



Universidad Nacional de Rosario

Facultad de Ciencias Políticas y Relaciones Internacionales

“Trabajo Social y Salud Mental. Hacia la jerarquización de la intervención profesional”

María Florencia Beltramino

Licenciatura en Trabajo Social

Legajo: B- 2385/1

Correo Electrónico:

florenciabeltramino21gmail.com

Directora: Lic. Alejandra Pereyra

Rosario, noviembre de 2019

Agradecimientos:

En el final de este hermoso transitar universitario, quiero agradecer en primer lugar a mi hermano Juan, a quien quiero y admiro mucho, y quien me hizo conocer esta bellísima profesión.

A mi papá Omar, por darme la posibilidad de estudiar y siempre sostenerme y alentarme a que siga en la facultad.

A quienes ya no están, mi mamá Liliana, pero su recuerdo y sus palabras viven en mí, y mi dulce abuela Laura, la persona más incondicional que tuve en mi vida.

A mi compañero Emiliano, por caminar junto a mí todos los días, por darme su abrazo contenedor, porque al final del día su amor es un golpe de vitalidad que sana, alivia, que me hace feliz.

A las amigas que me dio la FCPOLIT, hermosas personas que me aliviaron la carga, con quienes compartí risas, nervios, llantos, enojos, alegrías y mucho más. Sé que la vida nos volverá a juntar pronto.

A los amigos que tengo en casa, que me eligen y los elijo, y de alguna u otra manera siempre están.

Por último, pero no menos importante, a mi profesora Alejandra Pereyra, quien compartió conmigo su inmenso saber, me orientó, asesoró y acompañó en este trabajo. Sin ella esto, definitivamente no hubiese sido posible.

Me enorgullece haber transitado por la Universidad Pública, me enorgullece haber elegido esta profesión que no sólo me enriqueció en cuanto a formación universitaria, sino fundamentalmente en calidad humana.

Como profesional, seguiré luchando por una patria NACIONAL, POPULAR, DEMOCRÁTICA Y FEMINISTA.

¡Viva la Educación Pública!

Gracias, Flor.

Índice:

AGRADECIMIENTOS.....	2
TEMA.....	5
FUNDAMENTACION.....	7
OBJETIVOS.....	10

CAPITULO 1: La transformación del campo de la Salud Mental

a- Perspectivas teóricas: Salud mental y Derechos Humanos.....	11
b- Sobre la historia del campo Salud Mental en Occidente.....	13
c- La Salud Mental en Argentina.....	24

CAPITULO 2: Trabajo Social en el campo

a- Conceptos clave para el análisis del Trabajo Social en Salud Mental.....	29
b- Incorporación del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental.....	33
c- Institución de referencia: CRSM “Dr Agudo Avila”.....	38
d- Aportes del Trabajo Social en el Campo.....	40

CAPITULO 3:

a- Marco de Análisis de Datos.....	47
b- Notas metodológicas.....	49
c- Trayectorias profesionales.....	50
d- Sobre la Institución y la Interdisciplina.....	53
e- Sobre la especificidad de la profesión en el campo.....	55
f- Trabajo Social en el organigrama.....	58

CAPITULO 4: Conclusiones

a- Discusiones y disputas institucionales	60
ALGUNAS REFLEXIONES FINALES.....	65
BIBLIOGRAFÍA.....	70
ANEXOS.....	73

Tema

El presente TIF es realizado para completar los estudios de la carrera “Licenciatura en Trabajo Social” de la Universidad Nacional de Rosario. Tiene por finalidad analizar y describir cómo participan los profesionales de Trabajo Social en los equipos interdisciplinarios que abordan la problemática de Salud Mental en hospitales monovalentes. Posteriormente, se buscará problematizar dicha participación para identificar las posibilidades de consolidación y jerarquización de la profesión de Trabajo Social en los espacios que brindan los dispositivos específicos de la política pública de Salud Mental en la Provincia de Santa Fe, partiendo de la siguiente premisa: la interdisciplina, como categoría de trabajo que entiende que los fenómenos sanitarios son de origen multicausal y por ende resulta más adecuado que sean abordados por un equipo de múltiples saberes y profesiones, es aún incipiente y trae aparejadas grandes dificultades. Dicha categoría implica poner a jugar y a dialogar marcos conceptuales, estrategias metodológicas, alcances de las intervenciones, incumbencias específicas e instancias de encuentro donde se puedan llegar a establecer nuevas modalidades de abordaje. Al tratarse la nuestra de una profesión que se inserta hace poco tiempo en dispositivos consolidados y con una larga historia, aún prevalece un momento donde se hace necesario el mutuo conocimiento, con una modalidad de trabajo más bien compartimentado. Además, particularmente el Trabajo Social se enfrenta a cierta falta de claridad por parte de otras disciplinas en relación a la especificidad profesional de la función en Salud Mental, al tratarse de un campo hegemonizado por lo “PSI”. “En distintos ámbitos, entre ellos los hospitales monovalentes o dispositivos intermedios, prevalece una representación del servicio social o de sus profesionales como “gestores de recursos”, desconociéndose, muchas veces, tanto el recorrido académico de la profesión, como sus incumbencias específicas. Esta visión anacrónica del Trabajo Social dificulta la posibilidad de incorporar a esta profesión en otras intervenciones diferentes a la mera gestión.” (Lobos y Palazzo, 2012, 10).

Situación que es a priori, responsabilidad del colectivo profesional que en nuestro intervenir cotidiano hemos generado en otras profesiones esta visión de nuestro quehacer profesional.

En principio, este trabajo puede parecer una propuesta difícil de abstraer: cada profesional imprime a su trabajo singularidades propias de su marco ético-político y del momento subjetivo que atraviesa, entre otras cosas. Sin embargo, la premisa de este desarrollo no es realizar una abstracción general, totalizadora y definitiva, sino más bien valerse de indicadores cualitativos para un acercamiento a algunas pautas y condiciones de trabajo que muestre un patrón o algunas regularidades que nos permitan un acercamiento a la comprensión amplia de los procesos de trabajo de los y las profesionales al interior de los espacios interdisciplinarios que abordan la problemática de salud mental. Una vez reconstruidos dichos procesos de trabajo de los profesionales y el marco en el que se producen, se cuestionará y profundizará en cuáles son los límites y posibilidades que brinda la formación académica para la jerarquización de la profesión en el campo de la salud mental, y por qué no, ampliar el abanico de posibilidades de inserción laboral en el campo de la salud mental.

Palabras claves: intervención profesional- salud mental-trabajo social

Fundamentación:

En el campo de la Salud Mental, la hegemonía del saber médico-positivo, principalmente, de la Psiquiatría, tiene una larga historia que se remonta a los inicios mismos de dicha disciplina. Sin embargo, progresivamente aparecieron movimientos y tensiones que pudieron ir logrando la irrupción de otras disciplinas que pudieron ganar lugares en los espacios destinados al abordaje de la salud mental y en la planificación de la política pública de los Estados dirigida a este campo.

Esta situación pudo ser enmarcada formalmente a partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657, que dejó sin efecto la Ley 22.984 y significó una ruptura, que supuso un cambio de paradigma en la manera en la que el Estado concebía al campo de la salud mental y a los usuarios del sistema. Las categorías fundamentales que irrumpen son la atención integral y la concepción de la salud mental como un Derecho Humano.

Ahora bien, las transformaciones profundas jamás son sencillas, y el ejercicio normativo de sancionar y reglamentar una ley pocas veces es suficiente para que el marco formal pueda materializarse en algo concreto. El campo de la Salud Mental viene siendo escenario de fuertes disputas de sentido y poder: los habitus institucionales tienen el respaldo de años de historia operando de una manera definida. (Bourdieu:1996, p.21)

Se entiende el concepto de campo como *“...una red o una configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Estas posiciones están objetivamente definidas, en su existencia, y en las determinaciones que imponen sobre sus ocupantes, agentes o instituciones, por su situación presente y potencial en la estructura de distribución de especies del poder (o capital)”*. (Bourdieu:2005, p. 150)

Y en esta tensión, aparece la figura del/a Trabajador/a Social como partícipe de los equipos Interdisciplinarios. Al igual que en el campo de Salud, en el Campo de la Salud Mental ¹ la hegemonía del saber médico en general y de la Psiquiatría en particular desemboca en varias dificultades para la ejecución del trabajo de los colegas: falta de recursos, asignación desigual de tareas, menor cantidad de profesionales de Trabajo Social es puestos gerenciales o de

¹ A los fines analíticos, distinguimos SALUD MENTAL como un campo distinto del de salud, pero ambos pertenecen a un mismo campo.

coordinación. Frente a esto, la finalidad de este TIF es describir y analizar **cómo participan los profesionales de Trabajo Social en los equipos interdisciplinarios** que abordan la problemática de salud mental en los hospitales monovalentes, realizando un recorrido profundo para acercarse a la comprensión de los procesos al interior de los espacios destinados al tratamiento de los padecimientos subjetivos en relación a la práctica de los trabajadores sociales: explorar y describir estas prácticas y desarrollar propuestas que permitan superar los límites y obstáculos y explotar las posibilidades de nuestra carrera con respecto a la jerarquización de la misma. En función de esto se proponen tres momentos de trabajo: **una primera instancia**, de recopilación bibliográfica en donde se delimitan las corrientes de pensamiento que enmarcan el desarrollo posterior del campo, tanto desde un punto de vista teórico como histórico, tomando como recorte la historia del campo en Occidente y posteriormente en Argentina.

Un segundo momento, donde el foco estará puesto en definir la cuestión disciplinar del Trabajo Social, poniendo en juego ejes conceptuales de trabajo en relación a la vida institucional del Centro Regional de Salud Mental “Dr. Agudo Ávila”, con la premisa de problematizar al Trabajo Social como profesión que interviene en el campo sobre todo a partir de la irrupción de una categoría fundamental: la interdisciplina.

Un tercer momento, que refiere a la construcción de evidencia empírica que permita comprender y explicar la cotidianeidad de los procesos de trabajo de colegas en este campo. Aquí se buscará indagar en profundidad en la unidad de análisis: el Centro Regional de Salud Mental “Dr. Agudo Ávila”, con la premisa de que para acercarse a conocer la realidad es necesario mirar los fenómenos desde la óptica de diversos actores. En función de esto, nos proponemos describir los espacios de intervención a partir de los relatos y de los datos numéricos en cuanto a la conformación de los equipos. La técnica elegida es la entrevista etnográfica en profundidad. Además, se utilizarán algunas cuantificaciones para acompañar el desarrollo de los indicadores cualitativos: la cantidad de Trabajadores Sociales por equipo, la cantidad de Trabajadores Sociales en espacios de Coordinación, etc. Con esto, se buscará la descripción-explicación de la función del Trabajo Social en salud Mental, desde la empiria y la cotidianeidad a partir de los relatos de los colegas que día

a día participan en los espacios estudiados a partir de la unidad de análisis: CRSM “Dr. Agudo Ávila”.

Por último, las conclusiones propias de todo este proceso, pensándolo con una lógica superadora: en función de los indicadores construidos y los resultados que provean, se realizará una reflexión sobre ellos y sobre la realidad actual del Trabajo Social en el campo, poniendo a jugar distintas perspectivas en relación a la profesión: la función desde la óptica normativa, el abordaje de la intervención social desde los elementos teóricos elegidos y también lo fáctico, reconstruido desde los relatos y la evidencia provista por la empiria. Un análisis que incluya estas miradas pero que las supere y tenga como horizonte desarrollar las posibilidades que abre tanto nuestra formación académica como la nueva ley, en sintonía con la centralidad de este trabajo: ¿cómo participan los profesionales de Trabajo Social en los equipos interdisciplinario que abordan la problemática de salud mental? De esta manera pondremos sobre la mesa posibilidades de acción que permitan ampliar los elementos y la participación de profesionales de Trabajo Social en espacios de coordinación y gerencia, es decir, la jerarquización de la disciplina.

Objetivo General

Conocer cómo participan los profesionales de Trabajo Social en los equipos interdisciplinarios que abordan la problemática de Salud Mental en Hospitales Monovalente: la función en la cotidianeidad de los procesos de trabajo, sus límites, y las posibilidades de intervención que presenta nuestra carrera, teniendo como institución de referencia al CRSM “Dr. Agudo Ávila”

Objetivos específicos

- Indagar de qué manera se traducen en la práctica los principales ejes propuestos por la ley Nacional de Salud Mental y sus dispositivos específicos en cuanto a la interdisciplina en general y a la función de Trabajo Social en particular tomando como unidad de análisis el Hospital Agudo Ávila
- Describir cómo están constituidos los equipos interdisciplinarios de salud mental a saber, cantidad de equipos, constitución de los mismos.
- Reconstruir, mediante instrumentos de orden cualitativo, la representación de la profesión que tienen los propios trabajadores sociales ejerciendo funciones en espacios de trabajo en un hospital monovalente, tomando como unidad de análisis el Centro Regional de Salud Mental “Dr. Agudo Ávila”
- Explorar cómo organizan las intervenciones profesionales que utilizan los trabajadores sociales al interior de sus equipos de referencia.
- Desarrollar los límites y posibilidades de la profesión al interior de los equipos interdisciplinarios en el campo de la salud mental.

Capítulo 1: La transformación del campo de la Salud Mental

a-Perspectivas teóricas: Salud Mental y Derechos Humanos.

