

**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**  
**DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL**  
**Licenciatura en Trabajo Social**

**Profesionales que trabajan en  
policlínicas barriales de salud mental y la  
importancia de un trabajo integrado**

**Natalí Vázquez**

Tutora: Celmira Bentura

**2015**

## EL ELEFANTE ENCADENADO

Cuando yo era pequeño me encantaban los circos, y lo que más me gustaba de los circos eran los animales. Me llamaba especialmente la atención el elefante que, como más tarde supe, era también el animal preferido por otros niños. Durante la función, la enorme bestia hacía gala de un peso, un tamaño y una fuerza descomunales... Pero después de su actuación y hasta poco antes de volver al escenario, el elefante siempre permanecía atado a una pequeña estaca clavada en el suelo con una cadena que aprisionaba una de sus patas. Sin embargo, la estaca era sólo un minúsculo pedazo de madera apenas enterrado unos centímetros en el suelo. Y, aunque la cadena era gruesa y poderosa, me parecía obvio que un animal capaz de arrancar un árbol de cuajo con su fuerza, podría liberarse con facilidad de la estaca y huir.

El misterio sigue pareciéndome evidente.

¿Qué lo sujeta entonces? ¿Por qué no huye?

Cuando tenía cinco o seis años, yo todavía confiaba en la sabiduría de los mayores. Pregunté entonces a un maestro, un padre o un tío por el misterio del elefante. Alguno de ellos me explicó que el elefante no se escapaba porque estaba amaestrado.

Hice entonces la pregunta obvia: «Si está amaestrado, ¿por qué lo encadenan?».

No recuerdo haber recibido ninguna respuesta coherente. Con el tiempo, olvidé el misterio del elefante y la estaca, y sólo lo recordaba cuando me encontraba con otros que también se habían hecho esa pregunta alguna vez.

Hace algunos años, descubrí que, por suerte para mí, alguien había sido lo suficientemente sabio como para encontrar la respuesta: El elefante del circo no escapa porque ha estado atado a una estaca parecida desde que era muy, muy pequeño.

Cerré los ojos e imaginé al indefenso elefante recién nacido sujeto a la estaca. Estoy seguro de que, en aquel momento, el elefantito empujó, tiró y sudó tratando de soltarse. Y, a pesar de sus esfuerzos, no lo consiguió, porque aquella estaca era demasiado dura para él. Imaginé que se dormía agotado y que al día siguiente lo volvía a intentar, y al otro día, y al otro... Hasta que, un día, un día terrible para su historia, el animal aceptó su impotencia y se resignó a su destino.

Ese elefante enorme y poderoso que vemos en el circo no escapa porque, pobre, cree que no puede. Tiene grabado el recuerdo de la impotencia que sintió poco después de nacer.

Y lo peor es que jamás se ha vuelto a cuestionar seriamente ese recuerdo. Jamás, jamás intentó volver a poner a prueba su fuerza...

Todos somos un poco como el elefante del circo: vamos por el mundo atados a cientos de estacas que nos restan libertad. Vivimos pensando que «no podemos» hacer montones de cosas, simplemente porque una vez, hace tiempo, cuando éramos pequeños, lo intentamos y no lo conseguimos. Hicimos entonces lo mismo que el elefante, y grabamos en nuestra memoria este mensaje: No puedo, no puedo y nunca podré.

Hemos crecido llevando ese mensaje que nos impusimos a nosotros mismos y por eso nunca más volvimos a intentar liberarnos de la estaca.

Cuando, a veces, sentimos los grilletes y hacemos sonar las cadenas, miramos de reojo la estaca y pensamos: No puedo y nunca podré.

Jorgen Bucay

## Agradecimientos

Ha sido un largo camino, lleno de momentos y personas inolvidables. Un proceso con tropiezos y a la vez manos tendidas para ayudar y levantar.

Son años muy importantes, no sólo han sido parte de mi formación profesional sino que influyeron en mí personalmente, ayudándome a crecer en muchos aspectos de mi vida.

Es de suma importancia poder dejar plasmado el agradecimiento a personas que han estado siempre presentes de forma incondicional, en mis momentos de llanto y frustración, así como en mis alegrías que han sido en su mayoría.

En principio y como fundamental, mi familia. Mi mamá y mi papá, que han estado día a día desde que llegué de San Gregorio de Polanco, apoyándome en todo momento, abrazándome y dándome aliento cada vez que con una piedra tropezaba. Con su paciencia eran capaces de simplemente escuchar, y al finalizar decir hermosas palabras que me permitían reflexionar.

Mi abuela Aída, quien con sus llamados semanales incentivaba para siempre seguir y llegar a la meta.

Guillermo, Macarena, Pablo y Mauricio, mis hermanos quienes brindaron apoyo constante, con sus particulares expresiones de afecto, esperando y alentando para que pronto llegara a mis objetivos, siendo incondicionales sus abrazos y besos.

Mis mejores amigas y amigos de siempre Virginia, Cintia, Leandro y Juan Pablo. Amigas y amigos que a pesar de la distancia han tenido palabras justas para los buenos y malos momentos. Quienes a pesar de todo, sigilosamente potenciaban mi autoestima y autoconfianza.

Amigas que en el camino he conocido, siendo ellas con quien compartimos momentos únicos: Florencia, Dahiana, Natalia, Daysi, y Carmen. Personas que jamás serán olvidadas, y que a pesar de los distintos rumbos que hemos tomado, seguimos estando presentes apoyándonos las unas a las otras. Así como también compañeras de camino que son muchas.

Mi cuñada Eugenia y sus hijos (Julieta y Benjamín), que me han aceptado como soy, generando alegrías en mí y brindándome un espacio en su familia, haciéndome parte de ella desde el inicio.

Agustina, Valentina y próximo/a sobrino/a que se viene, personitas que iluminan mi día a día y que con sus expresiones hacia mí sólo pueden generar alegría, y mantienen una sonrisa constante en mi rostro.

Demás amistades de San Gregorio de Polanco, que es imposible nombrar uno/a a uno/a porque son muchos/as, doy gracias a todos/as y cada uno/a de ellos/as porque han sido pilares en este camino. Quienes siempre han tenido confianza en mí y siempre brindaron aliento. No sólo han estado en este proceso sino que durante mi vida.

Amigas/os de Hogar Universitario de Tacuarembó (Salterian), quienes nos hemos acompañado en nuestros procesos de estudio, en nuestras profesiones, aportándonos y conjugándonos sobre las diferentes carreras que quienes estábamos allí desarrollamos. Brindándonos apoyo por estar lejos de nuestra familia y lugares de origen.

Sin olvidar compañeras/os de trabajo Adriana, Luciana, Paula, Maite, Cecilia, Laura, Fiorella y Ruben del CCZ 17, quienes me han enseñado mucho sobre la profesión y han aceptado mis aportes en lo que va de la pasantía.

Agradecimiento no menos importante, a la docente y tutora Celmira Bentura, persona que me acompañó en este proceso tan importante.

Todos/as y cada uno/a de ellos/as, gracias. Nunca voy a tener palabras justas para agradecer tanto apoyo incondicional.

Por esto dejo una cita de la película “Todos los días de mi vida” que refleja parte de lo que siento.

*“Mi teoría es que esos momentos impactantes, esos destellos que ponen patas arriba nuestras vidas, son los que acaban definiendo quienes somos. La cuestión es que cada uno de nosotros es la suma de todos los momentos que hemos experimentado con todas las personas que hemos conocido. Un momento de amor total, físico, mental y de cualquier otro tipo de amor. Pues esa es mi teoría, que esos momentos impactantes definen quienes somos”.*

# ÍNDICE

<b>Introducción</b> .....	Pág. 5
<b>Capítulo I: Salud y salud mental, aportes teóricos e históricos en Uruguay</b>	
1.1) Integridad de los conceptos salud y salud mental .....	Pág. 8
1.2) Criterios de normalidad y patología .....	Pág. 12
1.3) Análisis teórico-histórico .....	Pág. 17
<b>Capítulo II: ¿Cómo podemos trabajar?</b>	
2.1) Equipos comunitarios que trabajan en el área de salud mental ...	Pág. 22
2.2) Trabajo multidisciplinario e interdisciplinario .....	Pág. 26
<b>Capítulo III: ¿Cómo se orienta el Trabajo Social?</b>	
3.1) El Trabajo Social desde sus orígenes .....	Pág. 33
3.2) Trabajo social y salud-salud mental .....	Pág. 36
<b>Reflexiones finales</b> .....	Pág. 41
<b>Bibliografía</b> .....	Pág. 46
<b>Anexos</b> .....	Pág. 49

## **INTRODUCCIÓN**

El presente trabajo constituye la Tesis de Grado enmarcada en la Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Trabajo Social, Licenciatura en Trabajo Social Plan 2009.

El tema seleccionado está dirigido a los “Profesionales que trabajan en Policlínicas barriales de salud mental y la importancia de un trabajo integrado” y en ella se problematizará cuestiones vinculadas a la importancia que tiene el trabajo multidisciplinario/interdisciplinario, y de esta forma un trabajo integral desde las diferentes disciplinas, a la vez indagar sobre la existencia o no de dificultades en el mismo. Esto debido a que mientras se realizaron entrevistas a profesionales de la Policlínica INVE 18 para realizar una Investigación en el marco de los Proyectos Integrales curriculares de la carrera (año 2012), la misma tuvo como nombre “Actuales procesos de intervención del equipo de Salud Mental en la Policlínica INVE 18”, se manifestaron una serie de puntos que podrían ser tomados como dificultades en y para los profesionales que trabajan en el área.

El objetivo general se dirige al análisis de tales dificultades, y como objetivos específicos se pueden plantear el análisis de los conceptos que son considerados como integrales (salud y salud mental), realizándose un cuestionamiento desde la normalidad y la patología, a la vez que la percepción histórica que ha tenido la salud mental en Uruguay. Aquella importancia del trabajo interdisciplinario para abordar las dificultades que se señalaron en las entrevistas y que se evaluarán en las entrevistas a realizar, por último el análisis del trabajo profesional de los Trabajadores Sociales en los equipos comunitarios de salud mental.

La metodología que se trabajó es analítica descriptiva, donde se realizaron lecturas críticas-reflexivas sobre diferentes y variados materiales de estudio. El apoyo se produjo sobre las entrevistas que se realizaron a los profesionales de la policlínica INVE 18 en el año 2012 y entrevistas al equipo comunitario de Maracaná Sur y a profesionales de la Policlínica del Hospital Vilardebó, permitiendo de tal forma poder evaluar y analizar similitudes y diferencias en los trabajos de centros diferentes (equipos

comunitarios y policlínica). El centro fue puesto en el material teórico, buscándose conectarlo con aquellas entrevistas y así realizar una problematización.

En cuanto a cómo se abordaron los capítulos, realizo un bosquejo de cuestiones que se tuvieron en cuenta en cada uno de ellos.

El primer capítulo se enfoca en cuestiones vinculados a la salud y la salud mental, se subdividirá en tres subcapítulos, en el primero se trabajará la integridad de ambos conceptos (salud y salud mental). Se considera que la salud no puede ser entendida tan sólo por aquellos aspectos físicos que la atraviesan, sino que deben tenerse en cuenta aquellos aspectos mentales, de tal manera es que se lo tiene en cuenta como un concepto amplio, donde se integra a lo mental y se relaciona con las condiciones de vida de las personas, por lo cual podría decirse que es dinámico.

A su vez, en este primer capítulo se rondará en los criterios de normalidad que tiene el concepto de salud y por tanto el de salud mental. Para ellos se cuestionará el concepto de patología. En base a esto se hablará de las diferentes posturas que han tenido diferentes autores y las justificaciones que ellos proporcionan sobre el tema.

Para finalizar el capítulo primero, habrá un análisis teórico-histórico de la salud mental. Como referencia se tiene la década del '70, ya que a partir éste existieron una serie restricciones en la salud mental como en otras áreas, durante el gobierno militar el sistema asistencial de la salud en general sufrió deterioros hasta llegar a entrar en crisis, y con ello la salud mental. A partir de la vuelta a un gobierno democrático el Ministerio de Salud Pública comienza a elaborar un Plan Nacional de Salud Mental y desde aquí se ha ido reconstruyendo en el correr del tiempo hasta la actualidad. Por lo tanto, se produjeron variados cambios que fueron significativos a lo largo de los años, generándose por tanto una transición importante en el área.

