ningún esfuerzo porque forma parte de nuestra formación profesional y de la especificidad del Trabajo Social. Tener un espacio dentro de la salud donde se puedan trabajar aspectos vinculados a la autovaloración, la autoestima, visualización de capacidades y desarrollo de las potencialidades teniendo en cuenta los recursos del territorio, para la ejecución de acciones que favorezcan el

crecimiento de las personas como tales, ha sido y es, (así nos parece), un avance muy importante. Estas tareas forman parte de la especificidad del Trabajo Social, la finalidad entonces, es que las personas logren una “adaptación positiva al medio”.

Hacemos acuerdo entonces con la Magíster en Psicología Social, Prof. A. Rodríguez cuando expresa que:

“El desafío para los equipos profesionales es entonces el de establecer relaciones en donde, a la vez que se ofrecen espacios para dar respuestas a las necesidades fundamentales y para el sostén afectivo que dignifiquen a las personas y que le restituyan un lugar como sujetos de derechos, logre romper con los riesgos de una mutua dependencia y favorecer procesos de genuina autonomía y autodeterminación” (Extraído de la Ponencia de la citada Magíster, presentada en el Congreso Ecuatoriano de Psicología Comunitaria. Universidad Politécnica Salesiana. 2007, s/p)

Este nuevo modelo de atención a la salud mental ha trabajado en relación a la necesidad de permanente formación de los diferentes profesionales teniendo en cuenta las dificultades que implica el trabajo en equipo.

En relación a lo anteriormente expresado podemos afirmar que el trabajo de los ECSM, tal cual lo evidencian los diferentes profesionales entrevistados ha sido y continua siendo un aprendizaje permanente. Uno ellos refiriéndose al tema nos decía:

“Lleva años de cabeza, el cambio de la subjetividad y el cambio de las prácticas lleva mucho tiempo. Fijate que salir del consultorio hacia la comunidad, hay carreras a las que les lleva más y hay carreras a las que les lleva menos.” (Ver entrevista II en Anexos)

Estos equipos funcionan como un sistema abierto, en el cual se genera una trama vincular densa y con zonas de superposición. Esto supone que los distintos actores están en una permanente interacción con el entorno, con las familias, con otras instituciones, por lo tanto sus acciones están permeadas en forma permanente por estas relaciones.

Basándonos en la información recabada, creemos que el desarrollo del abordaje interdisciplinario a la interna de los ECSM, queda en parte sujeto a la voluntad y el interés o experiencia previa de los diferentes técnicos y profesionales que conforman dicho equipo. De todas formas en todos los equipos consultados hay un alto nivel de satisfacción por el trabajo desarrollado y apuestan a que el mismo puede mejorar en la medida que se los dote de mayores recursos y funcione adecuadamente la descentralización.

“ Desde el gobierno y desde afuera del gobierno... cada uno con su discurso, entienden que hay cosas que hay que cambiar. Cuando hablamos de “descentralización”, creo que cada uno entiende cosas diferentes, pero lo fundamental en relación a este concepto es la independencia y la posibilidad de poder manejar los recursos, todos los recursos se entiende, en función de las necesidades del territorio y de la población. Eso aun no es posible. Entonces exigir que el recurso humano de al máximo... te aseguro que estamos en el límite de los recursos humanos. Entonces, más recursos humanos, más remuneración, sería lo adecuado. (...). Desde ahí, yo por lo menos creo que los compañeros que realizamos estas tareas nos sentimos en la libertad de reclamar sanamente” (Ver entrevista VII en Anexos)

En nuestro país los ECSM se establecen como una alternativa de organización de la asistencia de los Servicios de Salud Públicos. Esto significo una reorganización y un avance en la instrumentación de las propuestas del Programa Nacional de Salud Mental a nivel de ASSE²⁶

Creemos que en este proceso de reorganización tuvieron un papel decisivo la coyuntura social, histórica y política que vivía nuestro país. Nos referimos al proceso de descentralización. Desde fines de la década de los `80 cobró énfasis este objetivo desde diferentes sectores de la sociedad.

“La jerarquía que tenía para la ciudadanía el desarrollo local y la descentralización administrativa y de recursos quedó plasmada en la reforma

²⁶ Administración de Servicios de Salud del Estado.

constitucional de 1996 en el artículo 298” (Romano y otros. Revista Psiquiatría del Uruguay, 2007: 140)

Su efectivo desarrollo aun está en proceso, y aun se discuten aspectos de la misma en diferentes esferas sociales, pero el número de experiencias políticas y sociales de descentralización y fortalecimiento territorial fue y es creciente. Nuevas experiencias se discuten en la actualidad para llevarse a cabo luego de culminadas las próximas elecciones municipales.

La creación de los ECSM y su ubicación en las Policlínicas periféricas supone no solamente un desafío por ser algo nuevo y con una metodología de abordaje diferente, que rompe con viejos esquemas, sino que también es una oportunidad de que técnicos y profesionales de la salud trabajen a nivel de la comunidad, teniendo inserción en las redes locales, formando parte de ellas y de las construcciones colectivas que se dan en el territorio. Esto nos parece sumamente interesante. Si bien aun se esta en proceso de implementación en algunos lugares y de mejoras del servicio en otros, creemos que en ese sentido hay ya, un camino recorrido.

III:_ a) Una aproximación a como Trabajan los ECSM en las diferentes Policlínicas Periféricas.

La organización del trabajo en equipo se extendió en nuestro país a partir de la década del 70 y como tal fue rápidamente incorporada en la estructura de los servicios de salud. La misma se encuentra aun en la fase de implementación según lo corroboran documentos consultados y las expresiones de los profesionales que se entrevistaron para la realización del presente documento. De esta manera se pudo establecer que en el campo específico de la salud mental, este movimiento se vincula fuertemente a la implementación de Programas o Proyectos de corte social, que hacen un fuerte hincapié en lo comunitario.

“El equipo es una integración organizada, adecuada a cada lugar, sostenida en una actitud de cooperación, que requiere a la vez firmeza y flexibilidad de los planteos, rompiendo con lo cotidiano de trabajar o asistir “según mi exclusivo entender o saber” sin caer en la omisión de acción en el “trabajar con otros” . (Romano y Otros. Revista Psiquiatría Uruguay 2007:136)

En la medida que el equipo se consolida como “espacio y práctica”, trasciende de las situaciones individuales de cada uno de los integrantes, a situaciones colectivas en las circunstancias cotidianas del trabajo, en función no solo de las necesidades y las demandas de las diferentes situaciones donde se interviene, sino también del aprendizaje en conjunto que se va construyendo día a día.