El posterior desarrollo se encuentra anclado en una serie de conceptos, categorías y corrientes de pensamiento que le proporcionan una base teórica sólida, progresista, y, además, con la ventaja de tener un marco formal: la ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, que proporciona un terreno sólido desde donde situarse, con la legalidad como principal escudo. Sin embargo, aun contando con un marco teórico que descansa en la legalidad, entendemos que este desarrollo propone una lectura y análisis de los fenómenos del campo de la Salud Mental que hoy en la práctica aún son instituyentes, en el sentido de que aún encuentran una firme resistencia por parte de profesionales, trabajadores, instituciones y espacios que aún se encuentran impregnados con la vieja lógica manicomial de abordaje tutelar de la salud mental, con lo cual se produce un estado de indefinición. A decir de Antonio Gramsci “Lo viejo que no acaba de morir y lo nuevo que no acaba de nacer”.(Gramsci, 1930)

La política pública relativa a la salud está definida por los parámetros y valores que una sociedad tiene en relación a lo que se entiende de categorías como “bienestar”, “salud”, “derechos”, etc. A lo largo de la historia la medicina siempre ha sido coherente con el proyecto ético-político hegemónico en un momento histórico determinado. Entonces, concebimos que la medicina es inseparable de un conjunto social situado históricamente, pues las categorías mencionadas no tienen un significado inmutable y atemporal, sino que cada sociedad en cada momento establece valoraciones propias a las pautas coyunturales de salud e higiene. En este sentido, se entiende que la salud no puede ser comprendida solamente como conocimiento científico de las enfermedades, separada de los valores de vida y bienestar que promueve. La cuestión es, por lo tanto, no la medicina y sus vertientes biológicas como disciplinas científicas, lugar de aplicación de conocimientos y técnicas rigurosas, sino el modo en que estos aspectos específicos se articulan con el conjunto social, con los modos cómo se piensa y se actúa sobre el bienestar humano. Si entendemos que la salud pública no se agota en la aplicación de medidas técnicas a problemáticas higiénicas o de enfermedades, sino que incluye como variables de riesgo cuestiones más amplias del bienestar de la gente, los problemas pueden pensarse en su totalidad: el contexto social, la cuestión habitacional, las

condiciones económicas, la incidencia de las políticas generales, la organización del trabajo y del tiempo libre, el nivel de ingresos, vivienda, etc., forman parte esencial de las condiciones de salud y el déficit en alguna de ellas permite su abordaje como variables de riesgo, pues se entiende que estas dimensiones constituyen necesidades y de no estar satisfechas aumentan significativamente el riesgo de enfermedad. Así, la intervención técnica sobre la enfermedad es solo una cara de múltiples aristas que componen la problemática de la Salud Mental y deben ser contenidas en la política pública correspondiente. (Galende,1989, p.191-194)

Sin embargo, aunque las corrientes de pensamiento hegemónicas son coherentes con una matriz productiva y social vigente, esto no implica que la formalidad normativa de un proyecto político, en éste caso la política pública de salud mental, expresada en la ley nacional de Salud Mental, necesariamente esté al servicio de oscuros intereses capitalistas. Por el contrario, el Estado y sus políticas públicas poseen grietas, que a veces dan lugar a propuestas favorables a los Derechos Humanos, como es el caso de la ley mencionada. Cabe preguntarnos qué sectores y por qué han mostrado resistencia a una transformación progresista y favorable a un abordaje humano y digno de la problemática de la Salud Mental.

Éste marco formal entonces, implica un terreno sólido donde anclarse para disputar el sentido de las prácticas en el campo de la Salud Mental, con la firme convicción de que una política pública de salud mental que sea progresista, respetuosa de la autonomía, identidad y dignidad humana es viable y que el Trabajo Social tiene la posibilidad de realizar aportes sustanciales, dentro de la interdisciplina, para darle un sentido práctico y ejecutivo a las normas que enmarcan la salud mental pero que aún estamos a medio camino a la hora de ejecutarlas y llevarlas a la práctica.

B-Sobre la historia del campo Salud-Mental en Occidente

Dicho campo no siempre fue denominado de ésta manera: para llegar al concepto “salud mental” fue necesario un gran recorrido histórico y grandes luchas, consensos, avances científicos y revoluciones académicas, transformaciones culturales y sociales, disputas y negociaciones políticas, es decir, un cambio de paradigma. Sin embargo, se entiende que éste cambio de paradigma no se dio como un proceso lineal sino lleno de rupturas y continuidades.

El devenir del campo de Salud Mental es un camino sinuoso, tortuoso, lleno de idas y vueltas, subidas y bajadas. Sin embargo, podemos distinguir cuatro momentos en tratamiento de las enfermedades mentales:

Primer momento: aproximadamente desde el año 1.100 antes de Cristo hasta la revolución francesa en el siglo XVIII, la locura fue abordada por los distintos credos religiosos que imperaban en cada territorio.

Por ejemplo, en la Europa de la Inquisición (siglo XII) las enfermedades mentales son definidas como una forma de brujería o posesión demoníaca cuyo única cura o tratamiento pasaba por la tortura o quema en la hoguera para "liberar" el alma del enfermo.

En el Siglo XIII, se crean los "Hospitales de desamparados", que constituyen organizaciones caritativas civiles y religiosas, donde los locos convivían con leprosos, delincuentes, y otros marginales. Ejemplos son el Hospital Real de Bedlam en Inglaterra y el Hospital General de la Santa Cruz en Barcelona. Acoger locos en los hospitales de desamparados no perseguía ninguna finalidad terapéutica, ni buscaba curar. Si bien en estos hospitales u hospicios se hacían cargo de la tutela de los dementes, los locos convivían en la comunidad.

La representación social de la locura de la época adviene como subsistencia nómada: los locos tenían entonces una existencia errante. Se los dejaba correr por los campos, alejados de la ciudad, cuando no eran capturados por mercaderes ambulantes para ser exhibidos cruelmente en ferias o circos. Prácticas que se acostumbraban principalmente en países como Alemania, Francia, Italia durante la primera mitad del siglo XV. *La percepción social de la locura se encuentra con la idea de alteridad pura, el hombre más verdadero e integral, experiencia originaria. (...) La división entre razón y locura es la verdad. (Amarante, P. 2006:19)*

En función de esto, los hospitales de desamparados y los santos hogares de misericordia que fueron creándose durante la época medieval perseguían el objetivo único de segregar a quienes se ubicaban en los márgenes sociales, a saber: leprosos, prostitutas, ladrones, locos, ciegos, ancianos, vagabundos y todos los que simbolizaban una amenaza al orden establecido por la Iglesia y a través de un poder Ejecutivo detentado por un Monarca.

Podemos observar, de esta manera, que éste encierro no posee una connotación de medicalización, de naturaleza patológica y si bien, el loco no se diferencia de las otras categorías marginales, para recluirlo en un hospicio había establecido un criterio de razón y desrazón, esto es, quien se encuentre en los límites de la razón gozaría de libertad y quien sobrepase a la desrazón sería confinado en el hospicio.

Segundo momento: se inaugura junto con las revoluciones capitalistas francesa (1789) Industrial (1820): a partir de este momento, los lazos sociales se determinan por la **PRODUCTIVIDAD**. Esto significa que, quienes no produzcan, serán aplastados, excluidos, medicalizados, encerrados. Surgen así los Hospitales Psiquiátricos o manicomios, donde la medicina se ubica como la única disciplina encargada de tratar la locura, a esto se lo conoce como “Hegemonía Médico Positivista”. Los hospitales psiquiátricos son instituciones totales donde el tiempo y la reproducción de la vida cotidiana son administrados formalmente en un escenario compartido por un actor dominante que es médico psiquiatra y un actor dominado que es el paciente.

En palabras de Galende: “la medicina mental como disciplina de lo psíquico, surge en el seno de la modernidad que inaugura la Revolución Francesa y se extiende hegemónicamente en Occidente, sostenida por el humanismo iluminista. Igualmente, el pasaje de la hegemonía psiquiátrica al campo de la Salud Mental como disciplina, más ligada a lo socio-político, ocurrió luego de la segunda Guerra Mundial, siendo el reflejo tanto de una nueva concepción del daño psicológico como de una nueva conciencia social surgida de la crisis del individualismo humanista (burgués) que ha de poner más el acento en las dinámicas grupales y comunitarias.” (Galende E, 1990, p. 86)

Para el siglo XVIII, momento en que se produce la Revolución Francesa, estos establecimientos estaban distribuidos en toda Francia. Entonces, emerge la figura de **Philippe Pinel**, un médico francés del Hospital Bicetre representante de todas estas transformaciones, quien afirmó que las enfermedades mentales derivan de alteraciones patológicas del cerebro y que no es posible comprender las enfermedades sino descomponiendo cada fenómeno y llevándolo al origen de las lesiones orgánicas, logrando poder sustraer a los alienados que se encontraban reclusos en el hospital. Pinel logró plasmar su

disciplina a través de tres grandes pilares:

- **La Legalidad**, a través de la sanción de la Ley N°1838, una ley que contiene disposiciones que se refieren a la apertura, organización y régimen interno de los establecimientos para alienados, tanto públicos como privados, como igualmente a la fiscalización oficial de los mismos; se ocupa del procedimiento para internar dichos enfermos. Pero los puntos básicos de esta ley lo constituyen la existencia obligatoria en todos los departamentos de establecimientos oficiales para alienados. La misma establece en su artículo II total autonomía al Poder Médico Psiquiátrico y al Poder Judicial para definir la reclusión de un paciente. (Morra L., 1915, p.10)

A su vez, reglamenta dos categorías de internaciones psiquiátricas: las reclusiones voluntarias y las ordenadas por la autoridad administrativa o de oficio.

- **El Hospital Psiquiátrico:** como explicamos anteriormente, el mismo es una institución total, esto es, al decir de Goffman (2009) *“un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro, una rutina diaria, administrada formalmente”*

En un principio, como hemos mencionado en el relato anterior, la institución hospitalaria tenía la función de hospedar, amparar, recoger a las poblaciones heterogéneas, marginales y vulnerables de la sociedad. Si analizamos su etimología *hospital* proviene de *hostal*, *hotel*, *hostal*. Era, en sus orígenes, una institución, eminentemente filantrópica y de caridad y nada tenía que ver con la medicina y el cuidado de la salud.

Durante la segunda mitad del Siglo XVII, lo que anteriormente llamamos desrazón, va paulatinamente, perdiendo asidero y el alienado ganando terreno, entonces, como criterio para identificar al loco frente al sano en el orden social. Este es el camino práctico/discursivo de la institucionalización de la enfermedad mental en el hospital, como objeto de conocimiento y fundador del saber y la práctica psiquiátrica. Según Foucault, a través de la acción sistemática y dominante de la disciplina y de la organización, la medicina se convirtió en la práctica científica sin *e qua non* del hospital.

El hospital psiquiátrico inaugura prácticas centradas en el encierro,

estructurando el vínculo entre la medicina y la hospitalización, sostenida por un poder institucional con un nuevo mandato social: la asistencia y la tutela.

- La construcción de un **imaginario social** respecto de la locura que la asocia al peligro social.

La caracterización del loco como personaje que representa un riesgo y un peligro para la sociedad inicia la institucionalización de la locura por la medicina y el ordenamiento del hospital exclusivamente por dicha disciplina profesional: el médico pasa a dominar completamente al alienado. En relación a esto, Barros siguiendo Foucault explica “la noción de peligrosidad social asociada al concepto de enfermedad mental, formulado por la medicina, propició, una superposición entre castigo y tratamiento, una casi identidad del gesto que castiga y aquel que trata” (Barros, 1994, p. 34). El loco, al adquirir este carácter de peligroso, pierde su autonomía y obtiene una relación completamente tutelar respecto del médico, práctica que se vuelve constitutiva del manicomio.

Esto puede resumirse con la siguiente ecuación que logra instalarse en la sociedad donde rige la hegemonía médica positivista:

LOCURA=PELIGROSIDAD=ENCIERRO.

Durante la segunda mitad del Siglo XVII, el concepto “desrazón” va perdiendo asidero como parámetro para diferenciar al “loco” frente al sano. Simultáneamente gana terreno la noción de “alienado”. Éste es el camino práctico/discursivo de la institucionalización de la enfermedad mental como objeto de conocimiento y fundador del saber y la práctica psiquiátrica. Según Foucault, a través de la acción sistemática y dominante de la disciplina y de la organización, la medicina se convirtió en la práctica científica *sine qua non* del hospital.

Castel explica que la “tecnología de Pinel” dispone que la enfermedad es un problema de orden moral y por lo tanto el tratamiento para ésta debe ser de la misma índole (Castel R, 1978, p 78). Ordenando el espacio a partir de las diferentes “especies” de alienados que existen, Pinel plantea que el aislamiento es la herramienta principal del mismo, para poder observar a sus pacientes, describir sus síntomas y organizar el espacio de la institución asilar. Según Castel: “la enfermedad se desdobra por reagrupamiento-diversificación de sus síntomas, inscribiendo en el espacio hospitalario tantas subdivisiones como lo son los grandes síndromes comportamentales que presenta (...) Se funda una

ciencia a partir del momento en que una población de insanos es clasificada: esos reclusos son efectivamente enfermos, pues desfilan síntomas que sólo resta observar” (Castel R, 1978, p 83). Para llevarlo adelante, lo reglamenta a través de la disciplina, el orden y la vigilancia permanente, con un estilo semejante al sistema carcelario, puesto que, si bien Pinel “libera a los locos de las cadenas”, esto no significa que ellos se inscriban en un espacio real de libertad, sino en contraposición, desarrolla a través de la psiquiatría como ciencia toda una serie de discursos, saberes, prácticas, que los clasifica, sujeta, excluye, domina en la institución de la enfermedad mental.

El hospital psiquiátrico inaugura prácticas centradas en el encierro, estructurando el vínculo entre la medicina y la hospitalización, sostenida por un poder institucional con un nuevo mandato social: la asistencia y la tutela.