El segundo capítulo está centrado en equipos de trabajo de profesionales que están presentes en el abordaje de la salud mental en los equipos comunitarios, y con ello el posible trabajo multidisciplinario y/o interdisciplinario. En tal capítulo se busca problematizar con las experiencias de los profesionales de INVE 18, relacionándolo con cuestiones teóricas, de tal forma se intentará realizar un análisis crítico.

Como capítulo tercero y último, análisis del trabajo de los Trabajadores Sociales en la salud mental. Se desarrolla en principio los orígenes de la profesión, siendo un hilo

conductor importante para lo que es hoy en día el Trabajo Social. Luego se dará paso a la importancia de la profesión en el área y en el trabajo integral con los demás profesionales.

Para finalizar y a partir del tema y los objetivos que se plantean, teniendo un mayor acervo teórico acerca de lo planteado, se realizará una conclusión y reflexión final.

# CAPÍTULO I

## Salud y salud mental, aportes teóricos e históricos en Uruguay

### 1.1 INTEGRIDAD DE LOS CONCEPTOS SALUD Y SALUD MENTAL

El presente capítulo estará enfocado en debates teóricos sobre los conceptos de salud y salud mental, buscándose en ellos, aquellas cuestiones que hacen que puedan ser considerados como percepciones integrales, a la vez de poder evaluar las concepciones de normalidad y patología. Se suma a ello un análisis teórico al respecto y se enmarcará a la salud mental en los años que van desde 1973 hasta la actualidad, con tal recorrido histórico se podrán observar las variaciones que ha tenido el área tanto en aspectos conceptuales, así como en el accionar en sus diversos aspectos (por ejemplo profesionales, normativos y edilicios).

El primer punto dentro del capítulo es la salud y la salud mental. Por ello es pertinente analizar a éstos. A lo largo del tiempo estas nociones han ido variando, a la vez que sus orientaciones.

Una concepción clásica sobre la salud es aquella en la cual se la entiende desde aspectos negativos, lo cual se la podría definir como la “(...) *salud sería la ausencia de enfermedades e invalideces*” (Salleras, L; 1990:13). Desde el análisis que ha tenido esta definición se la ha considerado como un concepto que no se relaciona con la realidad, por lo que críticos mencionan que se debería realizar en tal caso una división entre lo que es considerado como normal y como patológico<sup>1</sup>.

Realizándose una indagación sobre las ideas, se puede obtener aquella que es dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), concepto realizado el 1946. La salud aquí es entendida como “(...) *el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*” (OMS apud Salleras, L.;

---

<sup>1</sup> Conceptos que serán analizados en el capítulo 1.2

1990:14). De esta forma se puede observar el proceso de cambio en la concepción, la OMS es capaz de articular diversos aspectos que considera que son parte de la salud. Al igual que el concepto clásico el cual tuvo una serie de críticas, el de la OMS tuvo las suyas. Hay quienes consideran que son tomados como similares la idea de bienestar y la de salud, sin tener esto por qué ser de tal forma, tal vez aquellos que se inyectan o consumen sustancias se sientan en bienestar, pero, ¿está en la línea del concepto de salud? Así como tal crítica, a la vez se despliega aquella que se dirige a que es tomada como el “completo bienestar”, siendo que tal estado es difícil de cumplir y llegar a él, tomándose así como un objetivo utópico. Llegar a un completo bienestar ¿sería posible?, los críticos mencionan que es algo inalcanzable. De esta toman que la salud debe considerarse como una aspiración necesaria, donde cada individuo busca mecanismos para poder llegar a tal aspiración.

A lo largo del tiempo se han desarrollado nuevas definiciones ya que hay autores que no concuerdan con las existentes, realizan una evaluación y nueva construcción, buscando adecuarla a la realidad.

Uno de los críticos ha sido Tirris, quien ha realizado nuevas definiciones al respecto, diciendo que la salud es “(...) *un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades*” (Tirris apud Salleras, L.; 1990:15). La justificación de tal concepto es que tiene en cuenta aspectos subjetivos tanto así como negativos, como ser la capacidad de funcionamiento.

De esta forma se ha podido ver que no existe una única concepción sobre lo que es la salud, sino que de cada definición se obtienen diversas críticas al respecto, pero no se puede dejar de lado que la salud debe tener en cuenta los diferentes aspectos que hacen al ser, a la vez que debe destacarse que es algo dinámica, subjetiva y objetiva, lo cual conduce a que la completa salud sea tomada como utópica.

Ahora bien, uno de los aspectos que debe ser tenido en cuenta en el análisis integral de la salud es la salud mental; quienes estudian a esta última mencionan que las condiciones de vida de los individuos influyen en éstos, su vida cotidiana, sus

interacciones, su contexto, su vida social por lo cual hacen a la salud mental, y por lo tanto así a la salud en su totalidad.

Levav en 1989 formula una definición al respecto que será tomada por la OMS, diciéndose que la salud mental es *“un 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 de formar y mantener relaciones armoniosas con los demás y participar constructivamente en los cambios que pueden introducirse en su medio ambiente físico y social”* (OMS apud Olaya, A; Franco, M; 2003).

Tomando las palabras de Silva, C (2007) la determinación de la salud mental está enfocada principalmente en el tiempo y espacio histórico-social en que se desarrolla el sujeto en su entorno, así como también la salud mental se ve determinada por la subjetividad interiorizada y exteriorizada del mismo. De esta manera se considera tal categoría como superación y cambio del individuo como tal y en relación a su contexto. El objeto de salud mental deja de ser patrimonio exclusivo del abordaje sanitario, concibiéndose hoy en día como un sistema extendido a la acción social.

Haciendo referencia a Freud, siendo éste uno de los precursores del estudio e investigación de la vertiente psicológica de las afecciones mentales, podemos decir que su discurso está puesto sobre lo que está detrás o más allá de la salud mental. *“(…) la inclusión del pensamiento freudiano y la profundización del conocimiento de la intimidad de la enfermedad mental, empieza a poner en evidencia que la salud mental no obedece solamente al funcionamiento de las estructuras cerebrales, que también el medio, las experiencias concretas, las interacciones con los otros y la historia de cada sujeto, cuentan para entender el porqué de su mayor o menor equilibrio emocional. Yo creo que esto es uno de los grandes aportes de Freud en la medida que desmedicaliza la enfermedad mental, le quita esta imagen de patología física que tiene que ver exclusivamente con el saber médico e introduce los factores psicológicos, los factores antropológicos, los factores sociales”* (Sierra, H.; 1998: 2).

Los autores Olaya, A y Franco, M. (2003) mencionan la importancia de fomentar la percepción y conciencia de los problemas, y no tener en cuenta a la salud mental como la ausencia de enfermedades o problemas mentales. Es así que se lo puede vincular con

la salud en sentido amplio, donde tampoco es considerada como ausencia de enfermedades, a la vez que la salud mental es un aspecto que está conjugando a la salud, tornándose ésta un concepto amplio, dinámico y conformado por diversos estados (físico, biológico, social, mental) que dejan de apoyarse como la salud desde únicamente lo médico, por tanto el concepto medicalizado es dejado a un lado, dando paso a un concepto integral. Es así que estos autores hablan de la salud mental como un componente inseparable de la salud, aspecto que hace a la construcción del bienestar caracterizado por el estado en el que se encuentre y estén asumiendo desde lo individual o desde el grupo, en los sistemas sociales y psíquicos, determinado por cada momento histórico. En base a esta concepción que se expone, citan una definición generada por el Comité de Salud Mental de la OMS: *"La salud mental es el goce del grado máximo de salud que se puede lograr, es uno de los derechos fundamentales e inalienables del ser humano, sin distinción de raza, religión ideología política o condición económica y social"* (Olaya, A; Franco, M; 2003)

Agregando a lo expuesto teóricamente, se puede traer a colación palabras expresadas por profesionales entrevistados. Estas entrevistas permiten destacar la importancia que tienen los conceptos de salud y salud mental desde su integración. Siendo así, se puede realizar una interconexión entre lo expuesto teóricamente con percepciones de profesionales que trabajan en el área de salud mental. De esta forma se observa una relación entre la teoría y la realidad.

La Licenciada en Trabajo Social y Coordinadora del Equipo de Salud Mental de Maracaná Sur menciona en la entrevista:

*"(...) la situación es la persona, no es salud mental la cabeza por un lado y el cuerpo por otro [...] no entiendo a la salud mental separada del resto de la salud, yo para mí la salud mental tiene que estar totalmente integrada a las otras áreas, tiene que ser parte... si bien que hay un saber que es específico y se percibe por los demás, puede hacer su aporte desde otro lugar sin tener que estar separados, me parece que tiene que estar totalmente integrado(...)"*

Pero no es simplemente esta profesional quien lo mencionó, la Psiquiatra de la Policlínica Maracaná Sur expresó:

*“(...) yo creo que hacer la salud mental accesible a la población, el integrarla a la salud en general, el ver que la salud mental no es ausencia de locura sino que es un equilibrio entre múltiples factores y ver también la gran relación que existe entre la salud mental y la salud médica. O sea, es una misma salud (...)”.*

De esta forma se deja entrever la relación e integración que se ha intentado expresar en este punto del capítulo, donde es importante dar cuenta los conceptos que hacen a la salud y a la salud mental, así como poder justificar su interacción y hablar de un todo.

## **1.2 CRITERIOS DE NORMALIDAD Y PATOLOGÍA**

Este apartado del primer capítulo de la monografía se dirigirá a la exposición de planteos vinculados a conceptos de normalidad y patología, buscándose de alguna forma relacionarlos con los conceptos antes expuestos en el apartado anterior.

Se puede hacer referencia a que el concepto de normalidad ha variado en el tiempo, por lo cual se habla de que lo que se dice que es normal en un momento, puede que ya no lo sea posteriormente.

Canguilhem, G (1971) menciona los métodos de racionalización científica como ser la clínica y la terapéutica, donde éstas se dirigen a técnicas de instauración o de restauración de lo normal, de la normalidad.

Para ello considero pertinente definir normalidad, haciendo esa separación con lo anormal, lo cual está vinculado con lo patológico, la enfermedad.

*“<Normalidad-Anormalidad> es un par conceptual que emerge en el contexto de la modernidad, buscando ordenar y tornar previsibles, dóciles y útiles a los sujetos; y que ha sido posible a través de tres estrategias complementarias; la construcción discursiva del concepto de anormal, la medicalización de la sociedad y la moralización de la sociedad” (Vallejos apud De León, D.; 2014: 14).*

En base a esta concepción, De León, D (2014) menciona que con esto es que se comienza a delimitar cuáles son los cuerpos que se encuentran o no funcionales al

sistema, aquellos cuerpos productivos y aquellos improductivos, por lo cual se alejan de la normalidad y son considerados anormales.

De acuerdo a esto, De León menciona nuevamente palabras de Vallejos:

*“(...) estos conceptos no sólo se han construido socialmente, sino que han sido constituyente de lo social, instalando una serie de demarcaciones y marcas en los sujetos que instauran una dualidad normal/anormal en la que el segundo término debe ser controlado, corregido o castigado por intervenciones específicas”* (Vallejos apud De León, D.; 2014: 14).

Los conceptos de normalidad y anormalidad se encuentran fuertemente vinculados con un trabajo que realiza Canguilhem, este autor habla de diferentes teorías que han surgido a lo largo del tiempo en base a la salud y la patología, por tanto cuestiones que son evaluadas de cierta forma como normal/anormal-patológico-enfermedad.

En el transcurso del tiempo el autor ha podido analizar diferentes teorías al respecto, donde en este caso se expresan las que son referidas a la enfermedad. Una de ellas ha sido la ontológica, donde se considera que la enfermedad requiere de una terapia. Esta teoría se dirige a la idea de que al hombre se le ha agregado o quitado un ser. Para quienes la tienen en cuenta, la perspectiva está puesta en que el mal puede ser vencido por medios técnicos, donde en caso de que el hombre haya perdido algo se pueda restablecer, y en el caso de que se le haya sumado, que pueda salir de él. Esto en cuestión de la enfermedad, relacionándolo con el hombre y la terapia.