Creemos que, esta “integración organizada” es posible a partir de una deconstrucción²⁷ de los modelos disciplinarios existentes, que permiten trabajar e interactuar a los profesionales que los integran, desde los supuestos que fundamentan esta metodología. De esta manera se deben conformar grupos de trabajo interdisciplinarios enfocados o tomando como eje una tarea en común, esto permite *“la inclusión progresiva de lo afectivo, generando relaciones interpersonales de mayor apoyo y confianza”* (Romano y Otros. Revista Psiq. Uruguay; 2007:137)

El debate acerca de la interdisciplina, la multidisciplina²⁸ y la transdisciplina²⁹ alude a *“aportes conceptuales prácticos. Hay mas o menos*

²⁷ Este término fue empleado por Jaques Derrida a finales de la década de 60, que luego fue tomado y difundido por las corrientes estructuralistas. Podría definirse como *“desmontar algo, que ha sido edificado, construido, elaborado, pero no con vista a destruirlo, sino a fin de comprobar como está hecho ese algo, como se ensamblan y se articulan sus piezas, cuales son los estratos ocultos que lo constituyen, pero también cuales son las fuerzas no controladas que ahí obran”* (Revista Psiquiatría Uruguay 2007:136)

²⁸ Entendemos por Multidisciplina al conjunto de las diferentes disciplinas que estudia diferentes aspectos de una misma situación problemática u objeto de conocimiento. Hay cooperación pero sin que desaparezcan las fronteras disciplinares.

²⁹ La Transdisciplina, tiene según N. Kisnerman, *“un sentido de globalidad, de fecundación mutua ,de unidad de las relaciones, y en las acciones de interpretación de saberes y de ese intercambio surge, mas que una nueva disciplina, un enfoque nuevo para abordar la realidad de trabajo”*(Kisnerman, 1998:56)

acuerdos en que la constitución de los equipos debe ser multidisciplinaria y su práctica al menos interdisciplinaria” (Romano y Otros. Revista Psiq. Uruguay; 2007:137)

Según Escudero (2003:153) los desafíos de lo interdisciplinario en relación a la salud implican

“La articulación en pie de igualdad, de distintos saberes y disciplinas, las distintas formas de entender un mismo hecho clínico, y las dificultades de poderlo pensar en equipo”

Referirse a los equipos como “Comunitarios en Salud Mental” connota su especificidad y los dispone enfocados a: *“Atención del sufrimiento de la patología mental, participación en acciones preventivas y promocionales con relación a la población en un área geográfica determinada, en diálogo con otros actores locales, promoviendo la inserción en el territorio”* (Romano y Otros. Revista Psiquiatría Uruguay 2007:137)

Lógicamente que al tener una implicancia social y comunitaria, se hace imprescindible pensar en la intervención del Trabajo Social en relación a esta temática. Este ha sido uno de los motivos centrales donde hemos establecido el interés medular de este trabajo, enfocándolo en poder visualizar como se da, en el marco del Sistema Integrado de Salud, el abordaje de la enfermedad mental, ya que esta requiere complejos procesos de tratamiento y rehabilitación, que exigen una precisa supervisión y un importante número de profesionales sanitarios y sociales, trabajando conjuntamente. El debate acerca de cómo mejorar los sistemas de salud esta siempre presente en la agenda pública, por lo tanto todas estas cuestiones tienen vigencia, y son varios los proyectos sociales comunitarios que se enfocan hacia la mejora de las condiciones sanitarias de la población.

Al consultar a una de las profesionales de Trabajo Social acerca de cómo encaran las diferentes profesiones el trabajo comunitario nos dijo.

“Yo entiendo que no es tampoco para cualquiera hacer un trabajo comunitario, de promoción y prevención. Más en la parte de psiquiatría, el trabajo social si está acostumbrado, como que eso no nos da trabajo implementarlo, es parte de nuestra formación académica... pero no es lo mismo cuando nos referimos a otras disciplinas.”(Ver entrevista IV en Anexos)

Los ECSM están todos más ó menos están integrados por los siguientes técnicos y profesionales, vinculados a la salud: Psiquiatras y Psiquiatras de niños, Psicólogos, Asistentes Sociales, Auxiliares de Enfermería y Administrativos. Aquellos equipos que trabajan en rehabilitación psicosocial cuentan con la participación de otros técnicos como por ejemplo Psicomotricistas, Docentes Especializados, Terapeutas Ocupacionales, etc. Teniendo en cuenta que estos equipos atienden un número muy importante de población infantil, pues según afirman nuestros entrevistados la misma aumenta considerablemente año tras año, requieren en forma permanente de la participación de otros técnicos que a veces se articulan con los recursos asistenciales externos a estos equipos, y en otras cuentan con profesionales que trabajan en forma honoraria.

El espacio de estos equipos está mas o menos desarrollado, y varía según el tiempo que tiene de conformado. Así por ejemplo el equipo de Maracaná Sur tiene apenas dos años funcionando, pero el de La Cruz de Carrasco lleva más de doce años de existencia en el territorio. Estos equipos funcionan en forma diferente, al decir de los entrevistados: *“Hay diferentes maneras de ser trabajador social, diferentes maneras de ser psicólogo y diferentes maneras de ser psiquiatras”.* (Ver entrevista III en Anexos)

De las manifestaciones de los diferentes profesionales entrevistados, surge la idea de que a la interna de los diferentes equipos, según la propia percepción de los técnicos, en algunos lugares el trabajo es jerarquizado y efectivo y en otros se diluye en el espacio asistencial, comprimiendo las instancias de trabajo en común, a meras ínter consultas puntuales acerca de

una situación clínica específica. Respecto a esto una de las entrevistadas nos decía:

“... nosotros lo que tenemos como método de coordinación es una reunión de equipo semanal, que son los días viernes, donde nos reunimos una hora y media más o menos, dos horas. A ese espacio traemos casos y ahí se hace una puesta a punto donde los demás técnicos intervienen y dan su aporte desde su mirada.” (Ver entrevista II en Anexos)

Teniendo en cuenta los cambios que se han operado en relación con el abordaje de la Salud Mental y en especial a como interviene el Trabajo Social, en los ECSM, la Licenciada en Trabajo Social, miembro del Equipo Comunitario de Salud Mental del Hospital de Pando manifestaba:

“El gran paso trascendente que se ha dado desde el abordaje de la salud mental, es que se paso de un abordaje exclusivamente clínico, de consulta, donde también hasta en el espacio se diagrama esto, (que es la relación paciente-medico), a un abordaje mas integral, donde la persona lleva una mirada, desde sus vínculos, su familia, su trabajo, la comunidad. Esto ha fortalecido el trabajo y el anclaje del Trabajo Social con las distintas Instituciones, el trabajo en Red, con la Comunidad, con los vecinos, con las familias de un determinado territorio”. (Ver entrevista VI en Anexos)

El concepto de red social y el trabajo enfocado hacia ellas es una metodología de trabajo, que se ha fortalecido en los últimos tiempos en relación a las prácticas e intervenciones que tienen que ver con lo social y más aun si se lo enfoca hacia lo comunitario. Adquiere entonces el trabajo en red, una importancia y una significación tal, que muchos de los profesionales entrevistados no conciben siquiera el trabajo de sus equipos, si no se lo vincula a las diferentes redes existentes en el territorio. En el mismo sentido, al intentar seguir profundizando en este tema, nos encontramos con que, aquellos que pretenden llevar adelante un trabajo comunitario transformador, inevitablemente se ubican en la orbita del debate entre la asistencia y la promoción. En relación a este tema una de nuestras entrevistadas opinaba:

“Creo que hoy por hoy están más bien orientados a la “curación”, a la “asistencia” Desde el Programa de Salud Mental se hace hincapié en la prevención y promoción, te digo lo que se hacía antes, ... hemos avanzado, de todas maneras el peso mayor es en la asistencia” (Ver entrevista II en Anexo).