El acto de encierro del loco trae aparejadas una serie de consecuencias sobre su ser: este deja de ser un ciudadano y un sujeto de derecho, para pasar a ser un objeto de tutela del poder psiquiátrico, esto implica que se lo desconoce de su propio proceso de salud-enfermedad. Más aún, el manicomio al estar constituido como una institución funcional al modelo de producción capitalista, que busca que excluir y encerrar a quienes no producen. No está diseñado como un dispositivo cuyas prácticas sanitarias se orienten hacia la curación de los pacientes.

La psiquiatría pasa a ser un “imperativo de ordenación de los sujetos (Amarante,P, 2006, pág. 23). La misma pretende copiar los modelos del resto de las ciencias naturales, caracterizándose por una matriz eminentemente positivista y biologicista, cuyo método es la observación y la descripción del objeto que en éste caso es el loco. El psiquiatra asume el rol del observador, quien pretende tener un carácter neutral y objetivo y se desprende totalmente de su subjetividad a la hora de hacer ciencia.

Según Galende, los psiquiatras también se enfrentaron a grandes debates al tomar el modelo de la medicina biológica en cuanto a si la locura tenía un origen orgánico o psicológico, exógeno o endógeno, innato o adquirido (Galende, 1983,pág. 56). Fundamentalmente, la psiquiatría persigue el objetivo de afirmarse como conocimiento científico a través del hallazgo de relaciones causalidad en los procesos que determinan la locura.

Tercer momento: Sin embargo, éste deseo de los psiquiatras de “resolver” la

enfermedad mental a través del método de las ciencias naturales los conduce continua e inexorablemente al fracaso rotundo: sus pacientes no mejoran, no se curan, y único tratamiento es el encierro de por vida. A raíz de este evidente fracaso, surge este momento del campo: empieza a cuestionarse que las patologías mentales y subjetivas no sólo pueden desatarse por factores físicos y biológicos, pues de ser así, podrían haber encontrado una “cura” a través de un método de la medicina biológica, sino que también están involucrados otros componentes que desencadenan la enfermedad de tipo psicológico, social, cultural, etc.

Se deja de hablar de locura para introducir nuevos conceptos en el campo, tales como síndromes, trastornos, psicosis, esquizofrenia, traumas.

Es de destacar que esa crisis interna de la psiquiatría para explicar la enfermedad mental es el comienzo de la apertura hacia otras disciplinas que podrían aportar al tratamiento de la misma.

Debemos resaltar que el campo de la psiquiatría está fuertemente atravesado por un componente político y de poder, es decir, que las ideologías dominantes o lo que se pretende lograr para mantener un cierto orden en la sociedad responde a intereses económicos, sociales, culturales, etc. Entonces, trayendo las palabras de Rubio Raquel: “La psiquiatría reposa en la razón moderna, que excluye todo lo que no es igual a su razón, a su modo de pensar, de creer. Todo lo que no pueda subordinarse a los parámetros y valores de la misma, está amenazado de exclusión, de encierro, de aniquilación, de medicalización. Por lo que la enfermedad, en una determinada organización económica y social, es todo aquello que se encuentra, práctica o teóricamente clasificado, codificado, diagnosticado, medicalizado.”(Rubio, 2015, p 5)

Ahora bien, la categoría de poder, se entiende en estas líneas según Foucault, quien la define como una relación de fuerzas, una situación estratégica en una sociedad en un momento determinado. Por lo tanto, el poder, al ser resultado de relaciones de poder, está en todas partes. El sujeto está atravesado por estas relaciones, no puede ser considerado independientemente de ellas. El poder, no sólo reprime, sino que también produce: produce efectos de verdad, produce saber, en el sentido de conocimiento. En palabras de dicho autor : “un médico psiquiatra impone a un individuo una internación, un tratamiento, como un status, cuando lo pone en un status que no es el de ciudadano con todas las

de la ley, sale del derecho aun cuando algunos de sus actos estén protegidos por él".(Foucault, 1963, p.41)

Cuarto Momento: se ubica aproximadamente con la fundación de Organización de Las Naciones Unidas en 1945 y posteriormente con la Organización Mundial de la Salud en 1948. Nos enfrentamos aquí, a un nuevo clima de época, donde la Europa de la posguerra se ve sensibilizada ante cualquier acto que atente contra la democracia y los derechos humanos. La sociedad se replantea las prácticas asilares en este sentido, comparando al hospital psiquiátrico con campos de concentración.

Esta sociedad tan dañada social, física y psicológicamente por la guerra se encuentra con que el tratamiento para sus males era peor que la enfermedad: "el asilo psiquiátrico se sitúa en un cuadro de extrema precariedad: sin cumplir la función de recuperación de los enfermos mentales paradójicamente pasa ser responsabilizado por el agravamiento de las enfermedades" (Amarante, 2006, pág.26)

En este contexto, y de acompañado por movimientos de jóvenes, surgen propuestas de reforma al hospital psiquiátrico: en primer lugar, podemos mencionar a la comunidad terapéutica, su principal referente y operador práctico fue Maxwell Jones. El concepto de comunidad terapéutica se define por la adopción de medidas administrativas democráticas, colectivas y participativas en marcada contraposición a la lógica manicomial.

Jones apunta, además, al tratamiento grupal de las patologías subjetivas, desarrollando las primeras experiencias con grupos operativos, grupos de actividades y grupos de discusión. En estas comunidades, la función terapéutica, no sólo es tarea de los profesionales sino también de los pacientes, de los familiares y afectos, y de la sociedad en general. Aquí se entiende que no hay pacientes individuales, sino que el grupo de pacientes es un único organismo psicológico. (Jones, 1972., p. 78)

Más aún, el concepto de comunidad se contrapone a la estructura hospitalaria considerada obsoleta, segregativa y cronificante. Entendemos que la institución se constituye en primer lugar de personas: pacientes y empleados que deben trabajar de forma igualitaria buscando el mejor funcionamiento de la misma.

Si bien las comunidades terapéuticas fueron una experiencia importante que significó un cambio en la visión y abordaje de la administración de los

hospitales, no solucionaba el problema principal que el manicomio acarrea: el encierro, y por lo tanto la exclusión. Es decir, que las comunidades terapéuticas, solo fueron una transformación de las relaciones intra-muro del hospital psiquiátrico.

Algunos movimientos de reforma inician una fuerte crítica a la psiquiatría positivista y su institución asilar. Plantean una nueva concepción del sujeto que propone dejar de verlo como locos, peligrosos e insanos. Dentro de estos movimientos destacamos al Dr. Franco Basaglia, psiquiatra italiano, como referente e impulsor de la abolición de los manicomios, quien sugiere que el paciente debe ser protagonista de su externación, la reinserción social con acompañamiento y la clausura de los hospitales a medida que se fueran desocupando. Entre algunas cuestiones a nombrar la anulación del electroshock, la sujeción, asambleas para tratar los problemas y, o situaciones que se daban dentro del hospital donde participaban tanto los usuarios, como profesionales.

Basaglia plantea que el manicomio le atribuye al loco el carácter de marginal, peligroso y enfermo y que esto, es al ser tomado por la medicina, lo vuelve simultáneamente visible e invisible, es decir, se crean las condiciones propicias para su medicalización: el enfermo es un objeto de estudio de la medicina, y a su vez, se le retira de la sociedad: el paciente es objeto de tutela debido a la peligrosidad que derivada de su enfermedad.

En este proceso el loco es completamente deshumanizado, no sólo porque pierde todos sus derechos como ciudadano, sino también porque no se le garantiza ni un mínimo de dignidad: vive en condiciones insalubres y antihigiénicas, es sometido a prácticas de la medicina que son tortuosas y dolorosas, y al contrario de aportar a la mejoría de su padecimiento, lo vuelven un individuo confundido, desorientado y aturdido debido a “tratamientos” que causan daño cerebral, lagunas mentales, pérdida de la memoria, inteligencia disminuida tales como el electroshock, la medicalización compulsiva o excesiva, la lobotomía, la hidroterapia, la sujeción.

Tal como lo describe Virgilio Mora Rodríguez, en su novela “Cachaza”, el manicomio transforma al enfermo a “*maquinazos*² e inyecciones en un ser vegetal, un ser humano muerto en vida cuya paz de día y de noche rayaba en

2 Maquinazos se le llama al electroshock en Costa Rica y otras regiones de Centro América.

los límites de la muerte: lo privaron del derecho de existir; de ver; oler; oír; sentir...lo redujeron, con la excusa de curarlo, en la caricatura grotesca de un ser humano perdido y derrotado, olvidado y encerrado” (Mora Rodríguez, 1977,pág. 141)

Aquí radica la mayor crítica que Basaglia realiza a la psiquiatría positivista: en el proceso de producción de la enfermedad como objeto de estudio y de intervención de la medicina (en el cual se estructura todo un paradigma con discursos, prácticas, instituciones, saberes que lo justifican), se pretende actuar con un paciente devenido en objeto y no con el sufrimiento/padecimiento que éste presentaba: “la psiquiatría siempre colocó al hombre entre paréntesis y se preocupó con la enfermedad” (Basaglia, 1979, pág. 57).

En la década de 1960, Basaglia quedó a cargo de la administración del hospital psiquiátrico de Gorizia, en donde emprendió un proyecto de “humanización” del mismo.

Inicialmente, Basaglia recupera el modelo de comunidad terapéutica de Maxwell Jones antes mencionado, y lo reproduce en Gorizia. Sin embargo, en este espacio, si bien las relaciones médico/paciente eran mucho más democráticas y se elimina las “terapias” consideradas torturas, sólo eran cambios que se daban al interior de los muros del hospital. La principal falencia de la comunidad terapéutica es que seguía promoviendo la reducción de la locura a ser un objeto de intervención y exclusividad de la medicina.

Humanizar el manicomio no era suficiente. Faltaba algo más: un cambio político y social. Era necesario visibilizar las relaciones de tutela y vigilancia que el manicomio ejercía sobre el paciente, así como también cuestionarse y replantearse la premisa de “peligrosidad” que funda el saber/poder psiquiátrico. Basaglia, a través de la experiencia de Gorizia, revela la relación intrínseca y simbiótica que existe entre psiquiatría/control social/ exclusión, donde entran en juego intereses político, sociales y culturales que predominan en la sociedad capitalista.

La crítica que aporta la tradición basagliana se sostiene en tres pilares: “el lazo de dependencia entre psiquiatría y justicia, el origen de clase de las personas internadas, y la no neutralidad de la ciencia” (Barros, 1994, p. 60)

Por primera vez, se echa luz a un problema social históricamente estructurado desde que el hombre vive en sociedad, y que se acentúa cuando esta se define

por lazos sociales determinados por la producción capital, y donde rige la norma de la igualdad: el trato con los diferentes. Así lo explica Amarante: “en el universo de las igualdades, los locos y todas las mayorías hechas minorías cobran identidades reductoras de la complejidad de sus existencias. Se opera una identificación entre diferencia y exclusión en el contexto de las libertades formales, y, en el caso de la locura, el dispositivo médico se alía al jurídico a fin de basar leyes, a así , reglamentar la tutela y la irresponsabilidad social” (Amarante, 2006,51)

Basaglia inicia entonces, una operación de reinención de la asistencia en salud mental, derribando los muros de hospital psiquiátrico hacia la deconstrucción del imaginario social de la locura en tres ejes: en primer lugar, se propone nuevas prácticas extra muro, donde el paciente, a través de relaciones familiares, de trabajo, de vecindad, pueda introducirse en la sociedad, deconstruyendo el dispositivo manicomial de la tutela y de la peligrosidad. En segundo lugar, se desmonta el concepto del “don de la razón”, que estigmatiza, desacredita y desvaloriza al loco para hablar de sí mismo. Y, en tercer lugar, se eliminan todas aquellas prácticas y discursos que propicien las condiciones de desigualdad entre quien brinda el tratamiento y quien hace uso de él.

En este escenario, se pone en juego un proyecto de desinstitucionalización de la locura: este proceso no se restringe a la transformación, o adaptación o cierre de las organizaciones hospitalarias, implica el reconocimiento, aceptación, y superación y eliminación de la institución entendida como el conjunto de prácticas, discursos, saberes que determinan un modo de percepción del otro, y construyen relaciones complejas.

Hacia 1971, Basaglia acompaña este desmontaje del aparato manicomial, con la creación de nuevos espacios para abordar y acompañar la locura. Inaugurando en Trieste, siete centros de salud mental (uno para cada área de la ciudad). Cada uno de estos centros contenían a 30 mil habitantes aproximadamente, funcionando las 24 hs todos los días. En ellos una persona podía atravesar su crisis subjetiva en casos de urgencia, y luego continuar con su tratamiento de forma ambulatoria. Además, se abren “grupos-apartamentos”, que consisten en viviendas para usuarios de la salud mental, algunos de ellos asistidos por técnicos u operadores del servicio de salud.

Basaglia logra demostrar de esta manera, que la enfermedad mental puede ser tratada como cualquier otra enfermedad: llegar al centro de salud ante la crisis, atenderse, recibir medicación en caso de que sea necesario u otro tipo de tratamiento y luego volver a su hogar. Y también, que puede trabajar, enamorarse, estudiar, tener un proyecto de vida y ser valorado aun atravesando un padecimiento subjetivo.

C-La salud mental en Argentina

Lo expuesto anteriormente se refleja en el momento de consolidación del Estado-Nación en Argentina a fines del siglo XIX, donde el positivismo (representado por la Generación del 80) era la ideología hegemónica ya que aportaba una interacción verosímil de la realidad y se articulaba con las instituciones, para de ese modo explicar los efectos no deseados de la modernización y para comprender sus obstáculos; diagramar un modelo de país y hasta para normalizar los vínculos entre el Estado y la Sociedad.