Ahora bien, como se ha mencionado hay diferentes teorías, diferentes orientaciones en las conceptualizaciones y análisis.

La medicina griega tiene su postura al respecto, sin estar orientada por la teoría ontológica, por el contrario, su base está puesta en la dinámica de la enfermedad. Para ella su postura es totalizante y no localizacionista. *“La naturaleza, tanto en el hombre como fuera de él es armonía y equilibrio. La enfermedad es la perturbación de ese equilibrio, de esa armonía. [...] la enfermedad no está en alguna parte del hombre. Está en todo el hombre y le pertenece por completo”* (Canguilhem, G.; 1971: 18). A diferencia de la teoría ontológica, ésta no se basa en lo que pueda estar o no dentro del

hombre específicamente, y que ello signifique enfermedad, sino que toma en cuenta el hombre y la patología como un todo, afectando en sus diversos ámbitos a éste.

El autor resalta que el pensamiento médico no ha dejado de fluctuar entre estas dos posturas de enfermedad.

Estas teorías aunque tengan orientaciones diferentes, confluyen en un punto, consideran que la enfermedad es algo polémico. La enfermedad, lo patológico, lo polémico puede ser algo extraño que afecta al organismo, o puede ser una lucha interna de fuerzas enfrentadas que causan el daño. Por esto expresa que la enfermedad difiere de la salud, lo que es patológico de lo que es considerado como normal, esto siendo por presencia o ausencia de algo definido, o por la reelaboración de la totalidad orgánica.

A su vez, hay autores que estudian y analizan cuestiones que van desde lo normal a lo patológico (y a la inversa), buscan conocer qué es lo que conduce un estado a otro, a través de qué se puede llegar a ellos y cómo se relacionan. En el análisis de estos autores no está puesto el énfasis como en las teorías antes expuesta (ontológica y de medicina griega) sobre la enfermedad, sino que se realiza un estudio como un proceso de transición desde un estado a otro. Se puede presentar de esta forma, a los autores Comte y Bernerd, ambos realizan análisis diferentes y Canguilhem en su libro los manifiesta.

Comte, traído a colación por Canguilhem, G (1971), realiza un estudio que va desde lo patológico a lo normal, para de esta forma poder determinar especulativamente cuáles son las leyes de lo normal. Destaca que la enfermedad es estudiada sistemáticamente desde lo biológico, por esto es que expresa que en el hombre la identidad de lo normal y lo patológico apoya al conocimiento de lo normal. El autor no refiere a una orientación integral del hombre, sino que está determinado lo que lo hace normal por tal análisis biológico que es realizado.

En cambio, Bernerd, citado por el mismo autor, tiene un enfoque diferente e inverso a Comte, su interés está puesto en lo que va de lo normal a lo patológico, en base a esto se puede actuar racionalmente sobre la patología. *“(...) puesto que el conocimiento de la enfermedad es buscado por medio de la fisiología y a partir de ella en cuanto fundamento de una terapéutica que decididamente ha roto con el empirismo. La identidad de lo normal y de lo patológico es afirmada para beneficio del conocimiento*

*de lo normal.*” (Bernerd apud Canguilhem, G.; 1971: 21). Comte se dirige a lo biológico y a partir de ello se conduce a la normalidad. En cambio, el autor que se habla en este párrafo tiene una postura donde realiza un análisis desde otra perspectiva.

Para continuar con expresiones que han surgido a lo largo del tiempo, el autor que hemos estado exponiendo, hace referencia a los ajustes que realizan los psiquiatras contemporáneos de acuerdo a lo normal y lo patológico, de esta manera se lo perfila más específicamente a la salud mental. De alguna manera se ha podido ir llevando adelante un análisis donde se puede ir viendo desde posturas más amplias, hasta el punto de ir conduciendo teorías a cuestiones más específicas como es la salud mental. En este cause hay diversas orientaciones.

Psiquiatra que es tomado como ejemplo de pensamiento por el autor, es Blondel, éste menciona que los enfermos aparecen como incomprensibles por los demás y por sí mismo, donde el médico está frente a otra estructura de mentalidad. *“Le es imposible al médico comprender la experiencia vivida por el enfermo, a partir de los relatos de los enfermos. Porque aquello que los enfermos expresan con los conceptos usuales no es directamente su experiencia, sino una interpretación de una experiencia para la cual se encuentran desprovistos de conceptos adecuados”* (Blondel apud Canguilhem, G.; 1971: 83).

De acuerdo a su perspectiva, se toma a la salud mental como algo que afecta al individuo y a la vez ésta lo deja en cierta forma como “otro”, no siendo él mismo quien se está manifestando, sino que es una persona incomprensible.

Otro psiquiatra contemporáneo que manifiesta sus ideales, no siendo iguales al expresado con anterioridad, es Minkowski. Éste piensa que un ser no es alienado exclusivamente por la enfermedad, o sea, que la patología no es lo único que lo deja por fuera de las normas, así no puede ser reducido a una imagen del ser humano promedio o normal. Considera que anomalía o alienación no son conceptos unidos al de enfermedad. Este Psiquiatra, busca tener en cuenta mayores factores para poder decir que un individuo está por fuera de la norma, o sea, que se encuentra alienado.

En base a lo que se ha venido exponiendo, y mayormente vinculado a esto último, se puede citar palabras de la Psiquiatra del Equipo de Salud Mental de Maracanã Sur:

*“(...) un psiquiatra es un médico que debe escuchar con el corazón, con los ojos y con los oídos... o sea es toda la persona, es toda la vida que vive en él, [...] el ver que la salud mental no es ausencia de locura sino que es un equilibrio entre múltiples factores y ver también la gran relación que existe entre la salud mental y la salud médica”.*

En tal cita, cómo puede observarse la concepción de profesionales, en este caso de una Psiquiatra. Pero algo que puede ser significativo en la cita antes expuesta, es justamente la diferencia que resulta en las palabras “salud mental - salud médica”. De algún modo se configura el vínculo entre ellas, pero a la vez puede ser vista como que la salud mental no es algo médico, sino que quedan separados. De todas formas, lo que sí asienta la concepción de salud como un concepto integral, es la cita<sup>2</sup> realizada por la misma profesional, lo cual de esta última cita se puede pensar que la distinción entre “salud mental - salud médica” sea tan sólo como eso, una distinción, a la vez de poder afirmar que se relacionan y por tanto se encuentran en conexión.

Las concepciones que se venían generando tiempo atrás, fundamentalmente estaban dirigidas a expresiones médicas, o sea, vinculadas a lo biológico y lo que ello implica para el ser humano. Lo que luego irá dando paso es a aportaciones donde se puede ir dejando entrever la conjunción de diversos factores que influyen y están dentro de los conceptos teóricos. Es así que la cita antes realizada, puede dar cuenta de esto. Al individuo es importante verlo desde su integralidad, siendo importante a la vez, poder dirigirse a él desde diversas profesiones. Con ello vamos a poder analizar en el capítulo siguiente la interdisciplinariedad y la importancia del trabajo hacia los individuos desde las diferentes profesiones.

De acuerdo a todo lo expuesto y vinculándolo con la salud mental, se puede decir que como se ha expresado en el punto anterior del capítulo, la salud mental al igual que la salud no es cuestión de especificarse en factores biológicos e individuales, sino que deben tenerse en cuenta variables relacionadas al entorno de los individuos, la sociedad, la historia, la cultura. Hay quienes mencionan que la interacción entre el hombre y el

---

<sup>2</sup> Palabras de la misma profesional: “(...) yo creo que hacer la salud mental accesible a la población, el integrarla a la salud en general, el ver que la salud mental no es ausencia de locura sino que es un equilibrio entre múltiples factores y ver también la gran relación que existe entre la salud mental y la salud médica. O sea, es una misma salud (...)”.

ambiente es modificado de acuerdo a lo que implican los opuestos, en este caso “ser sano” y “ser enfermo”. A su vez, se agrega que tanto lo hereditario y lo biológico influyen en las condiciones anímicas y de carácter de los individuos, aunque la salud mental no puede solamente remitirse a esta única causa, pues no es solo un fenómeno individual sino que se debe de tener en cuenta en el desarrollo de esa persona, como ya se ha dicho, una multiplicidad de factores como ser biológicos, ambientales, culturales, sociales, vinculares que resultan ser determinantes psicológicos. Desde esta perspectiva se deja percibir que “(...) *la vida psíquica de las personas debe ser considerada un proceso en constante interacción con aquello que lo rodea*” (Techera, A.; 2009:48), es el vínculo con las personas que se encuentran en su entorno, a la vez que el espacio en el que se encuentra constantemente. A raíz de esto, se constata que no son sólo factores biológicos los que intervienen en el individuo, sino que se encuentran aquellos factores que son externos a él.

Para continuar con el análisis relacionado a la salud mental, se da paso a cuestiones vinculadas a orientaciones históricas que han ido conjugando a lo que es el tema hoy en día.

### **1.3 ANALISIS TEÓRICO-HISTÓRICO**

En este punto del capítulo, considero apropiado realizar una exposición y descripción de cómo evolucionó la intervención en Salud Mental a partir de 1970, o más precisamente poder analizar qué sucedió sobre esta época y cómo se ha ido trabajando a partir de esos años, la década de los 70 representa una separación en el tiempo de cómo se venía trabajando en Salud Mental, dando paso luego a nuevos abordajes en el área.

No se puede olvidar que en esos años el país se encontraba en un proceso de cambio en los diversos aspectos que lo hacen, principalmente en lo político, repercutiendo en lo social, económico, cultural, en todo lo que hace al país.

A partir de la situación que se estaba generando en Uruguay con sus diversos efectos, había muchos aspectos que estaban transitando por cambios, a la vez que por paralizaciones en sus procesos respectivos. Techera, A (2009) habla de un crítico informe que apareció de Pierre Chanoit sobre salud mental, el cuál posteriormente

ayudó a la orientación de un Plan de Salud Mental en 1972. Pero el comienzo de la dictadura dio un freno en el proceso que estaba surgiendo.

Pastorino en su tesis cita a Chanoit, el cuál expresaba: *“El Estado realizó una escasísima inversión de tipo social – en salud, en educación, vivienda, etc. -, en favor de una asistencia directa al sector financiero. En el área de la salud, se incentivó la privatización de la asistencia médica. El sistema asistencial se fue deteriorando paulatinamente hasta entrar en crisis y la Salud Mental sufrió el deterioro general de dicho sistema pero con particularidades agravantes, por ser un área en la que las condiciones sociales inciden muy especialmente”* (Chanoit apud Pastorino, G.; 1999: 9)

Una vez finalizada la dictadura, produciéndose la reapertura democrática resurgen los temas que estaban paralizados y con ello la Salud Mental. En 1983 se crea el Hospital Psiquiátrico Musto, cerrándose sus puertas en 1996 a causa de la muerte de pacientes por hipotermia.

Este autor continúa señalando palabras de Chanoit, quien realiza un análisis en cuanto a la atención del Ministerio de Salud Pública (MSP). Menciona que el servicio sería deficitario, ya que no contaba con un presupuesto acorde, a la vez que una mala planificación de trabajo, sumándose a esto el aumento de población para atenderse. Debido a estas causas, desde su punto de vista, la atención sería deficitaria por parte del MSP.

Se manifiesta que no existen muchos datos que puedan dar cuenta de la situación, por lo que los análisis al respecto de esto llegan a quedar inconclusos.