En tanto otra entrevistada decía

“Mira en la práctica lo que se prioriza al día de hoy es la asistencia. Ahora te digo están estos lineamientos de promoción, de prevención.”.(Ver entrevista IV en Anexos).

Según nuestras entrevistadas, depende de cada equipo, de la forma en como trabajen, como entiendan la profesión y la importancia que se le otorgue al trabajo con la comunidad, si se orientan mas hacia la promoción o hacia la asistencia. Desde nuestro punto de vista, la primera es el objetivo al que todos quieren llegar, la segunda es un eslabón fundamentalmente necesario en atención a la salud.

Partiendo de diferentes testimonios surge que si bien se tiene en claro las ventajas del trabajo interdisciplinario, no siempre es posible plasmarlo en la práctica. Esta es una de las afirmaciones en la cual coinciden la mayoría de los integrantes de los diferentes ECSM, entrevistados, sin importar la profesión. Frases como *“Nos cuesta mucho trabajar interdisciplinariamente”*. (Ver entrevista II en Anexos)

U otra manifestación que también es significativa como por ejemplo:

“He tenido médicos que nunca recordaron que había un Asistente Social para consultar o para derivar o para trabajar algo en conjunto, jamás presentaron nada. Tengo otros que permanentemente están planteando las situaciones nuevas, con pacientes y tengo quienes empezaron hace muchos años a no mandarme nada y últimamente encontraron que el aporte de Servicio Social en la recuperación o en el tratamiento del paciente es positivo”. (Ver entrevista II en Anexos)

Estas palabras dan cuenta de lo que afirmamos.

En tanto, acerca de cómo se sienten las diferentes personas que forman parte de los ECSM creemos que podrían existir algunos inconvenientes en el seno de los equipos, en su articulación, ya que se suele presentar una contradicción entre el discurso interdisciplinario y la práctica corporativa de algunas profesiones, es decir entre el discurso teórico epistemológico y la integración de saberes. Muchas veces se hacen presentes en estas confrontaciones, las relaciones de poder³⁰, las cuales expresan los intereses corporativos y tienden a efectuar hegemonías en el trabajo de equipo, puede suceder que a veces, algunas profesiones utilizan el “peso de su historia”, y creen por ello, tener un saber autoritario frente a otras más “nuevas”. Esta situación es en muchos casos avalada por el imaginario social. Este imaginario, se relaciona con la forma en como se han ido construyendo y legitimando las profesiones, con los valores imperantes en nuestra sociedad, con el poder, con la historia de la profesión, con el colectivo profesional.

Otra problemática, señalada por los entrevistados, que impacta negativamente en el equipo para trabajar en la comunidad son, como ya lo hemos señalado anteriormente, las carencias formativas, de herramientas y de recursos. En este sentido al preguntarle al Psiquiatra del Equipo de Salud Mental de la Policlínica de La Cruz de Carrasco, acerca de estas cuestiones y sobre si existe realmente, una nueva reorientación en cuanto a los dispositivos asistenciales, dirigidos a las personas con problemas de salud mental nos decía:

“Yo creo que existe. Y por lo tanto tratamos de aplicarlo, es algo muy complejo porque nosotros en la facultad no estamos formados para esta nueva forma de trabajo. En nuestra carrera en el pregrado, no hay una formación interdisciplinaria”. (Ver entrevista VII en Anexos).

³⁰ “El poder está presente en todas partes, pues es una relación social que se desarrolla en la trama de relaciones sociales mas complejas” (Rebellato; 1999: 165)

Creemos que esto muchas veces perjudica el funcionamiento a la interna del equipo, ya que, como lo expresamos anteriormente, al no tener una formación interdisciplinaria, al médico le cuesta mucho más entender a que apunta aquello de la integración de saberes. Esto queda claro cuando el entrevistado manifiesta, refiriéndose acerca de esta modalidad de trabajo:

“Yo creo que aquí particularmente a los médicos nos cuesta bastante perder una posición de poder histórica que consideramos imprescindible. En la interdisciplina se juega la valoración de las otras disciplinas y esto no es fácil, para los médicos, sobre todo.” (Ver entrevista VII en Anexos)

Este profesional, en su anterior respuesta afirmo que existe realmente un cambio en el modelo asistencial dirigido a las personas con problemas de salud mental. Al preguntarle acerca de si cree que este ha sido positivo nos decía:

“Es positivo por ejemplo un cambio de modelo asistencial para tratamiento de la psicosis crónica...en particular de la esquizofrenia supone un abordaje interdisciplinario, para lo estrictamente asistencial, para lo que tiene que ver con el mantenimiento del paciente compensado, para la reeducación social y laboral del paciente, para la rehabilitación del paciente, para el cuidado y la protección de la familia y de los cuidadores” (Ver entrevista VII en Anexos)

Nos parece oportuno señalar que si bien el trabajo interdisciplinar tiene sus dificultades, aun para aquellos profesionales que por su formación académica esta metodología le crea resistencias, la ven como positiva al momento de evaluar los resultados. Esto nos da la pauta de que realmente es posible llevar adelante un trabajo interdisciplinar entre profesiones diversas, solo hace falta ir ajustando algunas cuestiones que se hacen importante a la hora del funcionamiento de los equipos.

Al preguntarle a otra profesional del Trabajo Social, cuyo equipo es el que tiene menos tiempo de conformado, respecto a como trabaja este, nos dijo:

“Este equipo tiene una particularidad que es el trabajo de varias disciplinas en conjunto: psiquiatría, psicología y asistente social abordando al mismo paciente. Ya sea en la consulta o también lo hacemos fuera, más a nivel comunitario. Las visitas domiciliarias que son más bien en situaciones puntuales de riesgo, pero también trabajando todo el equipo más en la parte asistencial con ese paciente. Abordando diferentes disciplinas en una consulta, salimos de la consulta típica a nivel clínico a una metodología que nos ha enriquecido mucho... de ver cómo trabaja el otro, todo enfocado hacia ese abordaje”. (Ver entrevista IV en Anexos)

Señalado por ellos mismos, cuando se les pregunto por los aspectos negativos que puede implicar esta forma de trabajo, afirman que, si no existe una verdadera disposición por parte del equipo a trabajar en forma conjunta, muchas veces el intentar llevar adelante el trabajo, se convierte en una suerte de actitud voluntarista de los profesionales que corre el riesgo de transformarse en meras prácticas asistencialistas.