Bajo los lemas “Gobernar es poblar” y “Paz y Administración”, la generación del 80 llevó adelante el sangriento etnocidio de los pueblos originarios que recibiera el falaz nombre de “conquista del Desierto”, llevada adelante entre 1878 y 1885 . El exterminio de los aborígenes argentinos tenía que ver con un proyecto de país que promovía un crisol de razas europeas. Además, la conquista del falso desierto, también operó como una campaña de disciplinamiento social, especialmente dirigida hacia los inmigrantes, para construir valores de pertenencia patrióticos.

Sin embargo, el proceso migratorio al que aspiraba la generación del 80 no se produjo tal como lo esperaban: quienes llegan a la Argentina son mayormente pobres, analfabetos, enfermos y con una gran carga de sufrimiento. El desarrollo del proceso histórico conocido como “La Gran Inmigración”, que se dio entre 1880 y 1930, fue caótico, desordenado, la gente muy rápidamente se encontró viviendo hacinada, en condiciones infrahumanas, sin higiene, sin agua y mal alimentada.

Todos estos factores, sumado al duelo del desarraigo que suponía dejar su patria, familia y todo lo que conocían, colaboraron para multiplicar en muy poco tiempo la cantidad de enfermos mentales o “alienados” que sobre poblaban los ya existentes hospicios de La Merced y el de mujeres.

Si bien hasta finales del siglo XIX el Asilo monopolizó la institución psiquiátrica, aparecen incipientes experiencias de reforma, se destacan los amplios y exitosos de EE.UU donde Adolph Meyer es la figura principal. Si traemos este ejemplo se debe, en primer lugar, a que aquí se plasma una convergencia que habrá de caracterizar la psiquiatría norteamericana hasta el presente: psiquiatría, neurociencia, psicoanálisis, trabajo social con la comunidad,

psicoterapias, etc. Y en segundo lugar porque tiene su expresión en Argentina, sobre todo a través de Domingo Cabred, quien fundó varias de las actuales colonias de rehabilitación como alternativa a la función codificante del hospicio, utilizando el trabajo como una herramienta que hacía posible la rehabilitación.

Surgen así, los hospitales-asilo-colonia, el ejemplo más grande es Open Door, fundado en 1899, aunque también se replica el modelo en los de Torres en Luján, Melchor Romero en La Plata, y Oliva en Córdoba.

El representante de estos hospitales asilo en Argentina, como lo hemos mencionado fue Domingo Cabred y se caracterizaban brindar tratamientos moralizadores “alejados de las cadenas” pero con otros recursos para disciplinar al paciente. La terapia más significativa era el trabajo de estos lugares, también conocida como “laborterapia”. Ésta buscaba que el interno desarrolle tareas con un formato más bien artesanal, como la agricultura, la panadería, la carpintería, etc, y no un trabajo alienante del modelo fabril, pues esto le generaría al interno un sentido de orgullo y de pertenencia y elevarían su ánimo y moral.

Además, lo que más dio legitimidad y “convenció” de los hospitales-asilo fue la propuesta de que estas serias instituciones económicamente sustentables, y no supondrían más gasto al Estado que el de los materiales construcción (los obreros de construcción serían también pacientes), ya que se sostendrían del trabajo de los mismos pacientes.

Grandes extensiones de parques, rodeados de galerías separadas por jardines, estanque con cisnes, cancha de bochas. Un hermoso paisaje acompañado de permanente vigilancia y disciplina: un enfermero que se desempeñaba como guardián en cada villa, y un enfermero cuidador a razón de diez internos. Un médico que además parecía un patrón puesto que tomaba registro de la cantidad de horas que cada paciente trabajaba. No trabajar era sinónimo de recaída en la enfermedad y traía consecuencias para el paciente.

Este tipo de instituciones responde a la tradición médico higienista, que le atribuye el surgimiento de todas las enfermedades (incluida la mental) al hacinamiento y la sordidez de los conventillos. En contraposición, un paisaje rural, con jardines y aire fresco y con una batería de actividades para hacer representaría la mejor terapia para contrarrestar la vida traumática que suponía la ciudad: “propensión a los vicios, delito, alcoholismo -obsesión para Cabred-

encontrarán en los trabajos rurales un antídoto y la posibilidad de reinserir socialmente a sus pobladores, o por lo menos de vivir en una comunidad de autoproducción que no causaba erogaciones al Estado” (Sachetti y Rovere, 2018, p. 41)

Hacia 1950, los movimientos de reforma de la salud mental en Europa y EEUU repercuten en nuestro país: donde en la década de los setenta, empiezan a convivir las tradicionales técnicas terapéuticas del manicomio y las nuevas corrientes enmarcadas en la anti-psiquiatría, psiquiatría social, psicología social, psicoanálisis, que promovieron un fuerte cuestionamiento y discusión sobre el rol social del manicomio

Estos movimientos de reforma, fundamentalmente apuntaban a la destrucción del manicomio por considerarlo un lugar de segregación y encierro. La anti-psiquiatría tenía como premisa que la enfermedad se curaba dándole al paciente un ambiente adecuado para desarrollar su propia sintomatología de manera libre.

Había un clima de época particular: El Mayo Francés, el movimiento hippie, punk, la guerra de Vietnam, el triunfo de Salvador Allende en Chile, las luchas tercermundistas se trasladaban al mundo entero. En este contexto, la defensa de los locos se sumó a la lucha política. Este “clima” perduró hasta marzo de 1976 donde la represión se instala también en el manicomio.

Existen muy pocos datos escritos y documentados de esta época, ya que las intervenciones militares quemaron toda la documentación existente vinculada a su gestión y a otras también.

A partir de la reapertura democrática (1983), el campo de Salud Mental fue atravesado en general por una profunda crítica al rol hegemónico del hospital psiquiátrico. Se construyeron experiencias comunitarias y, fundamentalmente, un cambio de conceptos en los trabajadores de la salud mental, basados en la asistencia comunitaria.

En septiembre de ese mismo año, se sanciona, a nivel nacional, la primera ley en materia de Salud Mental N° 22.941 “Personas con deficiencias mentales, toxicómanos y alcohólicos crónicos”. Más allá que esta Ley significó un gran avance debido a que por primera vez la Salud Mental ingresa como tema de interés público en la agenda de gobierno, podemos percibir que su centralidad está más en los aspectos formales e institucionales de la internación y no en

las condiciones de tratamiento de los pacientes ni en el ejercicio de los profesionales.

En primer lugar, los sujetos no eran concebidos desde un enfoque de derecho, lo que se manifiesta en el modo de nombrarlo: un deficiente mental, o afectados de enfermedades mentales. Dicha Ley, también utiliza términos tales como, internados, toxicómanos, personas facultadas, etc. En segundo lugar, en ningún momento hace referencia a la manera de abordar el tratamiento, ya sea en cuanto a la administración y la prescripción de medicación, a la terapia psicológica, y a la participación tanto del paciente como de su familia. Por último, no reconoce a la salud mental como un proceso determinado por factores históricos, socio-económicos, culturales, etc.

En la década del 90, con todo lo que implicó el proceso de descentralización, es decir el traspaso del poder desde el núcleo central del Estado Nacional hacia los gobiernos provinciales y municipales, cada provincia comenzó a adquirir autonomía para administrar los hospitales y efectores de salud. Particularmente **en la provincia de Santa Fe**, se sanciona en el año 1991 la Ley de Salud Mental, N° 10.772, que incorporó una nueva manera de entender las prácticas manicomiales. Expresa en su ARTÍCULO 1. – “Toda persona que padeciera sufrimiento por, o en su salud mental tiene derecho a solicitar y recibir tratamiento. El mismo deberá ser prescripto y conducido por profesionales de la salud mental legalmente habilitados, y estará orientado hacia la curación, la recuperación y rehabilitación.” (Ley N° 10.772: 1991)

Todo lo expuesto hasta el momento nos lleva a comprender de mejor manera la creación de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657; la cual fue producto de luchas sociales, culturales y políticas, que se erigieron en torno de un gran debate, de alianzas, consensos y una fuerte crítica a la institución manicomial, así como también a las prácticas tradicionales de la psiquiatría en lo que respecta a la intervención, a lo largo de la historia. La misma dio lugar a la clínica para introducirse en el campo político debido a que sin este marco legal no podría haberlo hecho. La clínica es entendida desde Foucault como una nueva forma de trabajar con el sujeto y no sobre él, mediante una mirada integral: “la mirada no es ya reductora, sino fundadora del individuo en su calidad irreductible. Y por eso se hace posible organizar alrededor de él un lenguaje racional. El objeto del discurso puede bien ser así un sujeto, sin que

las figuras de la objetividad sean, por ello mismo modificadas. Esta reorganización formal y de profundidad más que el abandono de las teorías y de los viejos sistemas es la que ha abierto la posibilidad de una experiencia clínica.” (Foucault, 1963, p.15)

A diferencia de la primera legislación N° 22.941 (1983), en la nueva ley, se establece una conceptualización de la Salud Mental, es decir, qué se entiende por ella, de qué manera se la nombra, etc. Ésta se entiende como un proceso en el cual lo biológico ya no posee un papel central, sino que, entran en juego diversos componentes que pueden ser históricos, sociales, económicos, culturales, biológicos y psicológicos. En este proceso la persona con padecimiento subjetivo ya no es considerada como un incapaz, sino como un sujeto de derecho que es protagonista de su tratamiento.

Para finalizar con este recorrido histórico, cabe destacar que esta nueva legislación tiene como objetivo central construir un marco legal de Salud Mental; apuntando a un cambio de paradigma que reconozca el derecho a recibir una atención integral desde una perspectiva intersectorial e interdisciplinaria, en el marco de los Derechos Humanos.

Sin embargo, al tratarse de una Ley relativamente nueva, existe tensión entre el viejo paradigma donde predomina el poder hegemónico de la psiquiatría y las prácticas manicomiales y el “nuevo” paradigma propuesto por la ley enmarcado en el enfoque de Derechos Humanos. Más allá que hagamos una distinción entre lo viejo y lo nuevo, ambas cosmovisiones coexisten y disputan intereses tanto materiales como simbólicos.

Capítulo 2: Trabajo social en el campo

a-Conceptos clave para el análisis del TS en salud mental

A continuación, se relatará brevemente cómo se incorpora el Trabajo Social en lo que hoy conocemos como el campo de la Salud Mental. En principio, para tener un abordaje adecuado se hace necesario poner en relieve algunas categorías centrales para este desarrollo: **Trabajo Social, Interdisciplina, Intervención y Jerarquización**, pues son los ejes conceptuales que dirigen este desarrollo y permiten explicar la inserción de la profesión en el campo, relacionándolas con las verdades legitimadas acerca del padecimiento subjetivo, y de su tratamiento según el discurso médico psiquiátrico en la contemporaneidad en la unidad de análisis.

Se entiende a las a las profesiones como un conjunto de prácticas laborales definidas, de carácter social e histórico, en las que una formación superior adquirida en forma sistemática y avalada por un título en una institución socialmente legitimada habilita a su ejercicio. Es desde allí que se entiende a la profesión siguiendo las ideas de Susana Cazzanigga (2015:74), quien plantea:

*“...entendemos **trabajo social** como un campo profesional que se estructura por las prácticas de investigación e intervención , prácticas que si bien mantienen una relación de articulación presentan lógicas diferenciadas: la investigación tiene como pretensión principal la producción de conocimientos a partir de metodologías específicas (que se elegirán teniendo en cuenta principalmente la perspectiva teórica y el objeto de estudio), estos objetos podrán circunscribirse a partir de las prácticas de intervención o como problemas derivados de un entramado teórico, la producción resultante en tanto conocimiento alimenta a la teoría social y en forma mediada la intervención profesional”.*

En cuanto a la noción de **Interdisciplina**, se entiende como un modelo de trabajo que propone determinadas pautas de aplicación de los conocimientos y de la técnica. Se trata de un modo de desarrollar un conocimiento o conjunto de conocimientos y disciplinas para un abordaje profesional determinado. En palabras de Osorio (OSORIO:1998, pág. 150):

“...Si multidisciplinariedad se refiere a las disciplinas y ramas del conocimiento, interdisciplinariedad se refiere al modelo de aplicación, al método cómo estas disciplinas se aplican o se realizan. La interdisciplinariedad no es una yuxtaposición ni una suma de saberes en cadena, ni un conglomerado de actuaciones grupales, ni el troceado a la carta de las distintas terapias. La interdisciplinariedad es una puesta en común, una forma de conocimiento aplicado que se produce en la intersección de los saberes. Es, por tanto, una forma de entender y

abordar un fenómeno o una problemática determinada. Este modelo de trabajo supone una apertura recíproca, una comunicación entre los distintos campos de fecundación mutua, sin totalitarismos o imposiciones, ni tampoco reduccionismos o sectarismos que constriñan la propia complejidad de todo campo científico.”

Ahora bien ¿qué significa trabajar interdisciplinariamente? ¿Cuál es el capital en juego entre las disciplinas que la integran el equipo? Alicia Stolkiner expresa que: “hablar de interdisciplina significa situarse necesariamente en un paradigma pos-positivista. Reconocer una contraseña que agrupa a quienes adhieren, de diversas maneras, a una epistemología que no homologa el objeto del conocimiento al objeto real, que reconoce la historicidad y por lo tanto la relatividad de la construcción de los saberes disciplinarios. (...) Es un posicionamiento, no una teoría unívoca. Este posicionamiento obliga básicamente a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina. Legítima algo que existía previamente: las importaciones de una campo a otro, la multireferencialidad teórica en el abordaje de los problemas.” (Stolkiner, 1987, p 5)

Esto implica entender que se trabaja, no con problemas que se presentan como objetos, sino con demandas complejas que requieren necesariamente una mirada integral, involucrando saberes, y una actitud de cooperación constante. Abordar las situaciones desde esta perspectiva, manifiesta implícitamente, un quiebre de la hegemonía psiquiátrica y de las prácticas diagnosticistas y de medicalización, el que se expresa en la manera de entender a los usuarios ya no como un sujeto orgánico, sino como un sujeto bio-psico-social.