En 1986 se retoman las líneas del Plan de Salud Mental<sup>3</sup>, fue el año en el cual el Ministerio de Salud Pública aprueba el Plan Nacional de Salud Mental, teniendo su dirección a la Atención Primaria en Salud orientada a la comunidad *“(…) la creación de unidades de salud mental en los hospitales generales y la promoción de nuevos modelos de asistencia”* (Techera, A.; 2009: 108). Los nuevos cambios que se estaban

---

<sup>3</sup> *“Aprobado por el MSP en 1987, elaborado por una comisión interinstitucional, formada a tales efectos, integrada por: DIGESA-MSP, Programa de Salud Mental del MSP, Direcciones de los Hospitales Psiquiátricos, y de las Colonias, Profesores de las Cátedras de Psiquiatría y Psiquiatría Infantil, Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, Asociación de Psiquiatras del Interior, Asociación de Psiquiatría Infantil, Comisión Honoraria del Patronato del Psicópata, Sindicato Médico del Uruguay, Coordinadora de Psicólogos del Uruguay, Escuela Universitaria de Enfermería, Escuela Universitaria de Servicio Social, Escuela de Sanidad “Dr. J. Scoseria”, Dpto. Central de Enfermería, Escuela Universitaria de Psicología, Facultad de Medicina”* (Romano, S.; et al; 2007: 140).

comenzando a generar eran parte del sector público, pero eso no quiere decir que pudo dirigirse de un modo igualitario a toda la sociedad, por lo que se continuaban viendo los procesos de segregación, estigmatización e incompreensión, éstas son expresiones del autor.

Continuando en la misma línea, es oportuno destacar que para la realización del Primer Plan Nacional de Salud Mental se invitó a trabajar en él diversas instituciones de orientación laboral, gremial, asistencial, entre otras, creándose de tal forma una Comisión que sería la encargada de analizar la salud mental en Uruguay.

Pastorino (1999) destaca que el Plan tomaba en cuenta aspectos de la Declaración de Alma Ata: “(...) *descentralización, coordinación, primarización de la asistencia, participación de la comunidad, interdisciplinariedad e intersectorialidad*” (Pastorino, G.; 1999: 10). Estos son detalles que se continúan teniendo en cuenta hoy en día, teniendo reformas el Plan en 2011.

Este mismo autor resalta los lineamientos del diagnóstico que se elaboraron en 1985. “*Frente a la situación descrita las soluciones solo pueden provenir de un amplio movimiento colectivo que incluya a todas las fuerzas sociales organizadas y vinculadas con la Salud Mental y a todos los recursos existentes en la comunidad. [...] Ante el modelo individual, aislado e incoordinado, es necesario proponer un modelo concentrado en áreas de población que utilice colectivamente los esfuerzos de todos los técnicos en Salud Mental y aplique todos los recursos terapéuticos disponibles [...] El Centro de actividad debe dejar de ser el hospital, asilo o consultorio clínico, mutual o privado para pasar al Centro de Salud Mental, estructura de atención que integre en forma unitaria a los grupos interdisciplinarios*” (Giorgi apud Pastorino, G.; 1999: 12).

Esto deja ver un proceso de descentralización que se comienza a llevar a cabo. Cómo se deja de concentrar la población usuaria en los centros hospitalarios, para pasar a implementar equipos de trabajo, acercándose de algún modo a la población, lo que condujo a los Centros de Salud Mental, como lo expone Techera, A (2009), a la redistribución de los recursos humanos, creándose 12 centros en Montevideo y 24 en el Interior del país. El primer nivel de atención no sólo se centró en la salud en general, sino que pudo ser expandido a la salud mental. “*Desde fines de la década del 80 descentralizar fue un principio enunciado y sentido desde diferentes sectores y niveles*

*en el país. La jerarquía que tenía para la ciudadanía el desarrollo local y la descentralización administrativa y de recursos, quedó plasmada en la reforma constitucional de 1996 en el artículo 298” (Romano, S.; et al; 2007: 140).*

Hoy en día a parte de los equipos comunitarios en Centros de Salud, podemos encontrar profesionales especializados en Policlínicas, a partir de esto, es que se puede analizar la importancia que ha tenido la descentralización de la salud. Con los nuevos implementos de poder llevar profesionales al territorio y poder llegar a la población de forma más directa, es de gran valor. Hay poblaciones vulnerables que no se podrían acercar a los lugares centrales, siendo diversas sus causas, pero dado que se encuentran lugares de referencia en los barrios, la atención ha sido diferente.

Los autores Romano, S.; Novoa, G. y demás expresan que los Equipos Comunitarios de Salud Mental no sólo refieren a la atención de la patología en sí misma, sino que abre un abanico hacia acciones de prevención y promoción, vinculándose con la población del área geográfica en la que se encuentren, a la vez que teniendo diálogo con otros actores del área local.

Techera, A (2009) señala palabras de Daniel Olesker en una entrevista que realizó el 3 de octubre de 2007. En la misma “(...) *para pensar la promoción y prevención en un sistema de atención primaria de salud como el que pretende alcanzar Uruguay, hay que brindar planes para cuidar a las personas desde su infancia, incluso desde su gestación (...)*” (Techera, A.; 2009: 114).

Mencionando puntos centrales del Plan Nacional de Salud Mental de 2011, algunos de sus objetivos específicos son: Brindar atención psicoterapéutica individual, de pareja, familiar o grupal; realizar intervenciones grupales; proporcionar atención psicoterapéutica individual y/o grupal. Estos objetivos pueden ir variando de acuerdo al nivel etario de la población, pero lo central está puesto en ello.

*“La denominación y la conformación de “Equipo” propugnan el trabajo interdisciplinario<sup>4</sup>, implican estilos de comunicación y funcionamiento que tienden a mayor horizontalidad y promueven un cambio por lo menos a nivel teórico hacia un modelo de atención bio-psico-social. En el período al cual se hace referencia el modelo*

---

<sup>4</sup> Punto a ser abordado y analizado en el próximo capítulo.

*asistencial se centraba en la consulta médica y las relaciones interprofesionales se vinculaban a la indicación y cumplimiento de la misma, con pocas instancias de intercambio o trabajo conjunto y con la comunidad”.* (Romano, S.; et al; 2007: 144).

Es así que da cuenta del trabajo al cual se perfila actualmente, con bases importantes en la descentralización, atención territorial y comunitaria, trabajo interdisciplinario e integral de profesionales.

## CAPÍTULO II

### ¿Cómo podemos trabajar?

#### **2.1 EQUIPOS COMUNITARIOS QUE TRABAJAN EN EL ÁREA DE SALUD MENTAL**

En Uruguay se ha podido observar cambios importantes en lo que ha sido atención en la salud, y con ello en salud mental, a la vez se ha permitido ver, que paso a paso la sociedad haya sido integrada e informada sobre el tema.

En el correr de estos últimos años, se han vivenciado una serie de cambios en el abordaje a la salud mental. *“La organización del trabajo en equipo se extendió a partir de la década del 70 y fue rápidamente incorporada en la estructura de servicios de salud. En el campo específico de la salud mental, este movimiento se vincula fuertemente a las propuestas de trabajo centradas en la comunidad”* (Romano, S.; et al; 2007: 136). Esta cita hace referencia a ello (cambios), mencionando uno de los objetivos a los que se ha dirigido: trabajo en la comunidad.

Tal vez no sea fácil imaginar cómo puede ser la interacción directa entre los/as técnicos/as que trabajan en los centros de salud mental con la comunidad. Por esto los autores que han sido citados en el párrafo anterior, dejan claro en su artículo el trabajo en equipo que se realiza en el área de salud mental.

Romano, S.; Novoa, G.; et al (2007) destacan la importancia que tiene tal trabajo en equipo, por lo que señalan que ésta es una integración organizada, que debe estar adecuada a cada lugar, necesitando de una actitud basada en la cooperación, donde no debe ser rígido sino que a la vez de trabajar con firmeza exista cierta flexibilidad y por último, romper con la idea de asistir, sino que trabajar profesionalmente en dirección a ciertos objetivos.

*“Esta construcción es posible desde una deconstrucción de los modelos disciplinarios, que permita trabajar e interactuar desde los supuestos que los fundamentan. Proceso que busca consolidar los aportes específicos, identificar y modificar esquemas de pensamiento y acción rígidos (...)”* (Romano, S.; et al; 2007: 137).

A partir del cierre del Hospital Musto en 1996 se da la creación de los Equipos Comunitarios de Salud Mental (ECSM) que pasan a ser parte de los servicios de salud públicos. Esto permitió que a nivel territorial se pudieran distribuir equipos conformados por diversas disciplinas para realizar atención ambulatoria. De esta forma los autores que ya han sido mencionados, destacan que esta forma de atención permitió avanzar en la instrumentación de las propuestas generadas del Programa Nacional de Salud Mental (1986). Vale destacar que ya desde 1990 se estaban incorporando algunos profesionales del área de salud mental en Centros de Salud de ASSE-MSP.

Esta incorporación de profesionales en la atención, que ha sido más bien dirigida a la comunidad, ha ido variando en estas últimas décadas, pudiéndose observar una ampliación de disciplinas actuantes y una constante permanencia en ellas. Debe ser enfatizada la presencia de equipos tanto en Montevideo como en el interior del país, lo que de tal forma permite ver en un paso a paso la descentralización de la salud mental en todo el territorio del país.

Los profesionales que han ido incorporándose han sido desde disciplinas específicas del área como ser: Psiquiatras, Psiquiatras de niños, Psicólogos, Asistentes Sociales (hoy en día Trabajadores Sociales), Auxiliares de Enfermería y Administrativos.

Romano, S.; Novoa, G.; et al (2007) hablan de que en el año 2006 se creó en el Hospital Vilardebó la Coordinación de Salud Mental que posee la dirección técnica y administrativa de éste, a la vez que la dirección técnica de los ECSM de todos los departamentos, lo cual deja entrever esto que el lugar físico del Hospital como tal fue ampliado, dando lugar a nuevas funciones en él, sin tener la centralidad única de la asistencia de personas con problemas en salud mental.

La orientación y objetivo de los ECSM es de gran importancia una vez que se han venido ejecutando, ya que la dirección está puesta en una cierta especificidad y ubicación en el territorio, teniendo iniciativas preventivas y promocionales, donde implica un territorio y por lo tanto una población determinada, pero que a la vez no deja de lado el trabajo con otros actores locales.

Referido a esto, nos podemos detener en palabras que tiene la Psiquiatra de la Policlínica de Maracaná Sur en la entrevista que se le realizó:

*“(…) como es un equipo de salud mental en primer nivel, está inserto en la comunidad, estamos haciendo trabajo de promoción, prevención... entonces tenés a toda la familia, entonces se presentan estos casos, estas situaciones familiares en el equipo y también con las otras redes que están en la zona, entonces cada uno va aportando su punto de vista, su visión”.*

La cita permite observar las cuestiones teóricas que se vienen manifestando, por ejemplo la actuación en territorio del equipo directamente con la población del mismo, y no desde un punto de vista único del espacio de salud, produciéndose a la vez una interconexión con otras redes de la zona, permitiéndose una mayor articulación y posible trabajo con la población a la cual se dirigen.

*“La denominación y la conformación de “Equipo” propugnan el trabajo interdisciplinario, implican estilos de comunicación y funcionamiento que tienden a mayor horizontalidad y promueven un cambio por lo menos a nivel teórico hacia un modelo de atención bio-psico-social. [...] el modelo asistencial se centraba en la consulta médica y las relaciones interprofesionales se vinculaban a la indicación y cumplimiento de la misma, con pocas instancias de intercambio o trabajo conjunto y con la comunidad. La propuesta requería de un cambio en la cultura profesional y en los modelos relacionales”. (Romano, S.; et al; 2007: 144). Esta cita permite ver los cambios en los modos de atención, pensar en un modo horizontal de trabajo donde existe la participación de diversos actores, comenzando por la institución que trabaja con salud mental, la persona involucrada, personas que se mueven en el entorno de tal persona, la comunidad de forma general y actores pertenecientes a redes u otras instituciones. “El foco actualmente está puesto en fortalecer el modelo de atención comunitaria en salud mental, de manera de superar el modelo asilar y asegurar la erradicación del sistema manicomial. Expresión de este objetivo es el lema establecido en el Consenso de Panamá (OPS/OMS, 2010) ‘la década del salto hacia la comunidad: por un continente sin manicomios en el 2020’” (Del Castillo, R.; et al; 2011: 85).*

A groso modo se visualizan diversas personas, organizaciones e instituciones involucradas en torno a un determinado territorio. De esta forma se puede decir que *“Una estrategia que permitió en algunos momentos generar respuestas efectivas y*

*sostener a los integrantes de los equipos, fue la creación de redes regionales de ECSM, propuesta surgida en las Jornadas de 2002, que funcionó como un espacio regular de encuentro, identificación de problemas y propuesta de soluciones”* (Romano, S.; et al; 2007: 146). La ejecución de los ECSM no quedaría en eso, con lo antes mencionado podemos observar que se trabajaría de forma conjunta lo cual daría la posibilidad de conjugar problemas y soluciones regionales, de ésta forma se generaría análisis con respecto al trabajo de los ECSM.