En este sentido, el Licenciado en Psicología infantil, integrante del Equipo de Salud Mental de la Policlínica de Piedras Blancas manifiesta:

“...algunos tenemos la perspectiva de que si se supone que trabajamos en Atención Primaria y al trabajar en esta modalidad entendemos que debería ser así. Se debería privilegiar la prevención y la promoción de la salud. Vemos que viene el discurso para ese lado, pero como es muy difícil ejecutarlo. A veces queda atrapado en esfuerzos personales o individuales.” (Ver entrevista II en Anexos)

La población afectada por trastornos mentales, que consulta en las Policlínicas Periféricas, no es la que tiene una mayor posibilidad de plantear una solicitud de asistencia, buscando solucionar su problemática. Por lo tanto es una preocupación para muchos de los ECSM, generar formas que aseguren la accesibilidad y continuidad de los servicios según la necesidad de los implicados. De esta manera estos equipos, despliegan una serie de estrategias tendientes a lograr este cometido. De esta forma la clasificación de la demanda, el seguimiento domiciliario, mediante la visita, que realiza generalmente la trabajadora social, así

como el trabajo en red que supone coordinar con las demás organizaciones e instituciones del territorio, son una estrategia válida.

“El trabajo en red, reúne integrantes de la población de referencia, organizaciones locales e instituciones que trabajan en la zona. Los ECSM participan en diversidad de redes: por afinidad temática, por la población que centra sus preocupaciones, o por actividades” (Romano y Otros. Revista Psiquiatría Uruguay 2007:146)

El trabajo en red es una estrategia empleada por todos los equipos, en mayor o menor grado de desarrollo, y con una participación heterogénea. Esto potencia sin dudas el trabajo de los ECSM en la comunidad, pero no los exime de sufrir desencuentros con la misma. Se señalan carencias por parte de los entrevistados y también algunas tensiones, pero el balance en general es positivo en cuanto a trabajar de esta manera. La Lic. en Trabajo Social que forma parte del Equipo de Maracaná Sur nos decía al preguntarle de como trabaja su equipo en comunidad:

“Este equipo pone mas en énfasis en el trabajo comunitario, más en el tema de la prevención, de la salud mental y con un enfoque diferente. Ya sea la parte asistencial y la forma de trabajo, esta visión de trabajo en red que no podemos visualizarlo de otra manera, es imposible pensar este trabajo si no es de esta manera. Si no hacemos este trabajo coordinado con otras instituciones es imposible”. (Ver entrevista IV en Anexos)

La mayoría de los entrevistados valoran como muy positiva esta forma de atención a la salud mental. Mas allá de “las luces y sombras” que la misma pueda tener y que son totalmente predecibles a la luz de todas las variables sociales, económicas, culturales y políticas que intervienen en los diferentes procesos. La interdisciplina, es quizás una metodología que lleva su tiempo para poder aplicarla adecuadamente, pero una vez que se logra rebasar las dificultades subjetivas de cada uno de los profesionales que conforman el equipo, en una herramienta valiosísima a la hora de intervenir socialmente y sobre todo en comunidad.

En relación a lo que es el trabajo interdisciplinario de los ECSM, esta nueva forma de entender y visualizar los trastornos en relación a la salud mental, creemos que *“El aporte más interesante se centra en contribuir a una visión global y estructural de las situaciones, la integralidad e interdependencia de los problemas y de las posibles soluciones”* (Romano y Otros Revista Psiquiatría Uruguay 2007:148)

Por lo tanto al conformarse los diferentes Equipos Comunitarios de Salud Mental, la participación del Trabajo Social en cada uno de ellos se hace imprescindible, teniendo en cuenta el enfoque que se le da al trabajo de los mismos. Tareas tales como generar procesos participativos de diagnóstico de situación y necesidades que son necesarios para conocer la comunidad con la que se trabaja y la mejora al acceso y uso de los diferentes servicios por parte de la población son algunas de las tareas que encara la profesión. La planificación de actividades de atención, educación y promoción de la salud, son prioritarias para el primer nivel de atención y es una tarea de la que generalmente somos responsables, más allá que las llevamos adelante, conjuntamente con el equipo.

III.- b) Como se da la participación del Trabajo Social en dichos Equipos.

Cómo se vincula el Trabajo Social profesionalmente a la problemática de la Salud Mental?

A partir de los primeros movimientos de la reforma en la atención de la salud mental, la presencia de lo social cobró suma importancia para los cambios que se fueron dando. Comienzan a crearse “patronatos de ayuda al enfermo mental” y en estos tiene un papel decisivo la presencia del Trabajador Social. Su trabajo consistía en tratar de obtener ayuda económica para mejorar las condiciones de vida de las personas allí internadas, generar estrategias de asistencia ambulatoria, otorgar orientación en la búsqueda de trabajo, y tratar de incluir socialmente a aquellas personas que estaban en condiciones de hacerlo.

“Es lícito pensar que la aparición de las nuevas prácticas del campo de lo social, en especial a partir de su contacto con esta, digamos nueva realidad, sumada a una nueva lectura del origen de los trastornos mentales, va a coadyuvar a

la elaboración de una nuevas estrategias de abordaje del problema y de nuevos encuadres institucionales” (Carballeda; 2004: s/p)

En una sociedad como la nuestra, que va asentando su modernidad, estas prácticas generaban nuevas miradas, nuevas formas de entender, nuevas clasificaciones, ahora mas sociales, *“pero se relacionan con la moral, la vigilancia y el control, que caracterizan en el caso de nuestro país, al modelo liberal positivista y a ese Estado que se había generado a partir de los 80’ y que consideraba al sujeto de su acción social, un “sujeto de tipo moral” sobre el cual había que influir, con el objetivo de mejorar su calidad de agente económico” (Carballeda; 2004:s/p)*

El análisis de las entrevistas realizadas, nos ubica en una posición que nos permite vislumbrar cuales son los desafíos y nuevos planteamientos a los que debe enfrentarse el Trabajo Social en la actualidad.