Por otra parte, entendemos a la **intervención** como una puesta en acto de un trabajo o acciones, a partir de una demanda social, en el marco de una especificidad profesional. Visto de esta manera, la intervención profesional presenta un aspecto necesario de destacar: su origen está atravesado por el lugar que la profesión tiene asignado en el imaginario social. Esto es la construcción socio-histórica que de esa profesión se ha realizado: esto es funciones, características, prácticas, resultados esperados, etc.

Retomando a Margarita Rosas: “la comprensión del sobre qué, el para qué y el cómo de la intervención profesional, sólo pueden ser significados en la medida en que estén sustentados, teórica y prácticamente (...) partimos del supuesto que ella se conforma en el desarrollo de los procesos sociales reproducidos cotidianamente. Por ello, la intervención no es considerada como una actividad o varias actividades, o a la ejecución de un proyecto planificado y, por último, no son respuestas múltiples y anárquicas al conjunto de necesidades que los actores sociales demandan. Ella es un proceso de construcción histórico-social, que articula en el desarrollo de esa dinámica interna y externa, la constitución del objeto de intervención como expresión real de los actores sociales mediados por una metodología y categorías de análisis que posibilitan su elaboración intelectual como objeto de intervención pensado”. (Rozas Pagazza, 2025, p.12)

Debemos decir que el Trabajo Social se define a través de la intervención. Siguiendo a Carballeda, pensar lo social en términos de intervención implica la construcción entre un punto de encuentro entre el sujeto y la cultura.

El Trabajo Social está allí donde el padecimiento se expresa en esos encuentros singulares, que va más allá de la descripción de problemas vinculados con poblaciones determinadas o clasificadas. Tiene como mandato la transformación de los efectos, que la fragmentación de la sociedad genera, a través de diferentes objetivos y metas.

En cuanto a la **jerarquización** de la profesión, existen diferentes factores que pueden dar cuenta de este proceso: la exigencia de una formación universitaria, la matrícula obligatoria, la regulación y protección de la intervención profesional a través del Colegio de Trabajado Social, la Ley Federal de Trabajo Social.

Nos referimos a jerarquización de la profesión en un sentido “operativo”, siguiendo a Juan Carlos Arrúa, **JERARQUIZAR** la profesión es abandonar esa confundida imagen de auxiliar (de otras profesiones) para adoptar una posición absolutamente directiva, aportando un saber especializado: “es importante mencionar el factor determinante de dicho proceso de jerarquización de la profesión: los nuevos paradigmas de intervención social claramente definidos como “expertos” en gerenciamiento de programas, proyectos, y todo lo que signifique capacidad e idoneidad profesional para direccionar acciones a nivel

de políticas de gobierno y privados, que tiendan a mejorar la calidad de vida no sólo de los sectores más vulnerables sino de todos aquellos que lo requieran”
(Arrua JC, 2011,pág. 1)

B-Incorporación del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental:

El proceso al cual hacíamos referencia inicialmente, la incorporación de nuestra profesión se inicia con la modernidad, en siglo XIX. El concepto de enfermedad mental por parte de la sociedad ha ido mutando con el transcurso de la historia, y con ello la consideración de los saberes y prácticas que han tratado de conocerla, describirla, abordarla y dominarla. Recuperaremos brevemente algunos conceptos trabajados en el relato histórico trabajado en el capítulo anterior: en la antigüedad, como ya lo hemos explicado, la locura se asocia a una noción de fuerza. Los Griegos describen la experiencia de la locura como “la transformación del hombre en otro”, es decir, que una fuerza imperaba sobre él, lo poseía hasta dominarlo y convertirlo en otro, al mejor estilo de una batalla o pelea perdida.

Posteriormente, el cristianismo y la Iglesia Católica retoman este concepto de locura convirtiéndolo en funcional a la doctrina de la Iglesia: Dios era el único ser capaz de salvar a una persona poseída y a su vez: el pecado o la conducta pecaminosa abre las puertas al Diablo para poseer al hombre, pero glorificando a Dios se podrá prevenir tal mal. De esta manera, en la Edad Media, durante el periodo conocido como Inquisición se crean los primeros los sistemas de exclusión para tratar a los “locos”.

Con el Renacimiento y el humanismo, la locura comienza a dejar de tener esa impronta escatológica y sobrenatural, y es por primera vez, asumida como un fenómeno propio de los seres humanos. Esta etapa es conocida como la 1º Revolución Psiquiátrica, se extiende hasta la Revolución Francesa, dando lugar a la creación de manicomios y hospicios como formas de encierro. Los enfermos de locura se erigen como objeto de estudio de los médicos, y a su vez sufren en sus cuerpos los efectos de un sistema de político, disciplinar y de poder, tal como lo explica Foucault: “Nos encontramos sin cesar con gente que son educadores de prisiones, psicólogos en instituciones vigiladas, asistentes sociales, etc., que hacen un buen trabajo político y que, al mismo tiempo, en efecto, saben muy bien que cada vez que hacen algo prorrogan todo este sector del Trabajo Social, pero no es tan sencillo. En la medida en que el secreto es una de las formas importantes de poder político, la revelación de lo que ocurre, la “denuncia “desde el interior, es algo políticamente importante. . . muchas de las informaciones puntuales que dimos a los diarios, los

conseguimos gracias a esa gente, los trabajadores sociales” (Foucault M, 1981, 37).

Como bien sabemos, las instituciones totales operaban con una doble finalidad. La de encerrar al loco, estudiarlo, excluirlo, disciplinarlo, medicalizarlo, para “protegerlo de sí mismo”. Y también la de “proteger” a la sociedad de aquellos que son peligrosos. Con Philippe Pinel la locura empieza a ser entendida como una enfermedad que se desarrolla en los seres humanos. A partir del siglo XIX, en conjunto con el desarrollo de la noción de alienación y la patologización de la locura atendemos a un proceso contrapuesto.

Este es el periodo del apogeo de la institucionalización de la locura y donde se organizan un conjunto de saberes y prácticas, que se tomarán como hegemónicos y que será la psiquiatría. El discurso y los saberes de la psiquiatría, serán lo que prevalecerán sobre otros discursos que también intentaban describir y analizar la locura, pero que no encuentran asidero como saber científico.

En síntesis, si bien existió desde la antigüedad una idea de intentar someter la locura a la “razón” o racionalidad del hombre, es durante la modernidad, cuando la psiquiatría reúne los conocimientos, prácticas y por sobre todo la legitimidad de la sociedad para dar lugar a un modelo científico para intervenir sobre la enfermedad mental.

Hacia 1900, los Trabajadores Sociales se incorporan a los manicomios, persiguiendo el objetivo de dar una respuesta socializadora a las enfermedades crónicas mentales, en un contexto de a la cronicidad de los trastornos mentales, en un contexto de aumento extraordinario de los hospitales psiquiátricos. Emiliano Galende (1990) asegura que en el año 1908 es creado el primer servicio diagnóstico en un hospital generalista, donde los pacientes asaban por una evaluación previa a la derivación al hospital monovalente.

Posteriormente, en el año 1912 en Estados Unidos, se crea un ámbito no asilar, en donde se comienza a escuchar la voz de los enfermos, y no sólo eran observados y estudiados por el cuerpo profesional.

La institucionalización del Servicio Social en psiquiatría tiene lugar a principios del Siglo XX, en EE.UU, ubicándose el mismo como una profesión auxiliar de la medicina, “en términos ocupacionales y de conocimiento” (Gonzalez J, 1997, p. 32)

Cabe preguntarnos ¿Por qué el servicio social ocupa esta posición secundaria en el campo? En primer lugar, porque la psiquiatría persiguió siempre el anhelo de ser “los funcionarios del orden social” (Foucault, M.1981) Foucault en su diálogo sobre encierro, psiquiatría y prisión realiza el siguiente aporte: “La psiquiatría se percibió a sí misma como una función permanente de orden social, y se sirvió de los asilos para dos únicos fines: primeramente, para tratar los casos más dramáticos o más molestos -y, a la vez, para darse una especie de caución, de garantía, de imagen de cientificidad, presentando el lugar de internamiento como hospital-. El lugar de internamiento bautizado como hospital era la fianza que atestiguaba que la práctica de la psiquiatría era realmente médica.”

Ubicaremos el inicio del servicio social en el campo, aproximadamente en la década de 1920, en Estados Unidos, tomando como referencia un párrafo de Mary Richmond, en su obra Caso Social Individual (1922) de Mary Richmond, que dice:

“Una rama del servicio médico social de casos individuales que se ha desarrollado rápidamente después de la guerra es conocida con el nombre de servicio social psiquiátrico. No tenemos que ocuparnos aquí de este servicio a menos que sea con la colaboración estrecha de un especialista absolutamente competente. El valor de esta colaboración salta a la vista, ya que, en el terreno mental, más todavía que en el terreno médico, el diagnóstico real depende en parte de la encuesta social, y el tratamiento que se resulta de ello es una amplia cuestión de readaptación social.”

Ya en ese entonces, Mary Richmond deja entrever una perspectiva consciente y para nada ingenua del accionar profesional del Trabajo Social, reconociendo relaciones de fuerza en él, y también el sentido político y de poder del psiquiátrico.

Esta reflexión nos sirve a los fines de reconocer, reflexionar y analizar la especificidad de las prácticas del trabajo social, sus límites y posibilidades de transformación, las funciones que reconocemos como propias y las que nos son asignadas por decantación, en este campo: conscientemente o inconscientemente, empíricamente o científicamente; siempre es la profesión la que se juega en cada intervención dentro de la salud mental.

Tal como lo hemos expresado, Mary Richmond es la primera en sistematizar un

método de intervención en la profesión: el caso social individual. La autora, pionera de la profesión, desarrolla este método pensando en la consecución de mejores condiciones y calidad de vida de los sectores sociales empobrecidos. Ella se propone diseñar una metodología de trabajo que aporte en el ordenamiento de la intervención y establecerá para ello diferentes etapas: estudio, diagnóstico y tratamiento, apropiándose de los métodos de la medicina y ciencias naturales. Apropiación que se desprende de que sus experiencias de trabajo se desarrollan junto a médicos psiquiatras.

La Primera y Segunda GM, traen como consecuencia una gran cantidad de soldados y familias afectadas subjetivamente. Este aumento de la cantidad de pacientes a asistir habilita la propagación de la intervención del Trabajo Social en los traumas y enfermedades mentales.

La intervención del Trabajador Social para el momento de la posguerra se enfatizó en fortalecer la estructura familiar para que ésta pudiera asimilar la problemática socioeconómica que implicaba en la familia tener un integrante con alguna enfermedad física o mental.

A partir de 1910 se inicia en EE. UU un movimiento social de denuncia al tratamiento inhumano que sufren los enfermos mentales en los hospitales psiquiátricos, el cual se autodenomina de Higienismo Mental. Con la intervención del Trabajo Social, el aislamiento al que eran sometidos los pacientes empieza a cambiar, se buscaba que este tenga un contacto más cercano con su familia y la sociedad, reforzando los lazos con la comunidad.

C-Institución de referencia: Centro Regional de Salud Mental “Dr. Agudo Ávila”

Para dar cuenta de la institución que utilizaremos como recorte a modo de análisis es necesario construir las argumentaciones diferenciando las nociones de Institución/Organización. En palabras de Baremblyt:

“Las instituciones son árboles de decisiones, es decir, series de prescripciones, prohibiciones y opciones indiferentes, que guían la vida social, de manera consciente o no. Esas prescripciones para la toma de decisiones, son al mismo tiempo lógicas, éticas, estéticas, etc., es decir, que se plantean de acuerdo con valores que definen lo que es verdadero o falso, lo que es justo o injusto, etc, para la sociedad en cuestión” (Baremblyt, 1996:pág.33). Las instituciones se materializan en organizaciones.

Según Enríquez, “las instituciones se presentan como sistemas culturales, simbólicos e imaginarios. El primero refiere a un sistema de valores, normas, pensamientos, una manera de vivir en lo institucional. Este sistema cultural desarrolla procesos de formación y socialización de los diferentes actores. El segundo, sistema simbólico establece mitos unificadores, inventa una historia, con el fin de legitimar y dar sentido a la práctica de los actores. Por último, un sistema de imaginarios, el cual busca atrapar a los sujetos intentando responder a sus angustias deseos y demandas.” (Enríquez, 1989: pàg.89)

En este sentido, podemos reconocer, una institución: *manicomio*, al que definimos como un conjunto de prácticas, normas, representaciones sociales y culturales, que han predominado tradicionalmente en el campo de la Salud Mental; estas prácticas están enmarcadas en el paradigma médico positivista y parten de concebir al sujeto como “loco, incapaz, y/o peligroso” por lo que el manicomio busca encerrarlo, aislarlo, excluirlo, de la sociedad. Dichas prácticas son legitimadas por la alianza del aparato médico hospitalario y el poder jurídico, a través de la disposición de leyes y también por la construcción de un imaginario social que justifica su actuar. Este se materializa en una organización: *Centro Regional de Salud Mental Dr. “Agudo Ávila”*.