Según los autores que se han venido citando a lo largo de este capítulo, los ECSM requieren de una mirada y práctica que los hace particulares, el vínculo de profesionales con un lenguaje común, la asunción de compromisos éticos basados en las relaciones, interacción en cuanto a “saberes y haceres”. Es importante reconocer que son procesos que se van generando y no que puedan ser vistos de un modo espontáneo. *“La reunión de equipo que toma como objeto el funcionamiento grupal y la tarea, favorece la consolidación como grupo de trabajo y fortalece la pertenencia. Estas instancias son insuficientes si la atención al equipo y la actitud de los profesionales no se mantienen en la práctica. Articulación de acciones de cada integrante, de cada disciplina, en el proceso de atención en forma adecuada a cada situación”* (Romano, S.; et al; 2007: 145).

La Psiquiatra de Maracaná Sur hace alusión a esto diciendo que:

*“importantes las reuniones de equipo, que son fundamentales, importante el conocernos también como personas, porque antes de ser profesionales somos personas humanas, cada uno con su historia, y también con su estilo, su impronta en el momento, en mi caso la psiquiatría, en el caso de otra colega la psicología, en el otro la asistente social”.*

Y para reafirmar lo citado, se pueden mostrar palabras de la Licenciada en Trabajo Social y Coordinadora de la Policlínica Maracaná Sur que iría vinculado con expresado por la Psiquiatra.

*“Cada una tiene su forma ya sea de lenguaje o de cosas que cada profesión tiene que son específicas de su profesión, son respetadas y no hay... cada área tiene lo suyo, entonces ya sabemos la forma de trabajo*

*y si hay algo que no nos parece se discute, pero no es que nos pase, pero creo que lo tomamos más como algo enriquecedor de alguna manera, más que una dificultad que nos genere problema, los distintos saberes. Más bien todos los saberes llegamos a lo que es lo mejor para la persona. Esa persona tiene que ser el centro, a partir de ahí bueno todas las áreas con su especificidad como tenemos todas, todos tenemos nuestro saber, bueno cuál es nuestro aporte, y ahí lo discutiremos”.*

De acuerdo a esto se generan las observaciones de la importancia de las diversas disciplinas que participan en el trabajo con la población. A pesar de las diferencias que se presentan, como lo mencionan en lenguaje, profesión, orientación, entre otras, se busca llegar a una misma meta que es el trabajo con la población del lugar al cual son referentes, por lo cual toman como importante el trabajo en equipo ya que les permite la interacción e intercambio de conocimientos al respecto de lo que tengan que trabajar.

Para finalizar este punto del capítulo podemos hacerlo con una pregunta que ha sido planteada por los autores y puede plantearnos ideas a reflexionarse en otras instancias sobre la importancia de los ECSM, lo cual ha sido abordado a lo largo de esta sección. “*¿Tienen que existir Equipos Comunitarios de Salud Mental como estructuras específicas en un sistema de atención?*” (Romano, S.; et al; 2007: 149).

## **2.2 TRABAJO MULTIDISCIPLINARIO E INTERDISCIPLINARIO**

Un tema que se ha planteado a lo largo del tiempo en los diversos ámbitos de trabajo ha sido el tema de las relaciones entre los profesionales, y con ello el desempeño y vínculo con la población a la cual se dirigen.

Hay cuestionamientos que surgen a raíz de las acciones y direcciones laborales, se presentan preguntas como si se realiza trabajo interdisciplinario o multidisciplinario, a la vez de tener presente otras opciones como pluridisciplinariedad. En este apartado se tomará en cuenta el trabajo interdisciplinario fundamentalmente y algunos aspectos del trabajo multidisciplinario, a modo de poder problematizar las orientaciones que dicen tener algunos de los profesionales que han sido entrevistados.

Para comenzar con el análisis y la problematización es importante poder expresar algunas cuestiones teóricas al respecto, por lo cual considero pertinente traer a colación la definición de interdisciplina, la cual es considerada como que *“Es un conjunto de profesionales diferentes encarados con un objetivo común, igualados en el momento de hacer sus aportaciones, pero diferenciados en el tiempo de información y de intervención que pueden hacer, capacitados para organizar sus actuaciones de acuerdo con las características y prioridades del problema”* (Ramírez de Mingo, I.; 1992: 56).

Para continuar con la perspectiva de la autora que fue citada con anterioridad, se puede decir que la misma expresa que el trabajo interdisciplinario no es una mera unión de disciplinas o profesiones, sino que se dirige a mucho más que esto. Habla de un enfoque o concepción dirigida a cierta labor, un objetivo común, la cual no debería ser tomada como un método o técnica y tendría que tener la posibilidad de obtenerse una visión global de las cuestiones que se presenten, siendo de algún modo complejas ante cualquier situación humana y social. Mediante el trabajo interdisciplinar se debería buscar una planificación conjunta de trabajo, integrándose de tal forma a las diversas disciplinas que comparten la situación a ser abordada.

Referente a esto se puede exponer las palabras de la Licenciada en Enfermería de la Policlínica Vilardebó:

*“Lo positivo de trabajar en grupo es la maravilla de negociar, es fabuloso. Para hacer todo esto tiene que tener cierto nivel de formación también, es decir para poder nosotros en cada una de las áreas enfrentarnos a poder, porque se arman muchos conflictos, se arman muchas discusiones, para tratar de discutir con igualdad y llegar a negociar, todos tenemos que tener mucha formación, sin formación muchas veces discutimos cosas que no son o nos quejamos que es el otro gran... [...], yo creo que para trabajar en este tipo de interdisciplina tenés que tener mucha formación, estar seguro del área que vos dominás pero también manejar los códigos de los demás y después de ahí comenzar a negociar y que salga un acuerdo de la interdisciplina, eso es maravilloso, eso es lo más hermoso que hay, y si a eso le agregás que a veces el usuario y la familia, la familia sobre todo la estamos cada vez*

*integrando en esto, el paciente a veces no podemos porque depende cuál sea su patología pero cada vez lo integramos más en el acuerdo terapéutico, entonces se torna mucho más interesante porque es la forma de negociar las diferencias (...)*”.

La cita presentada deja ver esa importancia de trabajo en coordinación, en equipo, donde se encuentran implicadas varias disciplinas. En los ámbitos de encuentro se pueden generar desde conflictos hasta acuerdos, pero siempre en la misma línea, o sea buscándose soluciones posibles ante problemas que tienen presentes a nivel de la población con la cual se desempeñan. A la vez la oportunidad de vínculo directo no solo con las personas con las cuales se trabaja, sino con su entorno (familia, amigos), por lo tanto volvemos al tema de la importancia de los ECSM.

En relación a lo expuesto anteriormente, se puede decir que *“El trabajo en equipo requiere tres dimensiones: cuidar, cuidarse y ser cuidado. A pesar de las contradicciones y dificultades, es una estrategia que permite al médico participar en las decisiones y en el desarrollo de un proyecto en común con otros [...] pensar, hablar, reflexionar, intercambiar y elaborar estrategias que permitan una mejor atención al paciente”* (Inglott apud Romano, S.; et al; 2007: 138).

La Licenciada en Trabajo Social y Coordinadora de la Policlínica Maracaná Sur expresa que:

*“(...) porque siempre intentamos llegar, siempre hay una solución, una alternativa, se discute con el compañero y se llega a ver qué es lo mejor para la situación”*.

Como se ha venido exponiendo, eso es lo fundamental para el equipo a pesar de las diferencias que se puedan presentar, llegar al objetivo común que existe, la solución para la persona.

A su vez Ramírez de Mingo, I (1992) habla sobre ciertas características que hacen que se lo pueda ver como trabajo interdisciplinar, para ella debe haber existencia de espacios comunes donde se estudie la situación a la cual se está abordando, el poder generar y gestionar estrategias; formación permanente de los profesionales que integran el equipo; discusión que busquen la superación de lo abordado; definición de objetivos comunes a partir de los diferentes roles y el uso de un lenguaje común.

De acuerdo es esta cita, se puede ver el vínculo que tiene con lo expuesto en la sección anterior, en base a que el trabajo de los ECSM en cierta forma busca esta orientación, aunque luego considero que se vuelve dependiente de la conformación y forma de trabajo de cada uno.

Sosa, M<sup>o</sup> (2010) expresa la idea de la necesidad de la interdisciplinariedad para abordar situaciones, ya que en cierta forma genera una cooperación para trabajar sobre determinados problemas que se ven presentes en la sociedad, y que se hace con mayor dificultad el trabajarlo desde una sola profesión.

Psiquiatra de la Policlínica Maracaná Sur realiza alusión a la importancia de este trabajo interdisciplinar:

*“Sin el equipo no se trabajaría, es el lugar en el que uno aprende, no vas vos a dictar cátedra de nada, tú dentro de lo que puedas abrirte, te estás empapando, enriqueciendo de lo que el otro tiene como experiencia y es un ejercicio muy grande como para la generosidad, contra el narcisismo que caracteriza a muchos de nosotros porque soy médico, soy esto... es así y ya está, no es un ejercicio de humildad como trabajar en equipo. Y ese es como el gimnasio en el que te vas entrenando como profesional y sin humanidad para mí cualquier profesión por más que estés empapelado con títulos no sirve para nada, porque no te estás dando, y en cualquier profesión si no te das...fracasa, y acá se trata del que viene, se recibe y se da lo que uno es, como lo que es en este caso médico psiquiatra. Es importante también mantener el rol para no confundir, acá no somos amigas, ni amigos, ni la vecina de al lado (...)”*

Otro de los autores que es tomado por Sosa, M<sup>o</sup> (2010) es Kisnerman quien menciona que la interdisciplina necesita de una conformación pluralista de un equipo de trabajo, el cual debe encontrar la forma de generar una dinámica de abordaje. *“En la interdisciplina la integración se va produciendo a través de las preguntas que una disciplina le hace a otras, para operar en una situación concreta, tratando de superar las comprensiones fragmentarias. La interdisciplinariedad entre ellas, además de integrar saberes reduce el imperialismo intelectual entre algunas disciplinas”* (Kisnerman apud Sosa, M<sup>o</sup>; 2010: 28). Hay un fragmento de la cita la cual creo conveniente resaltar, el tema de la inexistencia de imperialismo de alguna de las

disciplinas, como esto deja en claro la horizontalidad entre las disciplinas y profesiones, no se deben tener en cuenta cuál es la mejor o peor, cuál es la que sí está orientada a la situación en mayor amplitud, o diversas interpretaciones que se puedan dar. Sí es de destacar tal cosa, todas las profesiones participan como tales aportando de alguna forma lo que deban contribuir de acuerdo a lo que se esté refiriendo.

Ramírez de Mingo, I (1992) habla de que un equipo estará compuesto dependiendo de las necesidades ya que es equipo no es un fin en sí mismo, sino que dependerá de la formación que tengan los profesionales que integren tal equipo. *“Para el desarrollo del equipo es preciso conocer científicamente y analizar la realidad global socio-económico y socio-político de la comunidad en que se sitúa la acción”* (Ramírez de Mingo, I.; 1992: 62).

Lo que se ha ido expresando en estos párrafos es la manera de enfoque que tiene la interdisciplina a la hora de trabajar, o más bien cómo es considerado su objetivo y modo de orientación.

Para continuar, creo importante destacar una definición la cual considero que engloba todo lo que se ha estado exponiendo y se continuará, ya que el trabajo interdisciplinar comprende *“(…) 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”* (Guerra apud Sosa, M<sup>o</sup>; 2010: 27).

Ahora creo conveniente poder hacer referencia a la multidisciplina, ya que en muchas oportunidades son instancias que pueden ser confundidas y en realidad no tienen la misma orientación con la interdisciplina.