Si bien esta profesión, tuvo su nacimiento como una profesión subordinada, poco a poco y en virtud de la lucha y frutos de la misma, ha logrado conquistar un espacio y una legitimidad que nos permite hablar de “la especificidad del Trabajo Social”³¹. Esta nos posiciona, como ya lo hemos mencionado anteriormente, en un lugar de privilegio y en la necesidad de procurar la atención de los diferentes problemas sociales que emergen en la cotidianidad

Al consultar a las diferentes profesionales del trabajo social acerca de que es lo que los demás miembros del equipo espera que haga el Trabajo Social, una de las profesionales nos decía:

“Los médicos en su mayoría esperan que orientemos a los pacientes en algunas circunstancias de la vida como son: la atención por discapacidad, los centros de rehabilitación, eso es como lo básico. La mayoría de las derivaciones

³¹ Entendemos por especificidad del Trabajo Social a las competencias instrumentales de la profesión y que de un modo u otro son la razón de ser de la misma. Esto faculta a la profesión a “convertirse en instrumento de atención de aquellas necesidades sociales que se traducen en demandas profesionales” (Guerra, 2005. s/p)

vienen desde ese lado. (...), escasamente, conflictos entre padres e hijos, también cuando los familiares no comprenden la enfermedad de ese miembro de la familia, los médicos recurren a la Asistente Social para que maneje la situación, nos derivan los pacientes para que mediante nuestra intervención la familia pueda comprender o aceptar la enfermedad de la persona.”(Ver entrevista II en Anexos)

En relación a este tema otros profesionales opinan, que si bien estas son demandas clásicas desde la interna de los equipos hacia el trabajo social, existen también espacios para promover y para trabajar desde un enfoque comunitario, tendiente a lograr participación activa de los diferentes individuos y de sus familias en promoción y educación enfocado a la salud. Esto nos lleva a pensar que, va a depender entonces de las diferentes subjetividades, de la conformación del equipo y de cómo se den las relaciones a la interna del mismo, como será el producto final en cada uno de los territorios en los que se trabaja. Va a depender también de cada profesional y de cómo encare su trabajo, la forma en que será tenido en cuenta el aporte del Trabajo Social a la interna de los diferentes ECSM.

Siguiendo con el análisis del tema, otra de las profesionales del Trabajo Social entrevistada opinaba de esta manera:

“Eso no depende tanto de lo que el Equipo espera sino de lo que puedes tu promover, pero siempre hay un desfase entre lo que tu intentas o promueves y lo que esperan las otras disciplinas del trabajo Social”. (Ver entrevista VI en Anexos)

Creemos que esto es importante tenerlo en cuenta cuando vamos a intervenir profesionalmente porque es aquí que juega un papel fundamental el encuadre. Generalmente nuestra profesión debe definir desde un principio claramente cual es nuestro espacio de trabajo y cuales son nuestras competencias, para que luego no haya confusiones o malos entendidos. Todos tenemos claro cuales son las competencias por ejemplo de un Doctor, pero cuando se trata de un trabajador social, va a depender del conocimiento que el profesional o la persona tenga de la profesión, sus experiencias anteriores, su subjetividad. A esto nos referíamos anteriormente cuando decíamos que como profesionales debíamos estar atentos a los posibles riesgos que se corren al trabajar interdisciplinariamente. En este sentido otro aporte de nuestras entrevistadas es el siguiente:

“Es cierto que acá se puede complicar el trabajo con los colegas médicos, con los colegas psiquiatras, pero depende muchísimo de nosotras, de cómo nos paremos frente a determinadas situaciones, tenemos que ser muy políticas, muy diplomáticas en el relacionamiento con el otro”. (Ver entrevista I en Anexos)

Por todo esto que venimos analizando, creemos que es muy importante rescatar las opiniones de las profesionales entrevistadas, acerca de cómo se visualizan en sus espacios de trabajo. Mas allá de las dificultades planteadas, al preguntarles acerca de cómo veían su trabajo a la interna de los diferentes ECSM y la importancia de su rol dentro de este nuevo modelo de trabajo, y las respuestas fueron sumamente positivas:

“El rol de trabajo social es importantísimo, trascendente casi te diría que protagónico en este cambio de modelo de abordaje. (...) en este sentido desde los distintos niveles del abordaje, desde diagnosticar una situación, desde definir las distintas estrategias para el tratamiento de estas personas, desde la rehabilitación, que no solo implica ver al paciente con la familia, sino con otras instituciones, la comunidad, los recursos, todo aquello tendiente a mejorar la calidad de vida de los individuos. Yo creo que sí, que el Trabajo social es muy importante en su aporte para lograr darle esa visión integral de esa persona y en los distintos niveles con ese paciente poderlo llevar a cabo” (Ver entrevista VI en Anexos)

Otra de las entrevistadas agregaba en relación a este tema:

“...y en un equipo aprendemos todos de todos, yo aprendo de los demás y ellos aprenden de mí. Y el aprender a conjugar esas distintas miradas sobre la misma realidad es importantísimo. Yo creo que jerarquiza no solo a la profesión sino que también te ayuda con la visión que se tiene de otras profesiones. Hoy en día el equipo no podría trabajar sin asistente social, lo estarían reclamando por muchas cosas” (Ver entrevista I en Anexos).

La mayoría de estas profesionales del Trabajo Social afirman que sin dudas la profesión se jerarquiza al intervenir disciplinariamente. Aseveran que si bien es cierto que la práctica profesional está orientada hacia el control social y el disciplinamiento, al trabajar en conjunto con otras profesiones, la intervención se

orienta más allá de esta realidad. Ellas entienden que realmente las prácticas profesionales, deben superar la corrección de determinadas situaciones que son productos de lo que inicialmente denominamos Cuestión Social. También desde su punto de vista entienden que pueden aportar al mejoramiento y mejor ejecución de las políticas sociales referidas a la salud, así como también a la consagración de la ciudadanía integral para cada persona. Nosotros apoyamos esta creencia.

Entendemos que estamos frente a tiempos de cambios, de asumir nuevos compromisos, nuevos desafíos, nuevas formas de ver y atender “lo social”, nuevas formas de intervención atendiendo y entendiendo las realidades del contexto donde se esta inserto laboralmente

Creemos que no es sencillo de lograr la transformación de las instituciones (sobre todo las vinculadas a la salud), solo a través de experiencias o prácticas que tienden a plantear nuevos caminos de atención, es importante tener en cuenta que las instituciones vinculadas a la atención psiquiátrica, tenían un fuerte modelo de atención conformado hace muchos años atrás, y este era transversalizado desde las propias prácticas profesionales, hasta la burocracia administrativa de las mismas. De esta manera y a la luz de los cambios sucedidos, que intentan redefinir las relaciones de poder y las relaciones de saber entre “cuidadores y pacientes”, así como también lograr la participación activa en los procesos de atención a la salud de los individuos, sus familias y la comunidad, los cambios se vienen dando. La descentralización puede ser el primer paso que nos indique que se esta avanzando en ese sentido. Del mismo modo, creemos, que las modalidades o metodologías interdisciplinarias, con que se interviene desde los Equipos Comunitarios de Salud Mental, pueden aportar al crecimiento de nuestra profesión, pero también pueden llegar a ser muy perjudiciales, si no estamos alerta en cuanto a la forma de trabajar al seno de los diferentes equipos interdisciplinarios que integramos. Estos riesgos tienen que ver entre otras cosas, con quedar subsumidos al “poder” de otras profesiones tal cual lo señalamos anteriormente, al tener expectativas disímiles. Pero también tienen que ver con el espacio de poder que se genera al pertenecer a

un equipo de trabajo que desarrolla actividades en las diferentes policlínicas periféricas.