Esta organización encuentra ubicada en el macrocentro de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe, en calle Suipacha 667 a tan solo metros de la facultad de medicina, farmacia, fonoaudiología enfermería, bioquímica y

odontología. Esta cercanía se vincula estrechamente con la creación del Centro Regional, puesto que, en sus inicios, en 1920, el doctor Antonio Agudo Ávila organiza desde la Facultad de Medicina la obtención de un contrato para elevar el “Hospital de Alienados”, en los terrenos donde funcionaba una modesta enfermería anglosajona. En el año 1927, con los aportes del gobierno de la provincia de Santa Fe, se levantó en dicho terreno el hospital psiquiátrico. Desde este año y hasta 1981, el hospital depende de la universidad, y luego se convirtió en el servicio de psiquiatría del Hospital Provincial del Centenario.

Debido a las grandes demandas que el hospital recibía y en el afán de poder reorganizarlo de una manera diferente, por medio de la resolución N°1479, el 9 de octubre de 1991 se crea el Centro Regional de Salud Mental Dr. Agudo Ávila.

A fines del año 2000 una nueva gestión asumió el mando del hospital, y a partir de allí se incorporaron nuevos profesionales al personal, tales como trabajadores sociales, abogados, psicólogos y a su vez se incorporaron nuevos dispositivos tales como: talleres y asistencia domiciliaria.

Hasta la sanción de la Ley Nacional de SM, en el año 2010, la intervención profesional del trabajador social, se desarrollaba era mucho más acotada, viéndose el profesional trabajando en forma más aislada y no interdisciplinariamente. Y dicha intervención era mucho más acotada. Se reducía a la gestión de recursos, subsidios, trámites de documentación, de beneficios sociales.

La ley permite una revalorización de la profesión, permitiendo que el trabajador social pueda realizar otros aportes a la estrategia terapéutica del usuario de salud mental: interviniendo en el análisis de situación y coyuntural, y formando parte de los equipos interdisciplinarios del efector.

En la actualidad dicho centro se define como Hospital Público de gestión descentralizada, monovalente, con internación en Salud Mental y guardia permanente, que atiende emergencias psiquiátricas las 24hs del día. Cuenta a su vez, con un dispositivo de tránsito encargado de la atención terapéutica a situaciones de crisis subjetiva, que puedan resolverse con una estadía breve en el hospital, sin tener que recurrir para ello a la internación en los pabellones. En el tránsito se define la estrategia a seguir y en el caso de ser necesaria una internación prolongada se deriva a los pabellones, los cuales se dividen en dos

algunas, uno correspondiente a los usuarios crónicos y otro para usuarios agudos; los cuales se dividen a su vez por sexo. Se cuenta con cuatro equipos interdisciplinarios (Trabajo Social, Psicología y Psiquiatría), un equipo destinado a la atención de pacientes crónicos y tres a pacientes agudos. A cada usuario se le asigna un equipo. A su vez el dispositivo de internación posee dos médicas clínicas y un cuerpo de enfermeros/as.

El C.R.S.M tiene un sector de consultorios externos, el archivo, la administración, la dirección, el área de personal, el área jurídica y el área de Servicio social. No es casual que el Trabajo Social sea nombrado de esta manera, ya que en el área de consultorios externos no se trabaja de manera interdisciplinaria, sino que la profesión aparece como un mero auxiliar de la psiquiatría, esta última al ser una disciplina de carácter endógeno, deriva todo lo que no se enmarca dentro de ella al trabajo social.

La atención del C.R.S.M, está dirigida a personas mayores de edad, ya sea varones, mujeres, (cis o trans género) o personas sin identidad sexual definida, que atraviesan un padecimiento subjetivo. Si bien el rango generacional oscila entre los 20 y los 80 años, en su mayoría son adultos mayores.

La nueva Ley de Salud Mental N° 26.657, establece que la atención debe estar a cargo de un equipo, integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados, incluyendo áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes. Cabe preguntarnos ¿cómo se ha desarrollado este proceso? ¿Cómo operan las relaciones de saber poder en el Agudo Ávila? ¿Se logra la interdisciplina en las intervenciones cotidianas? ¿Cómo se para el Trabajo Social frente a las disciplinas del campo “psi” (psicología y psiquiatría)?

D-Aportes acerca del Trabajo Social en el campo:

Si bien ya hemos elegido un concepto de campo, hemos de recuperar ciertas reflexiones Bourdieu acerca del mismo a los fines de poder analizar, la relación Trabajo Social en el campo de la salud mental, en palabras de Bourdieu: “Digo que para comprender una producción cultural (literatura, ciencia, etc.), no basta con referirse a su contenido textual, pero tampoco con referirse al contexto social y conformarse con una puesta en relación directa del texto y el contexto. Es lo que llamo “error del cortocircuito”, que consiste en relacionar una composición musical o un poema simbolista con las huelgas de Fourmies o las manifestaciones de Anzin, como lo hicieron algunos historiadores del arte o de la literatura. Mi hipótesis consiste en suponer que, entre esos dos polos, muy distantes, entre los cuales se presume, un poco imprudentemente, que puede pasar la corriente, hay un universo intermedio que llamo campo literario, artístico, jurídico o científico, es decir, el universo en el que se incluyen los agentes y las instituciones que producen, reproducen o difunden el arte, la literatura o la ciencia. Ese universo es un mundo social como los demás, pero que obedece a leyes sociales más o menos específicas. La noción de campo pretende designar ese espacio relativamente autónomo, ese microcosmos provisto de sus propias leyes. Si bien está sometido, como el macrocosmos, a leyes sociales, éstas no son las mismas. Si bien nunca escapa del todo a las coacciones del macrocosmos, dispone de una autonomía parcial, más o menos marcada, con respecto a él.” (Bourdieu,2000, p. 69).

La intervención del Trabajo Social en el campo de la salud mental, es a nuestro entender, un análisis poco desarrollado y que se enfoca principalmente en el propio campo, las disputas que se desatan el mismo, los discursos que predominan y los que pujan por institucionalizarse, las prácticas que se llevan adelante, son criticadas y reemplazadas por otras diferentes pero en algunos casos con la misma impronta disciplinar, etc. y no precisamente en el ejercicio profesional, homogeneizando a todas las disciplinas que se ponen en juego dentro de este campo, lo que da como resultado una lectura pobre e incompleta de las estrategias de intervención que hacen a los tratamientos de las personas que sufren un padecimiento subjetivo.

Como consecuencia, esta lectura empobrecida y fragmentada conduce a muchos colegas y también a otros actores dentro del campo de la salud mental,

a es el que lleva a muchos profesionales a evaluar la eficacia o ineficacia de las estrategias de intervención del Trabajo Social, en función los objetivos profesionales conseguidos con el usuario, ¿fue posible externar al paciente? ¿La familia accedió a recibirlo en el hogar nuevamente? ¿El mismo ha desarrollado la suficiente autonomía para reproducirse socialmente en su escenario cotidiano? ¿El usuario ha conseguido o mantiene su trabajo? ¿Participa de algún taller, deporte o encuentro del club de barrio, CCB, iglesia o cualquier tipo de asociación civil o instancia intermedia del Estado o dispositivo alternativo de salud mental que trabaje en el barrio? ¿Sabe cómo administrar su dinero “correctamente”?

Estas son algunas de las cosas que son observadas al momento de valorar la tarea del Trabajador Social como profesional que interviene con un sujeto con padecimiento subjetivo, como si el Trabajo Social fuera la única disciplina capaz de lograr todo lo anteriormente cuestionado, aún siendo no siendo la profesión legítimamente constituida como estructurante del campo de la salud mental.

Es importante comprender, que el campo de la salud mental, es a priori una construcción analítica, lo integran actores, instituciones, discursos, prácticas, cultura, jurisprudencia. Analizando el campo de la salud mental en términos de Bourdieu, podemos decir que el capital el juego es el saber, y que los actores que integran dicho campo han cedido este capital, al saber médico psiquiátrico, por lo que ésta se constituye como la profesión hegemónica del campo. Sin embargo, el campo no es una entidad estática, posee los dinamismos y la historicidad propios de los actores que lo conforman.

Ahora bien, en esta puja por la institucionalización de la desmanicomialización y las nuevas formas de concebir el tratamiento de las enfermedades subjetivas. En términos de Bourdieu, es fundamental para reflexionar acerca de este campo, observar el posicionamiento del trabajador social dentro de las disputas y batallas que se desatan en ese espacio intermedio entre dos opciones antagónicas, del que hablamos anteriormente. ¿Qué relación establece el Trabajo Social con las otras profesiones que intervienen en el campo? ¿Qué jugadas realiza el profesional al momento de establecer su propuesta para el tratamiento de un sujeto usuario de la salud mental? ¿Qué coacciones o condicionamientos debe afrontar el mismo en la vorágine institucional?

Son algunas reflexiones que deberemos dilucidar al momento de leer la intervención del Trabajo Social en el campo, y que, sin dudas, será una lectura netamente política del mismo. Siguiendo con esta línea analítica, Foucault nos plantea que: “el sufrimiento de los hombres nunca debe ser un mudo residuo de la política, sino que, por el contrario, constituye el fundamento de un derecho absoluto a levantarse y a dirigirse a aquellos que detentan el poder” (Foucault, M. 1981, 78)

Llevado al análisis del lugar que ocupa el Trabajo Social en el campo, podríamos decir que el profesional que se desempeña con una consciencia sobre su propia praxis, es decir que es capaz de definir y delimitar tanto sus niveles y capacidades de intervención, sus posibilidades para gestionar, su trascendencia en la búsqueda de transformaciones, responde eficazmente a lo planteado por Foucault.

Es un gran reduccionismo creer que la transformación del campo de la salud mental, hacia la desmanicomialización y los tratamientos de salud alternativos al encierro y la medicalización, se dan con la complicidad y aportes de un trabajador social que participa como un sujeto portador de una consciencia de cambio. Esta reflexión nos ubica como supuestos profesionales que poseen una especie de consciencia o “voz interior” de la justicia, que nos lleva a actuar siempre de la manera que es correcta, ignorando por completo, que poseemos una subjetividad con sus propias leyes morales, que somos sujetos históricos que actuamos en relación a un clima de época y a un momento y lugar geográfico determinado, y que ocupamos un espacio en las estructuras tecnocientíficas de esta sociedad.

Es fundamental, para jerarquizar nuestra profesión en un campo donde claramente la hegemonía la detenta la psiquiatría y el saber médico-biologicista, posicionarnos como profesionales en el sentido de portar un saber específico, una competencia particular en el proceso de salud-enfermedad del paciente/usuario, puesto que esto nos permitirá situarnos en un lugar determinado en el terreno de las verdades en puja y las luchas, rupturas y consensos políticos que se erigen en torno a aquellas.

El o la Trabajador/a Social se halla en un escenario cotidiano concreto que puede ser el hospital (general o monovalente), el poder judicial, los dispositivos alternativos, etc. En estos espacios, se enfrenta a problemas particulares tales

como el tratamiento de la enfermedad subjetiva, las relaciones familiares, la sexualidad, los problemas de empleo y habitacional, la violencia de género, etc. Es en estos espacios, donde accedemos a una materialización de la conciencia de lucha. Para esto deberemos observar e identificar los diferentes discursos que circulan en la institución, y que ésta toma como verdades, y que, por lo tanto, serán los que promuevan e instalen ciertas prácticas y no otras. La construcción de un saber o conocimiento específico, la institucionalización de la verdad (verdad que será el motor del discurso y prácticas dentro de la institución) dentro de una organización determinada, es el que nos permite proyectar un régimen de verdad contrahegemónico, en términos de Foucault ampliando “las prácticas de libertad” (Foucault, M.1996, p 56) dentro del sistema institucional y de las relaciones de poder en general. Cuando hablamos de verdad nos referimos a: “el conjunto de reglas según las cuales se distingue lo verdadero de lo falso (...)” (Foucault, 1979, pág.38).

En cuanto a la intervención en salud mental, para garantizar los objetivos profesionales planteados, sólo hay una regla a tener en cuenta: la historicidad del usuario: siempre nos encontraremos con un usuario determinado, con una patología específica, con una trayectoria de vida diferente a todos los otros usuarios con quienes trabajamos y diferente por sobre todas las cosas, a la trayectoria de vida propia, en un momento histórico, geográfico y político en particular.

Nos posicionamos desde la convicción de la democratización de las relaciones profesional- paciente, tal como lo explican Busto y Mantilla, siguiendo Alicia Stolkiner en un artículo de la Revista Margen: “Nos resulta sumamente importante poder aclarar lo manifiesto, ya que sostenemos como posición ideológica la búsqueda de la horizontalidad en las relaciones profesional-paciente, y en una misma línea, la necesaria democratización de las relaciones de poder históricamente constituidas.

“Una de las cuestiones claves de la violencia institucional es poner al otro como carente, como infra, porque de esa manera me enaltezco como salvador para relacionarme con la gente nada más que desde lo que ella no puede...”
(Busto y Mantilla, 2002, p .1)

Siguiendo a los autores, entendemos que la intervención del Trabajo social en Salud Mental en la actualidad tiene que versar necesariamente sobre dos objetivos: el de crear una **consciencia ciudadana**. Esto tiene que ver con una perspectiva de derechos, planteada también por la Ley Nacional de Salud Mental: si entendemos al usuario de salud mental como un sujeto de derecho, éste debe poder posicionarse objetivamente como tal, en pos de lograr también mayores niveles de autonomía.

El segundo objetivo de la intervención del Trabajo Social en salud mental, es el de poder alcanzar alguna forma de **integración social** posible. Esto apunta a que el sujeto se encuentre con su subjetividad, que pueda conectarse con ella. Las redes de contención y los vínculos del usuario de salud mental se encuentran en su mayoría rotos o muy dañados, por lo que el trabajador social, debe apuntar a re construirlos, o construir nuevos espacios de contención, que resignifiquen a este sujeto y donde pueda recuperar su singularidad para anclarse a la vida social.