Para ello Mourao Vasconcelos, E (1997) enuncia que la multidisciplinariedad es una *“(…) grama de disciplinas que propomos simultáneamente mas sem fazer aparecer as relações existentes entre elas. Sistema de um só nível e de objetivos únicos; nenhuma cooperação [...] pode ser visualizada nas práticas ambulatoriais convenxionais, onde profissionais de diferentes áreas trabalham isoladamente, em geral sem cooperação e troca de informações entre si, a nao ser um sistema de referencia e contra-referencia dos clientes, com uma coordenação apenas administrativa”* (Mourao Vasconcelos, E; 1997: 140-141).

Para tener en cuenta y referido a la realidad, se puede exponer palabras expresadas en entrevista por parte de la Psiquiatra de adultos y coordinadora de INVE 18:

*“(…) existe coordinación, quizá indudablemente es un área a desarrollar más todavía, pero existe coordinación, históricamente éste grupo se formó del vamos así, no es que se puso un psiquiatra y años después llevo la asistente social. El equipo constitutivamente fue un equipo multidisciplinario y por lo tanto eso, es de varias disciplinas a la vez, a veces logramos trabajar multidisciplinariamente. A veces hasta podemos llegar tener algo de interdisciplinar por ser un poco más ambiciosos, la mayoría de las veces hacemos abordajes coordinados que es lo que se puede, pero lo de multidisciplinario es fundamental en nuestras realidades”.*

En esta cita se puede analizar la situación en la que se encuentra el equipo de INVE 18, se considera que coordinación entre profesionales existe, pero lo tienen en cuenta como un equipo multidisciplinar, o sea, en el cual actúan diversas disciplinas pero no de un modo de interacción constante como es interdisciplinariamente, o sea que las acciones tienen a no ser entre sino desde cada una, aunque realiza la salvedad de que pueden generarse algunas instancias en la cual participen las profesiones entre sí con un objetivo común.

Un punto que sí es común entre ambas formas de trabajo es que involucran a diversas disciplinas, pero a la hora de trabajar sobre la situación el abordaje es diferente. La multidisciplina como lo explica Mourao Vasconcelos son prácticas de profesionales que funcionan de un modo aislado donde la cooperación no es una acción que sea utilizada como base, sino que los vínculos existentes llegan a ser desde una acción administrativa. De esta forma se deja ver que los profesionales no tienen una conexión constante y que sea para realizar un trabajo en equipo, para luego abordar las situaciones, sino que las diversas profesiones abordan desde su especificidad.

Esto hace a que la perspectiva sea diferente a la interdisciplina. *“(…) no se trata de una práctica que borra las “obsoletas” divisiones entre las ciencias para instaurar el ancho mar de un saber totalizante y sin delimitaciones internas, sino de un trabajo a*

*realizar en base a las disciplinas ya establecidas, sólo en tanto que están establecidas y no se ignoran sus mutuas diferencias de objeto y método” (Ander-Egg, E.; 1988: 33).*

De acuerdo a todo lo que ha venido planteando, es importante que se pueda finalizar haciéndose referencia a la importancia de tal trabajo interdisciplinar, donde según muchos profesionales no queda sólo en palabras, sino que lo pueden llevar adelante. Por lo que se toma como importante el poder realizar una planificación, ejecución y que se evalúe las acciones que se generan, donde se tenga una participación de los que son beneficiarios, se produzca una responsabilidad desde su parte. Por esto es fundamental que la búsqueda de soluciones no pase sólo por parte de los profesionales y las redes que puedan estar involucradas, sino con cooperación de los propios beneficiarios y la comunidad. De ésta manera se encuentra un vínculo entre profesionales y comunidad.

Una frase que viene enrabada con este último párrafo ha sido expresada por la Psicóloga de INVE 18:

*“para nosotros es importante trabajar con equipos de salud mental comunitaria en la integración de nuestros pacientes dentro del ámbito de salud”.*

Las palabras expuestas por una profesional del ámbito de la salud, y específicamente de la salud mental, puede abrirnos las puertas a reflexionar en la cuestión de la importancia de la cooperación entre técnicos y usuarios, y así poder observar un círculo permanente creado entre los agentes involucrados, que en cierta medida, a partir de la creación de los ECSM permite y busca un vínculo constante, y no centrarse específicamente en los profesionales que se encuentran en el área.

Teniendo en cuenta nuestra profesión, el siguiente apartado estará dirigido a ésta y la importancia que tiene en el ámbito de la salud mental.

## CAPÍTULO III

### ¿Cómo se orienta el Trabajo Social?

#### 3.1 EL TRABAJO SOCIAL DESDE SUS ORÍGENES

En este primer punto de este capítulo, se realizará una reseña sobre el surgimiento de la profesión, en tanto se podrán exponer algunas diferencias teóricas en cuanto al origen y las orientaciones que ha tenido, a la vez que el importante vínculo con la salud desde sus inicios.

En la medida que ha pasado el tiempo han surgido diversas corrientes en cuando a las colocaciones que ha tenido y tiene el Servicio Social.

Hay autores que están dirigidos a lo que es una perspectiva histórico-crítica, a la vez que hay quienes apoyan la corriente endogenista.

La perspectiva endogenista tiene una dirección puesta en que el inicio de la profesión cuando el Estado apoyaba a los dueños de producción, dejando a un lado a la demás población, por lo cual se generaba la miseria y la opulencia, de esta manera se enmarca en lo que son las desigualdades sociales.

De acuerdo a esto “(...) *las primeras acciones de trabajo social llevadas a cabo por los poseedores de los medios de producción, quienes movilizaban todo tipo de socorros, ayudas, limosnas y hechos caritativos hacia quienes se encontraban en un nivel de desposesión no sólo de los medios de trabajo sino de aquellos indispensables para la subsistencia cotidiana. Le siguen a estos, las prácticas de los denominados apóstoles de la caridad; y más tarde, los agentes institucionales de las corporaciones, las cofradías y las cajas de previsión social, quienes se capacitaran para responder a la necesidad de racionalizar los servicios de bienestar y como recurso para el avance del conocimiento en ciencias sociales*” (Casá, E; 2011: 11). Esta cita permite ver la orientación de la perspectiva, totalmente dirigida a la caridad, la atención de los poseedores sobre quienes quedaban por fuera de los medios de producción. A pesar de que el tiempo iba pasando, de todas maneras se continuaba viendo la misma orientación de apoyo a los más desfavorecidos.

Ya que poseían esta orientación, Casá, E (2011) menciona que básicamente la orientación de los profesionales de acuerdo a quienes contrataban su trabajo, tenían una dirección sobre hacer el bien, la bondad y fraternidad, la felicidad, perfil humanista sin realizar algún tipo de cuestionamiento a esto y a su dirección profesional.

En su trabajo, esta misma autora plantea la dirección y evolución que comienza a tener el Trabajo Social, viéndose por lo tanto la fase de reconceptualización , donde “(...) *nacen inquietudes y tendencias que rompen con la estática profesional, pero que no dejan de ser ‘importadas’ a nuestra realidad, es decir, con esquemas o teorías que corresponden a otras necesidades ajenas a las nuestras, pero que por nuestro ‘colonialismo’ aceptamos pasivamente*” (Casá, E; 2011:13). Aquí puede observarse que comienzan a dejarse de lado las opciones particularistas en las que estaba dirigida la profesión en sus inicios, aunque a partir de la reconceptualización aún en Latinoamérica no se tiene una orientación propia a las necesidades, sino que se continúa basando en lo que son las necesidades ajenas.

En cambio, si se continúa en el tiempo se llega a lo que es la opción de poder buscar pensamientos propios, por lo tanto se lograría una consolidación y solidez de la profesión.

En base a lo que ha sido este proceso se expresa que las “(...) *funciones que le fueron atribuidas al trabajo social en el transcurso del siglo XX: función proveedora, rehabilitadora, correctiva, curativa o reparadora, asistencial, de protección social, preventiva, promocional, educativa, administrativa, planificadora, organizadora, investigadora, evaluadora de servicios, concientizadora, politizadora, movilizadora, diseñadora de políticas sociales, creadora, socializadora, etc.*” (Torres Díaz apud Casá, E.; 2011: 14).

En cambio, la perspectiva histórico-crítica está señalada como un subproducto histórico donde es un tipo de especialización para estar enmarcado dentro de la división social del trabajo y por esto en el trabajo colectivo. De acuerdo a esto se expresa que es un “(...) *un subproducto de la síntesis de los proyectos político-económicos que operan en el desarrollo histórico, donde se reproduce material e ideológicamente la fracción de clase hegemónica, cuando en el contexto del capitalismo en su edad monopolista, el Estado toma para sí las respuestas de la ‘cuestión social’*” (Montaño apud Bentura, C.;

2011: 40). Esta perspectiva está encuadrada en el desarrollo capitalista durante la fase monopolista.

Casá, E (2011) expone líneas de Iamamoto, las cuales se encuentran encuadradas en la superación de la visión endogenista. En base a esto se puede decir que se buscará avanzar hacia una orientación focalista, pudiéndose ampliar los horizontes de la profesión y con ello buscar la trascendencia del Servicio Social, no teniendo que reconocerlo únicamente en el ámbito de las clases sociales, sino observándolo más allá de esto, por lo que tiene que ir hacia un análisis más profundo de lo que implica su labor en cuanto al contexto en el que se encuentra.

Continuando en la misma línea de lo que expone una autora sobre el pensamiento de la otra, se menciona que se busca entender a la profesión como trabajo dentro de la sociedad. *“Abordar el Servicio Social como trabajo supone aprehender la llamada ‘práctica profesional’ profundamente condicionada por las relaciones entre el Estado y la Sociedad Civil, o sea por las relaciones entre las clases en la sociedad, rompiendo con el endogenismo en el Servicio Social. (..) la constitución e institucionalización del Servicio Social como profesión en la sociedad depende de una progresiva acción del estado en la regulación de la vida social, cuando pasa a administrar el conflicto de clase que en nuestra sociedad presupone la relación capital/trabajo constituida por medio del proceso de industrialización y urbanización”* (Iamamoto apud Casá, E; 2011: 17-18).

Una diferencia importante entre las perspectivas, es que la orientación histórico-crítica está dirigida a que la profesión está determinada por aquellas condiciones socio-históricas que formulan la demanda como tal y se genera un sentido a la misma, de esta forma sus funciones están asignadas, en cambio la perspectiva endogenista no está orientada de tal forma, sino que los profesionales (como se mencionó en la exposición de tal perspectiva) se enciernen con sus funciones difusas.

Netto en cuanto a esta última perspectiva (histórico-crítica) expresa y la que *“(...) la profesionalización del Servicio Social no se relaciona decisivamente a la evolución de la ayuda, a la racionalización de la filantropía, ni a la organización de la caridad, se vincula, por el contrario a la dinámica de la organización monopólica”* (Netto, J. P; 1992: 68). Esta cita deja en evidencia a su vez las diferencias que se exhibieron.

Para continuar con el tema sobre el origen de la profesión y salir del ámbito de las perspectivas, Bentura, C (2011) habla de que esta labor se encuentra vinculada al proceso de medicalización de la sociedad, de esta forma se hallan lo que son las estrategias higienistas. *“El estilo de pensamiento científico-natural se corporativiza en la institución médica, desde donde será definido como una forma infra-estructural de poder estatal en la práctica del higienismo”* (Acosta apud Bentura; 2011: 50).

En su momento ciertas enfermedades necesitaban de un inspector que debía asistir al domicilio del individuo y así poder dar ciertas indicaciones orientadas a la salud y la sociedad, esto deja entrever qué es lo que antecede a las visitadoras sociales.

Podían ir observándose a lo largo del tiempo los cambios en cuanto a las calificaciones que iban teniendo: enfermeras visitadoras, las visitadoras sociales, asistentes sociales, trabajadoras sociales. *“(…) si bien las primeras formas que fueron asociadas al Servicio Social se corresponden con instituciones de caridad [...] rápidamente el Estado con su gestión de las respuestas a las demandas sociales tuvo un papel central en el armado de una sociedad ‘hiperintegrada’. Y es en el marco de este proceso donde se constituyen prácticas sociales fuertes y se ampliarían los procesos de medicalización donde se habilita el proceso de profesionalización del Servicio Social”* (Ortega apud Bentura, C.; 2011: 53).