Desde nuestro punto de vista la formación curricular actual no es suficiente ni aporta las herramientas necesarias para preparar a los técnicos y profesionales adecuadamente para el trabajo con un modelo comunitario. Pero se está haciendo camino al andar.

El marco normativo y la práctica cotidiana, no cubren la realidad de la tarea desempeñada en esta forma organizativa. Temas como la confidencialidad del registro y el manejo de la historia clínica, así como también la responsabilidad legal, muchas veces plantean divergencias de opiniones a la interna de los equipos. De todas formas desde nuestro punto de vista, estas cuestiones no pueden resolverse a partir de los mismos equipos, por lo tanto será desde la órbita del gobierno y de las autoridades competentes que se comenzarán a buscarle un marco adecuado para saldar estas situaciones.

ALGUNAS REFLEXIONES FINALES

A largo lo del desarrollo de este trabajo, hemos realizado un análisis acerca del tratamiento de la Salud Mental, algunos de los cambios que se fueron dando en el mismo, como se aborda la temática hoy en nuestro país, específicamente desde la orbita del Ministerio de Salud Pública y la implicancia que tiene el Trabajo Social en relación a este abordaje.

Es nuestra pretensión dejar abiertas líneas de debate acerca de cómo se percibe la salud mental en nuestra sociedad hoy, si los cambios apuntan a mejorar la calidad de vida de los individuos, pero además cuan importante es el aporte de nuestra profesión, en relación a estos cambios que se vienen desarrollando.

A partir de nuestro trabajo de campo, hemos podido establecer que algunas de las hipótesis que guiaron nuestros inicios, eran correctas, hemos podido contestar algunas de las preguntas que nos surgieron al comienzo, pero nos quedan muchas dudas aun. Entendemos que es positivo que así sea, pues son estas interrogantes las que nos permiten seguir avanzando, seguir profundizando nuestro conocimiento en cuanto a estos temas. Esto según nuestra percepción es absolutamente necesario, pues el debate acerca de la Salud Mental, su abordaje y los dispositivos existentes forman parte de la actual agenda pública. Mucho se ha mejorado, pero falta mucho mas por hacer.

Los cambios sociales, que vienen ocurriendo desde las últimas décadas, y que impactan en la cotidianidad de los sujetos, implican transformaciones en las estructuras sociales clásicas de integración social, tales como la familia y el trabajo. De igual forma, operan negativamente, en relación a la salud de las personas y particularmente, en la de aquellas que presentan algún tipo de trastorno mental. Esto se debe a que muchas veces, las dificultades que debemos afrontar diariamente, logran disminuir nuestras capacidades de dar respuesta adaptativas a situaciones sociales adversas, lo que implica, que puedan emerger patologías

relacionadas con distintos trastornos de personalidad, trastornos de alimentación, violencia, depresión, suicidios, drogadicción, etc.

De esta forma visualizamos como la cuestión social se expresa en la subjetividad de los individuos. Si bien hoy se han producido evidentes cambios en el abordaje y en el tratamiento de la enfermedad mental, la palabra “loco” aun asusta un poco, genera miedo, tensión, por lo tanto continúa siendo una “construcción social negativa”.

En relación a esto una de nuestras entrevistadas puntualizaba: *“La enfermedad mental sigue siendo un tabú en este país, la familia siente una gran vergüenza, una gran culpa, por ese familiar que supuestamente sufre un trastorno mental. Y la gente discrimina y generaliza, le parece que “un loco delirante” es lo mismo que “un neurótico”, y se pone alerta y nos los quiere cerca”.* (Ver entrevista I en Anexos)

No podemos negar que la mayoría de los cambios, (en relación al abordaje de esta problemática), que se han llevado a cabo en nuestro país en los últimos años, son sumamente positivos, que la atención que hoy se les brinda a las personas que sufren diferentes trastornos vinculados a la salud mental es mucho mas “humana”, integral y responsable. Apunta no solo a “sanar” al individuo, cuando esto es posible, sino también a incluirlo económica-política-social y culturalmente en su medio, reforzando sus vínculos familiares y con el entorno, para que de esa forma su inclusión sea posible y verdaderamente sustentable.

La interdisciplina en ese sentido ha aportado lo suyo, a la luz de las opiniones de los diferentes técnicos y del material bibliográfico consultado. Desde nuestro punto de vista, esta es una herramienta válida a la hora de intervenir profesionalmente, teniendo en cuenta los cambios mencionados. En el abordaje interdisciplinario, tal como lo señalamos anteriormente, cada disciplina hace su aporte, de acuerdo a las herramientas metodológicas que posee y a sus conocimientos, para llegar a un consenso en cuanto a la intervención, de forma que se potencialice los saberes en lugar de fragmentarlos.

Trabajar interdisciplinariamente lleva a los profesionales a que puedan manejar en forma crítica los choques culturales y que el ejercicio del saber técnico de cada profesión no se dé de forma hegemónica. Quizás no sea una herramienta sencilla de usar, pues varios de los entrevistados así lo señalaron, pero es muy útil a la luz de las opiniones de estos mismos profesionales. Esta es una de las hipótesis de la cual habíamos partido y que vertebraba el desarrollo del presente documento. Desde nuestro lugar de estudiantes, y teniendo en cuenta la experiencia de nuestra práctica pre profesional entendíamos que era así. Pero, solo luego de ver lo que efectivamente opinaban los diferentes técnicos que trabajan con esta metodología, y de que ellos evaluaran como positivo el trabajo que se realiza, nos animamos a afirmar que ciertamente la interdisciplina puede ser una herramienta muy valiosa a la hora de intervenir socialmente, sobre todo si se hace con un enfoque comunitario.

En cuanto a nuestro colectivo, ¿se entiende entonces como necesaria la participación del Trabajo Social en estos Equipos Interdisciplinarios?

En relación al momento histórico que atraviesa la Salud Mental, teniendo en cuenta los cambios que se han venido operando, en concordancia al abordaje de la misma, y a la información recabada en el presente documento, el Trabajo Social tiene totalmente legitimada su participación, como una profesión indispensable a la hora de intervenir en esta problemática, mas aun teniendo en cuenta el enfoque que se le busca dar. Desde esta perspectiva, las nuevas lecturas y aproximaciones, así también como los nuevos encuadres metodológicos que incluyen lo grupal y el abordaje familiar tienen el sello indiscutido de nuestra intervención profesional.

Desde un enfoque integral de atención a las personas con trastornos mentales, se destaca la intervención interdisciplinar como forma de lograr una intervención emancipadora, enfocada a lograr la inclusión efectiva del individuo en la sociedad y a mejorar efectivamente su calidad de vida. Apostar a esto, desde el Trabajo Social, en tanto formamos parte de los Equipos de Salud, es, desde nuestro punto de vista, apuntar a la búsqueda de la revalorización de la capacidad autonomía del individuo, *“de creación, transformación y superación y de sus condiciones concretas de existencia”* (Guerra Y.2002 s/p).