Otro posicionamiento que los trabajadores sociales, y todos los profesionales no deben abandonar a la hora de intervenir, es considerar en primer lugar al sujeto.

El usuario de salud mental es un sujeto de derechos, un ser humano que se para frente a nosotros con un sufrimiento, pero que ese sufrimiento no es toda la persona. No es “el esquizofrénico”, no es “el psicótico”, es una persona con una identidad determinada, que es su primer derecho adquirido y que no debe perderlo al ingresar al hospital, y es además, imperativo y muy valioso la consideración de esta persona desde lo humano: es una persona que ríe y llora, que se enamora, que le gusta cierta comida y no otra, que puede o no gustarle bailar o cantar o practicar cierto deporte o tiene otros intereses particulares, que tiene una trayectoria de vida y familiar, que puede amar y ser amado por otros, que tiene proyectos (aunque estos puedan no ser los legítimos y socialmente establecidos como mandato cultural a saber: estudiar una carrera, obtener un empleo como medio de vida, formar una pareja y casarse, tener hijos, comprar una vivienda, etc.).

En este sentido, y a los fines de ampliar la reflexión, recuperamos a Foucault: “Existe en nuestra sociedad otro principio de exclusión: no se trata ya de una

prohibición sino de una separación y un rechazo. Pienso en la oposición razón y locura...Se me puede objetar que todo esto actualmente ya está acabado o está acabándose; que la palabra del loco ya no está del otro lado de la línea de separación; que ya no es considerada como algo nulo y sin valor; . . . Pero tantas consideraciones no prueban que la antigua separación ya no actúe; basta con pensar en todo el armazón de saber, a través del cual desciframos esta palabra; basta con pensar en toda la red de instituciones que permite al que sea -médico, psicoanalista- escuchar esa palabra. . .basta con pensar en todo esto para sospechar que la línea de separación, lejos de borrarse, actúa de otra forma, según líneas diferentes, a través de nuevas instituciones y con efectos que no son los mismos.”(Foucault, Michel:1983,pág.39)

Podemos advertir a raíz de este párrafo, que, en la intervención del trabajo social en salud mental, no debemos descalificar, invalidar o excluir ningún discurso, o a la persona que lo dice.

Esto es, a priori, el primer posicionamiento que nos opone al “régimen de verdad” construido a partir del discurso médico psiquiátrico. Y alrededor de este régimen, se erige toda una construcción cultural que se muestra como legítima: discursos heterogéneos, perspectivas éticas y morales, jurisprudencia, reglamentos policiales y administrativos, casuística, conocimiento médico de las enfermedades mentales y que avalan todo un conjunto de prácticas que se realizan sobre las personas con padecimiento mental.

Volviendo sobre las palabras de Mary Richmond, observamos que desde sus orígenes en el campo, el trabajo social ha discutido el régimen de verdad de la psiquiatría, y todas las construcciones jurídico-políticas que surgen del mismo: “Insania es un término que describe más bien un concepto legal antes que médico.[y] Es aplicado a la ligera a desórdenes mentales que difieren ampliamente en cuanto a sus orígenes y en cuanto a sus manifestaciones.” (Richmond M., 1917, 19) a partir de este aporte de la autora, hemos de considerar también, que el discurso de la psiquiatría como parte de un sistema político y de poder, ha dejado intervenir discursos jurídicos en sus saberes, y que esto no hace sino clasificar o “encorsetar” el fenómeno de la locura, pero poco le aporta a la “cura” o reducción del sufrimiento a la persona que la padece. Richmond nos advierte aquí sobre la facilidad con la cual el poder y el saber pueden entrar en relación para reunir distintas prácticas discursivas

sobre un mismo fenómeno y así controlarlo.

Capítulo 3

A- Marco de Análisis de Datos

Este trabajo tiene una propuesta metodológica cualitativa para la construcción de evidencia empírica.

Nos proponemos un diseño cualitativo en la reconstrucción y análisis de procesos. En este sentido, recuperamos la referencia de dicha metodología de la autora Irene Vasilachis (1992), quien explica que “los métodos cualitativos como guía en estudios que proponen actuar sobre contextos *reales* donde el observador procura acceder a las estructuras de significados propias de esos contextos mediante su participación en los mismos”. La naturaleza de la realidad es subjetiva en tanto es construida por los individuos involucrados.

Entendemos a la realidad como compleja y los fenómenos como eventos multicausales y el diseño cualitativo permite un análisis desde distintas aristas para un acercamiento lo más preciso posible a la comprensión y abstracción de procesos (que siempre son históricos y situados). En nuestro diseño, para dar respuesta al objetivo que nos propusimos, realizaremos una recopilación y lectura de bibliografía que nos proporcione el estado del arte del campo, así como el marco legal del mismo, es decir leyes nacionales y provinciales; posteriormente realizaremos entrevistas en profundidad a trabajadores que participan los espacios laborales del Centro Regional de Salud Mental “Dr. Agudo Ávila”.

La elección de ésta institución como unidad de análisis encuentra sustento principalmente en dos factores: por un lado, las dimensiones de la institución implican una dinámica institucional y un tránsito de actores que pueden entenderse como representativos a la realidad del nodo Rosario. Por otro lado, el conocimiento de la institución tras haber realizado las prácticas pre-profesionales facilitó la aproximación a la unidad.

La finalidad de esta tesina es reconstruir de qué manera se produce la participación de los profesionales con Licencia en Trabajo Social en el funcionamiento cotidiano de los abordajes terapéuticos en el campo de la salud mental en la unidad de análisis.

Con este horizonte, hemos recogido relatos de distintos actores partícipes de estos espacios para reconstruir los procesos internos de la institución de

referencia, y de esta manera desentrañar los discursos y prácticas de los actores partícipes de este circuito propio de la vida institucional, con el fin de conocer el proceso de trabajo al interior de la unidad de análisis.

Es posible articular la noción de “escenarios de intervención” de Carballada (2008) en tanto estos agentes e instituciones tienen papeles específicos, y se encuentran en “espacios escénicos” determinados. Hablar de “actores” permite remarcar dos características singulares: por un lado, la provisoriedad del papel asumido y otorgado (es decir, la posición relativa y cambiante entre estos papeles); y por otro, la alternancia de los actores en las distintas tramas que impide un análisis lineal o sistémico, pero que permite un abordaje desde el enfoque relacional propuesto en el apartado anterior (es decir, las funciones y tareas se configuran a partir de las relaciones, y no están dadas a priori de forma rígida).

B-Notas metodológicas:

Para reconstruir los procesos internos de la unidad de análisis, se apeló a la construcción de evidencia empírica a partir de la entrevista etnográfica en profundidad. Fueron entrevistados tres agentes, que, ocupando diferentes espacios dentro de la unidad de análisis ejercen la profesión. Se incluyó al integrante del equipo de internación, un integrante del equipo interdisciplinario denominado “de Tránsito” y una profesional que ejerce su función en el marco de un “consultorio externo”.

Se definió utilizar estos insumos pues se entiende que la gama variada de funciones ofrece la posibilidad de comprensión del proceso completo de intervención profesional en salud mental, de acuerdo a las distintas necesidades del usuario en cada momento particular del tratamiento de su padecimiento subjetivo.

Con cada entrevista, pretendemos conocer cuestiones propias de la cotidianeidad de la institución desde la perspectiva de actores internos a dichos procesos.

* Para resguardo de los y las profesionales entrevistados/as, omitiremos sus identidades.

Solo detallaremos dónde se desempeña profesionalmente cada entrevistado.

- Entrevistado 1: Ts de equipo de Transito o Admisión.
- Entrevistado 2: Ts de Consultorios Externos.
- Entrevistado 3: Ts de uno de los Equipos de Internación.

C- Trayectorias profesionales:

A partir de las entrevistas, hemos encontrado algunos patrones o regularidades que dan cuenta quizá no de un perfil general, pero sí de puntos de contacto entre los Trabajadores Sociales que se desempeñan en el campo que nos compete.

En todos los relevados se trata de profesionales que tuvieron una rápida inserción al campo, lo cual nos habla de dos cosas: una demanda laboral interesante por parte de este campo, por un lado, y por otro un interés preexistente por parte de los colegas que deciden ejercer en este campo:

- **Entrevistado/a 1:** *“Yo hice las practicas pre profesionales acá en el hospital, desde el 2005 al 2007, hice los tres años acá. Después ingresé en el 2013, por un concurso, una convocatoria que se abrió. Yo me había presentado varias veces pero bueno, no quedaba. En el 2013 arranque, me incorporé en el equipo del comité de admisión, que ahora es Tránsito y que también es medio comité de admisión. Desde el 2013 estoy en el mismo lugar.”*
- **Entrevistado/a 2:** *“yo me recibo en el año 2010, y en 2011 me presento a un concurso acá en el hospital Agudo Ávila, y es así como ingreso para cubrir una licencia. Y a partir de ahí me encuentro trabajando hasta la actualidad.” “Yo trabajo en Salud Mental desde fines de 2007. Estuve dos años y pico en una institución de adicciones, después desde el 2011 hasta el 2019 trabajé en una institución privada de Salud Mental, donde se realizan tratamientos ambulatorios a modo de Centro de Día y acá en el Agudo Ávila desde el 2015.”*

*En otro pasaje de la entrevista, relató haber comenzado su actividad laboral en el campo en 2007, previamente a recibirse en 2011.

- **Entrevistado/a 3:** *“Yo trabajo en Salud Mental desde fines de 2007. Estuve dos años y pico en una institución de adicciones, después desde el 2011 hasta el 2019 trabajé en una institución privada de Salud Mental, donde se realizan tratamientos ambulatorios a modo de Centro de Día y acá en el Agudo Ávila desde el 2015.”*

Otro de los ejes a reconstruir en este momento, tuvo que ver con la condición

laboral y la remuneración, y, principalmente cómo perciben dichas cuestiones. En cuanto a las condiciones laborales, hay una regularidad intermedia: sólo un entrevistado/a se encuentra por fuera de una relación de dependencia formal, y percibe su paga en concepto de facturación por monotributo. Sobre la valoración de la remuneración, hubo común acuerdo en una percepción negativa.

- **Entrevistado/a 1:** *“No me satisface en lo absoluto la remuneración porque tengo quince horas nada más, por lo cual tengo que tener otro trabajo.”*
- **Entrevistado/a 2:** *“Mi cargo es un cargo es un cargo de 24 horas, estoy como interina todavía no tengo el cargo definitivo de planta permanente, es un estado anterior al pase a planta definitivo. Pero el cargo es mío, me corresponde. Lo que se suma a mi situación es que en esta cuestión, en este contexto, en el que **se intenta que el manicomio se convierta en otro tipo de servicio**, decide desde la dirección del hospital abrir un centro de salud. [...] *Por lo cual mi cargo hoy, está dividido y repartidas las horas entre los consultorios externos del hospital Agudo Ávila, y las horas que destino de ese cargo al Centro de Salud N° 36”* “Yo hace cuatro años que estoy acá y todavía no tengo un cargo, como muchos. Estoy facturando. Ahora hay una reforma sindical, un arreglo con los gremios, de que en transcurso de estos meses, se resolvería mi situación laboral, y la de otros compañeros que se encuentran en la misma. [...] Pienso que los que trabajamos en esto tendríamos que ganar mejor. **Un ingreso que te permita solamente tener un trabajo.** Hoy a nadie le alcanza el sueldo que tiene acá, para vivir tenes que buscar otra cosa por fuera. No llegas a mantener un alquiler ni a vivir, es un sueldo piso. Tampoco creces con el tiempo, con la antigüedad, no hay mucha expectativa a futuro, de que con el tiempo vas a mejorar, no.”*
- **Entrevistado/a 3:** *“Yo hace cuatro años que estoy acá y todavía no tengo un cargo, como muchos. Estoy facturando. Ahora hay una reforma sindical, un arreglo con los gremios, de que en transcurso de estos meses, se resolvería mi situación laboral, y la de otros compañeros que se encuentran en la misma. [...] Pienso que los que trabajamos en esto*

tendríamos que ganar mejor. **Un ingreso que te permita solamente tener un trabajo.** Hoy a nadie le alcanza el sueldo que tiene acá, para vivir tenes que buscar otra cosa por fuera. No llegas a mantener un alquiler ni a vivir, es un sueldo piso. Tampoco creces con el tiempo, con la antigüedad, no hay mucha expectativa a futuro, de que con el tiempo vas a mejorar, no.”

Los/as entrevistados/as manifiestan algunos malestares en torno a lo laboral/salarial, sin embargo, todos expresaron deseo de permanencia en el campo. Incluso expresan haber realizado cursos y formación de posgrado especializada en la temática. Se puede pensar entonces, en oposición a esos hechos (rápida inserción en este campo, incluso previa a graduarse, malestar salarial y en un caso irregularidad parcial) que existe un fuerte **interés y compromiso** con este campo por parte de los profesionales que eligen ejercer su función en él.

D-Sobre la Institución e interdisciplina:

Hubo un acuerdo entre los/as entrevistados/as sobre el funcionamiento de la institución en relación a las pautas previamente de interdisciplina y su realidad cotidiana. En general expresan que el hospital ha sido muy permeable a las reformas propuestas por la nueva ley nacional de salud mental e incluso desde antes, con una ley provincial de vanguardia que allanó el camino.