De esta forma es que se puede observar el transcurso de la profesión, sus primeros vínculos y orientaciones, a la vez que dan sentido a cómo la podemos ver hoy.

De acuerdo a esto, en el siguiente apartado de este capítulo se tratará de analizar la profesión vinculada a la salud y más específicamente a la salud mental, pudiendo de esta forma relacionarlo con manifestaciones realizadas por los diferentes profesionales entrevistados.

### **3.2 TRABAJO SOCIAL Y SALUD-SALUD MENTAL**

Como ya se ha ido observando en el apartado anterior, el Trabajo Social desde sus inicios ha tenido un fuerte vínculo en el ámbito de la salud. El objetivo planteado

históricamente en Uruguay trabajando en esta área ha sido durante el proceso de Modernización (la sociedad del 900<sup>5</sup>).

En base a esto podemos decir que Pereira, S (2011) trae a colación palabras de Barrán, quien plantea que entre los años 1925 y 1930 los médicos comenzaron a desarrollar la iniciativa del trabajo de las visitadoras sociales, “(...) *cuero de visitadoras sociales [...] para emprender las modernas luchas profilácticas, (que concurrirían) a los lugares a vigilar el cumplimiento de las medidas higiénicas más elementales (y levantar) la ficha social [...], contando a las deficiencias en materia de vivienda, despistando los contagios y las condiciones de trabajo*” (Pereira, S; 2011: 7).

Esta autora señala que las orientaciones fundamentales estaban puestas en la observación, investigación e intervención de las instituciones sanitarias. Con esto se buscaba tener un control sobre aquellos individuos que podían ser tomados como “peligrosos” de acuerdo a la condición en la que se encontraban, éstos eran las clases populares. De esta forma se podía llegar a la vida privada de las personas y por lo tanto convertirla en pública, en base a la atención que se realizaba. Las visitadoras sociales tenían una mirada técnica sobre los individuos.

A medida que ha pasado el tiempo, la conformación de los equipos en el área de la salud ha ido variando y con ello la importancia o dirección de trabajo, a la vez que las funciones de los profesionales son diferenciadas.

Hay quienes mencionan que “(...) *en el campo médico sanitario existe un lenguaje técnico muy específico que los Asistentes Sociales no necesariamente manejan, lo que los pone en inferioridad de condiciones frente a los demás profesionales que compiten en el campo*” (Bentura, C.;2011: 37). Por esto se ven las diferencias en las profesiones que se manejan en el área de la salud, considerándose que el Trabajo Social se encuentra en desigualdad de condiciones en el hecho de la profesión misma.

De todas formas en el transcurso del tiempo, la orientación del Servicio Social también ha cambiado, ya no tiene únicamente la dirección sobre lo sanitario sino que se dirige a diferentes ámbitos de la vida de los individuos. Gradualmente la función de los

---

<sup>5</sup> Barrán, José Pedro (1989) Historia de la sensibilidad en el Uruguay. Montevideo. Ediciones de la Banda oriental.

Trabajadores Sociales siempre está dirigida hacia los individuos y con ellos trabajar diversas problemáticas.

Sosa, M<sup>o</sup> (2010) señala que ha pasado mucho tiempo y los cambios en el Servicio Social y sus funciones han sido muchas, el lograr la interdependencia técnica trabajando en diferentes organizaciones e instituciones dejan ver tales avances. Esta autora destaca el respeto y reconocimiento de la mayoría de los profesionales con quienes se debe intervenir en las diversas situaciones sociales.

Esto nos lleva a lo que se ha venido exponiendo en los capítulos anteriores, fundamentalmente en el capítulo segundo, donde se dio cuenta de la importancia de los trabajos en equipos, perfilándose y buscándose en todo momento el trabajo interdisciplinar.

En este sentido se puede hacer mención a lo que señala una de las Psiquiatras<sup>6</sup> entrevistadas.

*“(...) la Trabajadora Social es fundamental, enriquece desde las redes sociales y esto redundando en la salud del chico, la chica (...)”*

Con esto podemos resaltar la importancia de la profesión vista desde otros profesionales, siendo una conexión a su vez con otras instituciones debido a su labor.

Para continuar, Sosa, M<sup>o</sup> (2011) expresa que el Trabajador Social tiene un desafío continuo desempeñando sus funciones en diferentes equipos de salud mental, ya que no se dirige únicamente al individuo que allí se encuentra, sino que trabaja (en equipo) con situaciones familiares.

En base a esto, nuevamente podemos traer a colación palabras de una de las profesionales que ha sido entrevistada, en este caso otra de las Psiquiatras<sup>7</sup>:

*“Quizá el que hace el enlace mayor con la comunidad es el asistente social, que es el trabaja más intramuros y ta, en la que en las coordinaciones, hace la unión de las otras disciplinas, por el nivel de*

---

<sup>6</sup> Psiquiatra de Policlínica Maracaná Sur

<sup>7</sup> Psiquiatra de adultos-coordinadora IINVE 18

*intervención y por esta cuestión de más de una visión diferente digamos de su disciplina”.*

En conexión con la cita anterior, puede ser presentada una expresión dada por profesional entrevistada:

*“(…) ahora es el técnico que justamente desde esa visión social de esta persona de esta familia, trata de hacer puentes con la sociedad [...] va la Trabajadora Social con una especie de escáner, a hacer una especie de mapa de ruta para esta familia, para este paciente”<sup>8</sup>.*

En base a estas menciones podemos resaltar la importancia de la labor del Trabajador Social, en nuestro caso, en el ámbito de salud mental.

Es tomado como el profesional que media a la persona que ha sido atendida en el lugar de referencia y/o su familia con profesionales del lugar o con otras instituciones. A su vez es considerado como el profesional que realiza un estudio amplio de los diferentes ámbitos de la vida de la persona y/o familia, lo cual permite obtener mayores insumos e información que deja desarrollar posibilidades de trabajo para con las personas y/o su entorno.

De acuerdo a esto podemos mencionar las palabras de Sosa, M<sup>o</sup> (2011):

*“La intervención del Trabajador 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 éste” (Sosa, M<sup>o</sup>; 2011: 21).*

La cita expuesta destaca la importancia que tiene el profesional indagando (como ya se mencionó) en todos los aspectos de la vida del individuo, ya que pueden existir fuertes influencias en la persona desde su contexto y espacio de convivencia.

Creo conveniente recalcar, que es importante el trabajo con los demás profesionales abordando la situación que corresponda, ya que permite ampliar la

---

<sup>8</sup> Psiquiatra de Policlínica Maracaná Sur

información al respecto de tal situación. Esto nos lleva a lo expuesto en el capítulo anterior sobre el trabajo interdisciplinar o multidisciplinar.

El presente capítulo se encuentra vinculado al anterior, y tiene una conexión con el capítulo primero, la autora Sosa expresa “(...) *que la pertinencia del Trabajador 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 promueva de la heterogeneidad, reconociendo y aceptando diferencias*” (Sosa; M°; 2011: 20).

Los profesionales del área deben ser capaces de trabajar con estas cuestiones que los atraviesan constantemente, lo que es visto como normalidad y patológico, esto debe ser abordado desde las diversas miradas buscando complementarse en algún punto, lo cual nos conduce a lo que se ha venido desarrollando a lo largo del trabajo.

De esta forma tanto Trabajador Social como los demás profesionales que se encuentran insertos en el área de salud mental, expresan que deben ir en pro de los individuos, buscando trascender lo que existe como normalizado para poder aportar a la salud, y en nuestro caso a la salud mental. Aquí se ha destacado el trabajo integral con la comunidad, ya que no son individuos aislados con los que se trabaja, sino personas que se encuentran en un espacio, vinculado a la familia, amigos, compañeros.

El trabajo en un espacio comunitario permite vincularse con la colectividad, trabajar con ella y no aisladamente con individuos, que todos los profesionales tengan la posibilidad de interactuar con la población, trasladar y aportar a los demás profesionales, generándose la posibilidad de abordar integralmente a los individuos y a la sociedad en general.

## **REFLEXIONES FINALES**

El proceso de abordaje del trabajo final ha sido largo. La deconstrucción del tema fue variando en la medida que se fue realizando el proyecto, de acuerdo a cómo poder trabajar la salud mental desde los profesionales y ámbitos comunitarios. Aunque se produjeron esas variaciones, la salud mental y los profesionales se encontraban presentes en todo momento.

De acuerdo a esto, finalmente se concluyó el tema a abordar en la monografía: “Profesionales que trabajan en Policlínicas barriales de salud mental y la importancia de un trabajo integrado”.

En base a este tema lo que se buscó fue orientarnos al trabajo de los profesionales en el ámbito de la salud mental, pero teniendo una base en las Policlínicas barriales, considerando que es un espacio donde se permiten otros objetivos sobre la población, sin dejar de lado la importancia que se genera el trabajar en equipo, de forma integrada, y por esto se plantea en uno de los capítulos el tema de la interdisciplinariedad.

A lo largo de la monografía se busca deconstruir aspectos que se consideraron importantes para abordar el tema, sin dejar de lado la metodología que sería empleada (analítica-descriptiva). La base estaría puesta en el análisis bibliográfico pero teniendo un apoyo en entrevistas que ya habían sido realizadas y otras que se realizaron nuevas.

Considero importante resaltar el tema de las entrevistas realizadas en el año 2012 ya que fueron las que permitieron que pudiera acercarme al tema de lo que es tal monografía de grado.

Para comenzar con la tesis, el primer capítulo comienza con una exposición sobre la salud y la salud mental, con ello se trata de abordar la forma integral de ambos conceptos para poder concebir que son pertenecientes uno al otro, que no deben ser tomados como diferentes o separados. La salud mental es parte de la salud en general, por ello cuando se trabaja con la salud, también se aborda la salud mental.

Son diversos los aspectos que pueden afectar, como ser el contexto socio-cultural e histórico. A medida que el tiempo va pasando no son las mismas cuestiones que interfieren en la vida de los individuos y del contexto que con él se vincula. De

acuerdo a esto la salud y la salud mental tienen afecciones nuevas, ya que hay cambios en el proceso de los individuos y los aspectos que interfieren en los mismos no son los que se observaban en tiempos atrás.

Enraizado a esto viene el tema de la normalidad y la patología, ya que son consideraciones que se tienen en cuenta sobre el tema antes mencionado.

Se me presentan algunas preguntas como ser, ¿qué tan “normales” somos los individuos humanos?, ¿hay aspectos que hacen que seamos seres que nos encontramos dentro de la normalidad y no con patología?, ¿las personas somos seres que podemos concretar la salud y la salud mental en todos sus ámbitos?, ¿la patología en algún punto se encuentra fuera de las personas?

Estas son preguntas que se me han ido generando. De acuerdo a ellas y buscando respuestas, de acuerdo a mi punto de vista somos seres que en algún lugar de nosotros existe algún tipo de patología, y no somos seres completamente “sanos”, tampoco que esto tenga que ser tomado como una cuestión de gravedad, sino que son tantos los aspectos que interfieren en nuestra vida diaria que terminan desencadenando algún tipo de consecuencia en nosotros.

La completa salud y salud mental es algo que es cuestionado, y por ello es que existen tantas definiciones al respecto de estos términos, tantas críticas, porque las perspectivas van variando así como las influencias en el contexto y en los individuos.

A la vez, todo esto viene conectado con lo expuesto en el último punto del capítulo uno.

El proceso de trabajo en la salud y en la salud mental se ha ido transformando, los procesos de cambio han ido generando un trasfondo de actuación al respecto.

No sólo depende de cómo en el tiempo se van observando las variaciones, sino que a su vez depende de los recursos con los que se cuenta para abordar el tema.

Se requiere trabajar desde diversas ópticas, ya que como se ha dicho no es un único aspecto el que interfiere en las personas, sino que es complejo viéndose desde lo social, cultural, biológico, histórico.

Continuando con el segundo capítulo nos dirigimos a los equipos comunitarios y el trabajo interdisciplinar/multidisciplinar.

En este apartado se busca mencionar la importancia que tiene el trabajo en equipo, y esto puede ser visto no solo en área de salud mental, sino que en todas las áreas donde trabajan muchos profesionales.