Pero también creemos necesario mencionar a la luz de los datos recabados que la situación actual de la salud mental, demanda profesionales capaces de conocer cuales son los cambios estructurales que se dan en la sociedad y su “metamorfosis”, ser capaces de llegar a conocer lo mejor posible los objetos de intervención y establecer los medios que mas se ajusten a una intervención eficaz. Creemos que muchas veces la inmediatez o la urgencia de la situación, les impiden lograr este objetivo, pero es conveniente tener en cuenta cual es el “punto optimo” para que esta intervención sea sustentable.

La participación del Trabajo Social, en ECSM, creemos favorece muchas veces, el encuentro de ese punto optimo que mencionamos anteriormente. Uno de los desafíos que se les presenta a los profesionales de nuestro colectivo, que integran dichos equipos, consiste en poder equilibrar la legitimidad del espacio y la especificidad de la profesión, sin caer en la soberbia ni en la subordinación. Pensar en un Trabajo Social en colectivo, no solo hacia lo interno de la profesión, sino también formando parte de un colectivo con otras profesiones, no es tarea sencilla, pero es necesaria si trabajamos desde un enfoque comunitario.

Finalizando nuestro trabajo, nos parece oportuno mencionar también, que desde nuestro punto de vista, es tarea de los Trabajadores Sociales que participan de los ECSM, lograr delimitar adecuadamente cuales son nuestras responsabilidades, y competencias, a la interna del equipo, así como también nuestro campo específico, formativo y ocupacional, para lograr, de esta manera, que nuestro aporte sea maduro, comprometido, capaz de tener un ejercicio de acción conciente. Pero a la vez, pensando en nuestra intervención profesional, creemos conveniente que la misma, debe intentar promover en los sujetos, desde su cotidianidad, un potencial reflexivo y una capacidad analítica, que permitan superar las dificultades de la vida cotidiana. Sabemos que trascender el asistencialismo muchas veces no es posible, pero si nos parece adecuado, en la medida que las circunstancias lo permitan trabajar en pos de la emancipación del individuo.

Sentimos que nos queda mucho por recorrer aun en este camino que hemos comenzamos a transitar. Concebir al ser humano desde una perspectiva de integralidad nos obliga a que nuestra formación y nuestra intervención se direccionen en este sentido: ver al individuo como un “todo” inseparable de sus circunstancias sociales económicas y culturales. Hacia ello nos redirecciona el enfoque comunitario. Esto no lo podemos hacer solos, no es posible teniendo en cuenta la infinidad de mediaciones y determinaciones que conforman la realidad social de un individuo, de una familia, de una comunidad. Hay otras profesiones que también trabajan en el mismo sentido. Unificar criterios bajo una misma metodología de trabajo en pos de un objetivo común es la tarea.

Entendemos que todo esto no es sencillo, en realidad es todo un desafío para cada uno/a de nosotros/as, en particular y para el colectivo en general, pero de todas maneras entendemos que estas deberían ser nuestras prioridades,

“En aguas bravas no llegaremos si remamos en sentidos opuestos”
(Covey, 1996)

BIBLIOGRAFÍA

- **Baraibar, X.** “Las paradojas de la focalización” En Servicio Social & Sociedad, Nº 56. Ed. Cortéz. Sao Paulo. Brasil. 1999.
- **Barran, J:** “Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos: el poder de curar”. Tomo 1. Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo, Uruguay. 1993
- **Barran, J:** “Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos: la invención del cuerpo”. Tomo 3. Ediciones de la Banda Oriental. Montevideo, Uruguay. 1995.
- **Belifore W, Refletindo M.** “Sobre a noção de exclusao.” En Revista servicio Social & Sociedade. Ed. Cortez. Sao Paulo. Brazil. 1997
- **Bourdieu, P; Eagleton, T:** “Doxa y Vida Cotidiana”. En New Left revió (en castellano). Ed. Akal. Madrid. España. 2000
- **Brümer, J. J:** “Globalización Cultura y Posmodernidad” Fondo de Cultura Económica. 1998.
- **Carballeda, A:** “Intervención en lo social”. Ponencia durante el primer encuentro de provincial de centros de orientación familiar. La Plata, Argentina. 2006
- **Carballeda, A.**”lo social y la Salud Mental: Algunas cuestiones preliminares” Universidad de la Plata. Argentina. 2004 (Mimeo)
- **Castel; R:**” El orden psiquiátrico. La edad de oro del alienismo”. Ed. La Piqueta. Madrid, España. 1980

- **Castel R.** “La metamorfosis de la Cuestión Social” Buenos Aires. Argentina. Ed. Paidós. 1997.
- **Covey, S.** “Manejo del cambio y desarrollo organizacional” En: Los tres papeles que desempeña el líder en el nuevo paradigma. Ed. Dusto. Madrid. España: 1996.
- **De Martino-Gabín** “Prácticas pedagógicas y modalidades de supervisión en el área de familia. Propuestas, sustentos y desafíos en el nuevo milenio” DTS- FCS-. UDELAR--CSE 2008.
- **Escudero, C, Ibáñez, M. L, Pascual, P, Penedo, C: De la Viña, P.** “Las competencias legales de los Psicólogos clínicos” Revista Asoc. Esp. Neuropsiq. 2003.
- **Ferrari, Héctor:** “Salud Mental en Medicina”. Oficina de libro, Asociación de Estudiantes de Medicina. S/f
- **Ferrari, H. Zac de Filc S.** “Desafíos al Psicoanálisis en el Siglo XXI” Ed. Polemos. Buenos aires. Argentina. 2002
- **Foucault. M.** “La vida de los hombres infame” En Genealogía del Poder N° 18. 1era Edición. Ed. Endymian, Madrid. España (Colección dirigida por Julio Varela y Fernando Álvarez-Uría). 1990.
- **Foucault. M.** “Historia de la locura en la época clásica” Brevarios del Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires. Argentina 1990^a
- **Foucault. M.** La política de la salud en el Siglo XVIII. En Saber y Verdad). Genealogía del poder N° 10. La piqueta. Madrid. España. 1991^a
- **Galende, E:** “Psicoanálisis y Salud Mental” Ed. Paidós. Buenos Aires. Argentina. 1994