El trabajo comunitario desde mi punto de vista es realmente de importancia, ya que es el trabajo que ha permitido que los profesionales se vinculen directamente con la comunidad, brindando el espacio de que la sociedad se comunique con ellos.

Justamente el objetivo de los equipos comunitarios es éste, pero nos podemos preguntar si realmente se cumple tal cuestión. En las entrevistas que se realizaron, puedo entender que es realmente importante el poder llegar a la comunidad, y cómo la población entiende que los profesionales se encuentran ahí para trabajar con ellos.

Son un punto importante de referencia ya que como lo explican los profesionales entrevistados, llegan a ellos por diversas demandas y diferentes razones.

De acuerdo a esto se considera que trabajar interdisciplinariamente es importante, ya que no se aborda a individuos aislados, sino que son personas que se encuentran en sociedad, por lo cual creo que tiene complejidad el punto último, esto debido a que son muchas las cuestiones que pueden estar influyendo en el individuo para que éste vaya a consultar, o que lo hagan personas allegadas a él. Puede suceder que no sea el individuo mismo quien se dirija hacia los profesionales, sino que pueden ser personas que están en vínculo con él.

El intercambio y búsqueda de abordaje integral es importante ya que con la visión complementaria de todos los profesionales en conjunto, ayuda a que el trabajo con la situación sea desde diversas ópticas y por tanto se pueden tener varias opciones de trabajo, así como diferentes factores que influyen.

Diferencia importante considero que hay que realizar entre la interdisciplina y multidisciplina, ya que son dos orientaciones de trabajo diferentes, pero que muchas veces cuando se pregunta a los profesionales desde un inicio cómo es su labor, tienen una orientación a afirmar que trabajan interdisciplinariamente, pero a la hora de expresar cómo se enfocan desde una mirada interdisciplinaria, creo que termina siendo

una confusión con la multidisciplinariedad. No es que en todos los equipos suceda lo mismo, pero si en varios.

Esto es lo que personalmente he visto y que para mí se da de este modo. Considero que es un objetivo que se quiere cumplir, pero que en definitiva es complejo de realizar. Tal vez tiene que ser un proceso donde tengan que ir poco a poco para poder llegar a un trabajo de esa forma. Esto es algo que se me ha ido presentando a lo largo del proceso de realización de la monografía, leyendo y vinculando entrevistas con la teoría.

Algo que también se puede presentar es que no todo lo que se señala desde la teoría se tiene que observar tal cual en la práctica. Teóricamente se extrae el deber ser, cuestión que visualizada la realidad se presenta la misma de forma más compleja. Siendo así, puede ser otra de las razones por las cuales no se ve la interdisciplina como se la estudia.

Enrabadado a esto tenemos la actuación de los Trabajadores Sociales, ya que son parte de los equipos de trabajo que abordan la salud mental.

En un inicio se plantea la cuestión del origen de esta profesión y las orientaciones que tiene, esto permite ver las perspectivas que se pueden tener, sin decir que son inválidas, ya que cada una tiene sus respectivas justificaciones.

En definitiva el Trabajo Social tuvo sus inicios en el ámbito de la salud, aunque en el correr del tiempo esto fue variando.

Hoy en día esta profesión es vista en muchas áreas, entre ellas en la salud, y dentro de ella en la salud mental.

El planteo de los profesionales entrevistados es que es de suma importancia el trabajo de los Trabajadores Sociales, siendo quienes en ocasiones son los que median entre otros profesionales, redes, instituciones, organizaciones y los individuos y/o familias.

No busco dejar de lado las demás profesiones ya que considero que son realmente importantes para abordar todas las situaciones. De acuerdo a esto es que se conforman los equipos, debido a la importancia de todos los profesionales.

Creo que a lo largo de la monografía se puede ir viendo específicamente lo de cada apartado desde su individualidad, aunque si se piensa en conjunto todos los capítulos tienen su conexión.

La salud mental es un área que se encuentra dentro de la salud en su amplia catalogación. Se encuentra abordada desde diversos profesionales que se están en diferentes centros, los cuales de cierta forma tienen diferentes objetivos de trabajo de acuerdo al nivel que se encuentre. Hay centros que están conformados por equipos comunitarios, donde pueden ser vistos diversos profesionales que abordan la salud mental desde lo comunitario, por lo tanto en constante interacción con el espacio en el que se encuentran.

Todos los profesionales de acuerdo a la forma de labor que realizan pueden llegar a un trabajo interdisciplinario, o no, dependiendo de cómo se conforme el contexto y las relaciones en el centro. Una de las figuras partícipes en el equipo comunitario es el Trabajador Social, considerándose que no es un profesional directamente vinculado con el área salud, pero que en la interacción con los individuos y su entorno es importante, a la vez que las diversas problemáticas que se presentan requieren de su abordaje.

De esta manera es como pienso que se da la conexión entre las unidades. Hay problemáticas que también se van produciendo en los profesionales y que han sido expresados por los mismos, siendo algo que en un futuro puede ser tema de monografía, esto es el “síndrome de burn out” o más conocido por “síndrome del quemado”. Muchos de los profesionales mencionan cómo a partir de las problemáticas que son presentadas por la población, a lo largo de su labor comienzan a influir en sus cuestiones personales, por lo cual deben ser atendidas. Aunque señalan que esto no es atendido desde el ámbito mismo de la salud en el que trabajan. De todas formas esta es una cuestión que puede ser abordada en otro momento.

Considero oportuno poder resaltar que la monografía me permitió ampliar más mis conocimientos al respecto de la salud mental, de los equipos de trabajo, de la interacción con la comunidad, del ir y venir para poder buscar las mejores soluciones a las problemáticas que se presenta, sin ser únicamente partícipes los profesionales, sino que pudiendo dejar espacio a la población involucrada.

## **BIBLIOGRAFIA**

**Ander – Egg, Ezequiel.** (1988). *“Trabajo social e interdisciplinariedad”*. Editorial Humanitas. Buenos Aires, Argentina.

**Antunes, Ricardo.** (2005). *“Los sentidos del trabajo: ensayo sobre la afirmación y negación del trabajo”*. Buenos Aires: Herramienta: Taller de Estudios Laborales.

**Apostel, Leo; et al.** (1983). *“Interdisciplinariedad y ciencias humanas”*. Madrid: Tecnos: UNESCO.

**Becerra de Ledesma, Rosa María; Kenell, Beatriz.** (2008). *“Elementos básicos para el trabajo social en salud mental”*. Buenos Aires: Espacio.

**Bentura Alonso, Celmira.** (2011). *“Salud y trabajo social: ¿un campo social envejecido?”*. Saarbrücken: Editorial Académica Española.

**Bentura, José Pablo; Sarachu, Gerardo.** (2001). *“¿Adónde va el Servicio Social? Anotaciones para una crítica en la formación profesional”*. En Revista Regional de Trabajo Social N° 23. Editorial Eppal.

**Cabezas Laffitte, Natalia.** (2008). *“La atención a la salud mental en el marco del proceso de reforma del sistema de salud”*. Montevideo: UR. FCS-DTS.

**Canetti, Alicia; et al.** (1996). *“Salud mental en atención primaria de la salud: evaluación de los impactos de una praxis interdisciplinaria a nivel poblacional”*. Montevideo: Oficina del libro AEM.

**Canguilhem, George.** (1971). *“Lo normal y lo patológico”*. Buenos Aires: Siglo XXI.

**Carballeda, Alfredo Juan Manuel.** S.d. *“Lo social y la salud mental: algunas cuestiones preliminares”*.

**Carballeda, Alfredo Juan Manuel.** (2002). *“Los nuevos escenarios y la intervención del trabajo social”*. Buenos Aires: Espacio.

**Casá, Evangelina.** (2011). *“La producción de conocimiento en Trabajo Social: la necesidad de vincular la actividad investigativa en el ejercicio profesional cotidiano”*. Facultad de Ciencias Políticas y RR II – Escuela de Trabajo Social. Universidad Nacional de Rosario.

**Del Castillo, Renée; Villar, Mariana; Dogmanas, Denisse.** (2011). *“Hacia una rehabilitación psicosocial integral en el Uruguay”*. Psicología, Conocimiento y Sociedad – 4 - Monográfico.

**De León, Daysi.** (2014). *“Discapacidad y violencia intrafamiliar: una mirada sobre los mecanismos de producción y reproducción de la violencia en hogares con niños/as en situación de discapacidad”*. Departamento de Trabajo Social.

**Fontecha Fresno, Marisol.** (1993). *“La salud mental también se aprende: intervención desde un modelo integrado”*. Madrid: Pirámide.

**Kazi, Gregorio; Ajedrez, Margarita.** (2008). *“Salud mental. Experiencias y prácticas”*. Buenos Aires: Espacio Editorial: Ediciones Madres de la Plaza de Mayo.

**Malacalza, Susana.** (2009). *“Escenario social complejo: la construcción interdisciplinaria de la intervención”*. La Plata: De la campana.

**Martínez, Silvana; Agüero, Juan.** (2009). *“Trabajo Social en tiempos de globalización y profundas desigualdades sociales”*. En Revista Regional de Trabajo Social N° 47. Editorial Eppal.

**Mourao Vasconcelos, Eduardo.** (1997). *“Serviço Social e interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental”*. En: Serviço Social & Sociedade. Brasil. N° 54.

**Netto, José Paulo.** (1992). *“Capitalismo monopolista y servicio social”*. Editorial Cortez. Sao Paulo.

**Pastorino Etcheberry, Gerardo.** (1999). *“El necesario desafío del trabajo interdisciplinario en el campo de la salud mental mediante la conformación de equipos con la inclusión de trabajadores sociales”*. Montevideo: UR. FCS-DTS.

**Pereira Canto, Silvia Marina.** (2011). *“El rol del Trabajador Social en el Primer Nivel de Atención”*. Montevideo: UR. FCS.

**Ramírez de Mingo, Isabel.** (1992). *“El Trabajo Social en los servicios de la salud mental”*. Madrid: EUDEMA.

**Romano, S; Novoa, G; et al.** (2007). *“El trabajo en Equipo: Una mirada desde la experiencia en Equipos Comunitarios de Salud Mental”*. Revista de Psicología de Uruguay.

**Salleras, Luis.** (1990). *“Educación sanitaria: principios, métodos y aplicaciones”*. Editorial Díaz de Santos. Madrid.

**Silva, Cecilia.** (2007). *“Salud Mental en el contexto contemporáneo. Un enfoque analítico que retoma lo social como totalidad histórica que trasciende los patrones de la medicalización”*. Departamento de Trabajo Social.

**Sosa, María del Carmen.** (2010). *“Salud mental: la importancia del abordaje interdisciplinario a través de los equipos comunitarios de salud mental. Problemas y potencialidades”* Departamento de Trabajo Social.

**Techera, A.; Apud, I.; Borges, C.** (2009). *“La sociedad del olvido”*. Edición CSIC-Universidad de la República.

**Torres, Laura María.** (2003). *“Salud mental y trabajo social. La cronicidad psiquiátrica y sus determinantes estructurales”*. En Revista Regional de Trabajo Social N° 27. Editorial Eppal.

## **WEB**

**Olaya, Álvaro; Franco, María Cristina.** (2003). *“Hacia un plan Operativo de Salud Mental para Antioquia”*. Disponible en: <http://www.disaster-info.net/desplazados/informes/ops/planopant2003/>.

**Sierra, H.** (1998). *“Salud Mental y Fin de Siglo”*. Conferencia dictada en la ciudad de Rafaela, el 27 de Setiembre de 1998. Disponible en: <http://www.monografías.com/trabajos/smenfins.shtml>.

## **FUENTES DOCUMENTALES**

**Ministerio de Salud Pública.** (2011). *“Plan de implementación de prestaciones en salud mental en el sistema nacional integrado de salud”*. Disponible en: [http://www.bps.gub.uy/innovaportal/file/8117/1/salud\\_mental\\_plan\\_nacional\\_junio.pdf](http://www.bps.gub.uy/innovaportal/file/8117/1/salud_mental_plan_nacional_junio.pdf).

**Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social.** (2004). *“Búsquedas del trabajo social latinoamericano: urgencias, propuestas y posibilidades”*.