- **Galli, V** en Experiencias en Salud Comunitaria; Rodríguez Villamil. 1990
- **Giorgi, V.** "Vinculo, Marginalidad, Salud Mental" Ed. Roca Viva. Montevideo Uruguay 1992
- **Garrido, G. Romano, S.** "Primeras Jornadas de los Equipos Comunitarios del Programa de Salud Mental" EN Equipos Comunitarios de Salud Mental: Un modelo en movimiento. Ed. Gega. Montevideo. Uruguay. 2004
- **Guerra, Y.** "Instrumentalización del proceso de Trabajo y Servicio Social". Apud. Revista de Trabajo Social Vol. 14. Nº 24. "Desafíos Metodológicos en Trabajo Social". EPPAL. Montevideo Uruguay. 2000.
- **Guerra, Y.** "O potencial do ensino teórico prático no novo currículo: elementos para o debate". Apud. Revista Katálysis Nº 2. "Serviço Social: contribuições analíticas sobre o exercício profissional". Ed. DAUFSC Santa Catarina, Brasil. 1997.
- **Guerra, Y apud Ana Ruiz,** "Búsqueda del Trabajo Social Latinoamericano. Urgencias, propuestas y posibilidades. Instrumentalidad del proceso de Trabajo y Servicio Social" Ed. Espacio. Bs. As. Argentina. 2005.
- **Heller, A.** "Sociología de la Vida Cotidiana" Ed. Península, Barcelona, España. 1987.
- **Iamamoto, M.** "Serviço Social y División del Trabajo" Editorial Cortés, Sao Paulo. Brasil. 1997
- **Jong, E.** "Cuestión social, familia y Trabajo Social" . Año 2000.
- **Kinesman, N.** "Pensar el Trabajo Social" Editorial Lumen/Humanitas. Buenos Aires. Argentina 1998 en Carlos Eroles: " Acerca de la interdisciplinariedad en las Ciencias Sociales y Humanas"

- **Lourou, R:** “El análisis institucional”. Ed. Amrrourto. Buenos Aires, Argentina. 2001
- **Marx, C; Engels, F:** “La ideología Alemana”. Ed. Pueblos unidos. Montevideo, Uruguay. 1971
- **Miguez, M^a N.** “Construcción social de la discapacidad: La experiencia montevideana”, en Revista Portularia de Trabajo Social, N°2 del volumen VI, Universidad de Huelva, España, 2006.
- **Miguez, M^a Noel.** ““Construcción Social de la Discapacidad a través del par dialéctico integración –exclusión” .Mimeo de tesis de maestría. UDELAR-UFRJ, Montevideo Uruguay.2003.
- **Mitjavila, M:**”Espacio político y espacio técnico: las funciones de la medicalizacion. Cuadernos de CLAEH. 2º Serie, año 17. Montevideo. Uruguay 1992
- **Morales, N.** Ponencia: “Seminario de Políticas Públicas y Discapacidad “Hacia donde vamos?” Primeras jornadas Institucionales sobre la discapacidad de la Facultad de Ciencias Sociales. “De-construyendo mitos para construir inclusión” .2007
- **Murillo. S.** “El discurso de Foucault: Estado, Locura y Anormalidad en la construcción del individuo moderno”. Oficina de publicaciones del CBC: Universidad de Buenos Aires. 1997
- **Netto J.P.** “Razón, Ontología y Praxis. Servicio Social e Sociedade” Ed. Cortés. Sao Paulo. Brasil. 1994
- **Lowi, T,** “Políticas Públicas, estudio de caso y teoría política” En La hechura de las políticas. Ed. Miguel Angel Porrúa. México. 1992

- **Pastorini, A.** “La Cuestión Social y sus alteraciones en la Contemporaneidad” En Temas de Trabajo Social, Debates, Desafíos y Perspectivas de la Profesión en la Complejidad Contemporánea. DTS–FCS-- UDELAR. Montevideo, Uruguay, 2001.
- **Pastorini, A.** “Quien mueve los hilos de las políticas sociales. Avances y límites en la categoría concesión / conquista” En Revista de Servicio Social y Sociedad N° 53. Ed.Cortéz, Sao Paulo 1997.
- **Pichón Rirviere, E.** “El proceso grupal” Ed. Nueva Visión. Buenos Aires Argentina 1990
- **Pignolo, V.**”Las personas con discapacidad y el mundo del trabajo. Del discurso reconocedor de derechos a políticas integradoras”. Monografía final. DTS-FCS -UDELAR-.Montevideo Uruguay, 2007
- **Rebellato J.L, Ubilla, P** “Democracia, Ciudadanía y Poder” Ed. Nordan Comunidad. Montevideo. Uruguay. 1999
- **Rodríguez; A:** Ponencia “De la promoción de Salud Mental a la producción de salud. La concepción de lo Comunitario en la implementación de proyectos sociales”, presentada en el Congreso Ecuatoriano de Psicología Comunitaria. Universidad Politécnica Salesiana. 2007
- **Saforcada, E.** “Psicología Comunitaria. El enfoque ecológico-contextualista de James Nelly” Ed. Proa XXI. Buenos Aires. Argentina. 1999
- **San Martín H.** “La crisis mundial de la Salud” Editorial Ciencia 3 (2da edición) Madrid. España. 1985.

- **Silva, C:** “Salud mental en el contexto contemporáneo. Un enfoque analítico que retoma lo social como totalidad histórica que trasciende los patrones de la medicalización” Monografía final. DTS-FCS -UDELAR-.Montevideo Uruguay 2007
- **Sosa, M^a del C:** “Sistematización de la Práctica pre-profesional MIP III. Taller de Discapacidad” DTS-FCS-UDELAR. Montevideo. Uruguay. 2007.
- **Sosa M^a del C.** “Anteproyecto de la Tesina de Grado” En Seminario “Salud y Trabajo Social” DTS-FCS-UDELAR- Montevideo. Uruguay. 2009.
- **Szazs, T:** “El mito de la enfermedad mental” Ed. Amorrortu. Buenos Aires .Argentina. 1994
- **Velásquez, R:** “discapacidad y el mundo del trabajo” Monografía final. DTS-FCS -UDELAR-.Montevideo Uruguay, 2008
- **Villalba Quesada, C.** “El enfoque de Resiliencia en Trabajo Social”. Material de consulta de Psicología General. DTS-FCS-udelar. Montevideo Uruguay.
- **Villar. H:** “Concepto de Salud- enfermedad”. Curso de postgrado. Facultad de Odontología, UDELAR Montevideo, Uruguay. Mimeo 1992
- **Zubillaga; Cayota:** “cristianos y cambio social en el Uruguay de la modernización.” Cáp. I: valor instrumental del concepto de modernización. Ed. ClaeH-EBO. 1998

Otras fuentes documentales consultadas

- ADASU, “Código de Ética Profesional” ED. ADASU. Montevideo, Uruguay.2001
- Convención interamericana para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidad. Aprobada en la Ciudad de Guatemala, el 7 de Junio de 1999. Mimeo
- Ministerio de Salud Pública. Comisión Nacional de Salud Mental. Programa Nacional de Salud Mental. Montevideo. Ministerio de Salud Pública 1986.
- Revista de Psiquiatría del Uruguay, Vol.71, N° 2, Diciembre 2007
- V CONGRESO DE TRABAJO SOCIAL “Demandas y Oportunidades para el Trabajo Social. Nuevos Escenarios y Estrategias” ED. EPPAL, Salto, Uruguay, 1993.
- www.sappiens.com. – 22 diciembre 2009.
- Organización Mundial de la Salud. 1948