- **Entrevistado/a 1:** *“Acá en lo que es la institución, se piensa siempre el trabajo de manera interdisciplinaria. Los equipos están conformados por psicólogo, psiquiatra y trabajador social y bueno los abogados que actualmente están como una especie de agente externo. En su momento eran también parte del equipo. A mí, por lo menos desde mi perspectiva, me costaría pensar mi trabajo por fuera de lo interdisciplinar, a lo mejor tiene que ver con el campo de Salud Mental, pero me parece que cada profesión tiene su perspectiva en función de la intervención en el abordaje de los usuarios. Mi recorrido, no es por fuera de un equipo interdisciplinario acá. Nunca hago un trabajo sola, aislada.”*
- **Entrevistado/a 2:** *“yo me pienso como parte de la estrategia terapéutica. Me siento parte a la hora de decidir, ya te digo, habrá situaciones en las que es más difícil ser escuchada. Pero también, a mí me enriquece mucho poder escuchar lo que las otras profesiones tienen para decir, porque a mí me suma. Porque yo sola no puedo tomar ciertas decisiones, creo que necesito de otros para poder pensar cómo trabajar con determinados pacientes, porque estamos hablando de la salud de las cabezas de esas personas, de la vida de esas personas y uno trata de trabajar de la forma más responsable posibles. Porque también ocupamos un lugar de poder, nos guste o no nos guste, ocupamos un lugar de poder respecto de ese paciente. Entonces hay que ser muy cuidadosos en las intervenciones que uno hace, ya te digo, porque se trata de la Salud Mental y de las vidas de esas personas que vienen a contarte sus historias, entonces creo que merecen ser tratadas con el mayor respeto posible y bueno, para mí es enriquecedor trabajar*

con otros y escuchar lo que los demás tienen para decir, como así también me parece importante que a mí me puedan escuchar cuando tengo algo para decir, y que en conjunto podamos armar distintas propuestas de intervenciones.”

- **Entrevistado/a 3:** *“Bueno este es un hospital que desde la sanción y posterior reglamentación en el 2007 de la ley provincial de salud mental, es un hospital interdisciplinario,[...], está todo diseñado para que la atención de cada paciente en contexto de internación sea interdisciplinaria, interviniendo psiquiatría, psicología, y trabajo social, como así también el departamento jurídico, pero éste de alguna... no tan cotidiano sino al llamado a la intervención, en cambio psiquiatría, psicología y trabajo social **la atención es en conjunto permanentemente.**”*

Podemos pensar, a partir de estos relatos, algunas cuestiones que nos acercan a entender un poco el funcionamiento de la unidad de análisis. Resulta evidente pensar que está atravesando un cambio de paradigma, y en el medio quedan expuestas otras disputas de diferente tenor, como la cuestión sindical y de condiciones de trabajo. En cuanto al trabajo, parece ser que la profesión de Trabajo Social ha logrado una inserción muy presente, notándose en los relatos como su participación en los equipos interdisciplinarios se produce en términos en general equitativos y retroalimentando al proceso terapéutico.

E- Sobre la especificidad de la profesión en el campo:

Es interesante remarcar que los y las profesionales entrevistados/as ocupan distintos espacios en el circuito institucional, con lo cual las regularidades encontradas en sus discursos suponen mayor valor para intentar conocer cómo es el proceso de trabajo al interior de nuestra unidad de análisis y por qué no, del campo salud en general en estas latitudes.

Al ser consultados sobre la función que ejercen, estos fueron los relatos más relevantes:

- **Entrevistado/a 1:** “ *No se uno puede describir una función específica, por esto que yo te digo que en el equipo entrevistamos, y entrevistamos los tres y lo hacemos a la par. Si bien, a lo mejor el psiquiatra hace una pregunta determinada porque de eso determina la evaluación a la hora de medicar. Mi intervención es muy similar. Yo puedo hablar a un Centro de salud, pero mis compañeros también, o yo derivo un paciente a un centro de salud o a otro efector y también lo hace el psiquiatra y el psicólogo. Para una institución especializada en la problemática de consumo de sustancias, lo derivo yo al paciente tal cual lo hace cualquiera de mis compañeros. Sí, creo que por el recorrido que yo tengo, personalmente yo, manejo ciertos recursos barriales, o ciertos recursos respecto a gestiones, a acceso a beneficios sociales, a protecciones sociales, que mis compañeros no. Que eso sí, por ahí delimita mas mi función, porque bueno, en el logro o para poder conseguir ciertos recursos ahí está más mi función más delimitada.*”

*En otro pasaje de la entrevista agrega: “*Y el trabajador social me parece que a herramienta fundamental que tiene es en el análisis de situación, en lo contextual. Nosotros cuando charlamos sobre algún paciente, nosotros nuestro aporte, lo que nos permite la disciplina es hacer un **análisis de situación** más integral, porque creo que nos permitimos hacer una lectura, desde los vínculos familiares, desde lo territorial, desde el conflicto del barrio. El trabajador social creo que, en su formación, no puede no mirar de manera integral. Uno ve el paciente y no es el paciente y su padecimiento subjetivo. Tenemos siempre la necesidad de trabajar en su vínculo familiar, en su trayectoria personal, su historia de vida, cómo se maneja en su circuito barrial. Eso permite desde cada saber, justamente, armar otro abordaje en la problemática de salud mental.*”

- **Entrevistado/a 2:** “Básicamente lo que hacemos es escuchar. Yo creo que si no tenés la capacidad de escuchar no podés hacer ninguna intervención. La primera intervención y la fundamental para mí es escuchar lo que el otro viene a decir y obviamente tener deseos e interés por conocer la vida de esa persona, en tanto a uno le sirva para poder pensar las estrategias, el armado y la planificación del trabajo. Pero para poder pensar y planificar el trabajo con cada uno de los pacientes tenes que conocer la historia y la realidad de esa persona. Más allá de la demanda de esa persona, porque esa persona puede venir a con una demanda concreta, por ejemplo, tramitar una pensión. Te digo lo más común o lo que más se asocia el trabajo social que es tramitar cosas. Documentos, subsidios, pensiones. Además de esas demandas, aparecen otras que pueden ser tan o más interesantes o tan importantes como eso que viene a pedir.”
- **Entrevistado/a 3:** *“Mi función como Trabajador Social, nunca la puedo dejar de pensar en términos interdisciplinarios, o sea pensarlo siempre con otro. Con el psicólogo, con el psiquiatra. Pensarlo en conjunto, cómo encarar la situación, la intervención, cómo llevar adelante la entrevista, cómo hacer intervenciones de contención afectiva, de contención anímica, que es algo que se hace mucho, que es muy importante saber hacerlo y hacerlo bien, porque bueno, son personas que van a esperar que vos estés al lado de ellos, y que cumplas tu función en esos términos, de acompañamiento. Entonces, por un lado, está esa función, de acompañamiento, asistencia cotidiana hacia el paciente, hacia la familia también. Es muy importante pensar la intervención en términos no individualizada de ese sujeto, sino ese sujeto en un determinado vínculo familiar, en un determinado barrio, en determinado centro de salud o con determinadas instituciones y pensar la intervención con ese nivel de lectura. Por otro lado, en lo específicamente profesional bueno, cómo acompañar a esta persona que especialmente cuando está internada acá muchos vienen en un cruce de sentimientos, en un derrotero de pérdida de derechos sociales, un montón de cuestiones afectivas y vinculares que dañaron mucho la red de contención, y bueno, hay que pensar cómo acompañar su*

proceso de reordenamiento podríamos decir subjetivo que debería ocurrir en la internación, cómo acompañar para que esa persona pueda recuperar y desarrollar nuevos espacios de integración social, de acceso a ciertos derechos de protección, cierto acceso a la cultura, bueno a todo lo que uno puede brindar desde el Estado no?. Si puede acceder a una orientación, a un beneficio social, por ejemplo, la AUH, a una pensión graciable, a una pensión derivada, y todas las herramientas que se diseñan desde la política social pública, que estén al acceso y adaptadas a la realidad de cada persona con su cierta singularidad.”

- Resulta interesante remarcar un desprendimiento de la primacía de las intervenciones de gestión. Si bien los y las profesionales entrevistados/s hablaron de gestión de recursos y/o políticas sociales, esta faceta del trabajo estuvo lejos de ocupar la centralidad. Por el contrario, al hablar de función se entiende claramente que, en la unidad de análisis, los y las trabajadores sociales ejercen una función de participación en la planificación y ejecución de un proceso terapéutico de tratamiento de un padecimiento subjetivo.

Valoramos esto de manera positiva, puesto que entendemos la especificidad de la profesión en los términos que lo plantea a Alicia G. Saibene, en palabras de la autora:

“El trabajo social encuentra su especificidad en el conjunto de estrategias diseñadas, proyectadas a fin de trabajar con los sujetos afectados por la exclusión y la vulnerabilidad social, con el propósito de lograr inclusión (SAIBENE, 2010).

Ser parte y proponer desde nuestro saber en la planificación y organización de una serie de procesos de intervención profesionales que desde distintas aristas tiendan a mejorar la calidad de vida de un usuario con padecimiento subjetivo sin dudas tiene como propósito lograr la inclusión de un grupo social significativo e históricamente desplazado a los márgenes: los locos.

F- Trabajo Social en el organigrama:

A los fines de poner en tensión la jerarquización de la profesión del Trabajo Social en el campo. Consultamos acerca de qué posibilidades reales tiene un trabajador/ trabajadora social de ocupar cargos de gestión en la unidad de análisis, estos fueron los relatos más trascendentes:

- **Entrevistado 1:** *“Es depende, en la dinámica del tránsito, la figura del coordinador es un tapa agujeros, a mi percepción. Entonces, si el médico de guardia se demoró, o tuvo una eventualidad. El coordinador lo suple. O si, el psiquiatra del tránsito también tuvo un imprevisto, el coordinador lo suple. Ahora, ¿qué pasaría si ese coordinador sería un psicólogo? o un trabajador social? ¿Puede hacer eso? Y la verdad que no. ¿Pero es necesario que lo haga? Los recursos tienen que estar disponibles, el psiquiatra puede tener una eventualidad pero tiene que aparecer otro recurso, no tiene que ser el coordinador quien lo reemplace. Para mí el coordinador tendría que ser una dupla, muchas veces lo blanqueamos, tendría que ser un psicólogo y un trabajador social, porque el trabajador social tiene lectura de gestión, tiene lectura de organización, una distinta que al del psiquiatra, no porque el psiquiatra no esté preparado pero me parece que el recorrido nuestro tenemos formación para generar otro tipo de planificación, de organización de como pensar esta coordinación. Me parece que de las tres disciplinas, la que mejor formación tenemos somos los trabajadores sociales, pero nunca somos tenidos en cuenta en lo absoluto para una cuestión de coordinación, jamás. (...) si bien hubo avances en lo que tuvo que ver en la ley de salud mental, no está pensando que el trabajador social los pueda ocupar a esos cargos, me parece que sigue la idea de que el medico tiene ese saber específico para la salud mental.”*

- **Entrevistado 2:** *“Si te referís a cargos de gestión, la mayoría fueron siempre hombres y médicos. En los nueve años que hace que trabajo, todos hombres exceptuando una mujer directora y otra vicedirectora y una colega nuestra, que es representante de los profesionales en el hospital. (...)Ya de por sí el hecho de ser mujer hace que las posibilidades de poder*

acceder a cargos jerárquicos sean menores, me parece a mí. Y es cierto que los Ts en su mayoría somos mujeres, entonces eso tampoco no "colabora" a la hora de conquistar esos lugares. Y después bueno, hay definiciones que son políticas a la hora de ocupar esos lugares también."

- **Entrevistado 3:** *"en el hospital los cuatro que tienen cargo de gestión son médicos. Antes había un psicólogo, no sé cómo sería si habría un trabajador social. Eso se elige verticalmente desde arriba, no sé. No creo que sea imposible que pueda ocurrir y no creo que sea mal visto si la gestión es buena, podría ocurrir que haya un trabajador social cumpliendo un rol jerárquico. Hay áreas como la guardia en donde es más difícil porque están los médicos permanentemente ahí, un cargo de gestión. Hay cuestiones muy médicas que bueno, un trabajador social no podría dar cuenta. Entonces la guardia es una cuestión muy médica, entonces sí el trabajador social quedaría con mucha un psiquiatra, pero ella podía dar cuenta con su profesión en la coordinación"* De los relatos anteriores se desprenden tres circunstancias: en primer lugar, que el saber médico positivista es el más valorado a la hora de tener que designar un cargo jerárquico o de gestión, situación en la que sin dudas se palpa una lógica manicomial muy fuerte. En segundo lugar, que la falta de recursos también conduce a priorizar la profesión que mayor protagonismo tiene en la urgencia: la medicina. En tercer lugar; una cuestión de género: el trabajo social es una profesión feminizada por excelencia, y las mujeres encontramos mayores obstáculos que los varones a la hora de ser tenidas en cuenta para cargos de gestión.

Capítulo 4: Conclusiones

A-Discusiones y disputas institucionales:

El presente trabajo tuvo por objetivo realizar una exploración descriptiva sobre cómo se ejecutan los procesos de trabajo e intervención de los y las profesionales de Trabajo Social en el campo de salud mental teniendo en cuenta los cambios rupturistas que supone la Ley Nacional N° 26.657 de Salud Mental. Para determinar la cuestión planteada buscamos aproximarse en principio al aspecto histórico y formal-normativo del campo de la Salud Mental, pues entendemos fundamental situarse en un marco teórico definido desde donde formular las operaciones lógicas subsecuentes en relación al conocimiento del problema planteado. Como insumos utilizamos entrevistas en profundidad realizadas a profesionales en distintos espacios del circuito institucional del Hospital Agudo Avila. A partir de allí se dio paso a establecer específicamente los procesos de intervención bajo las categorías de “interdisciplina” y “especificidad”.

Respecto a la aproximación al campo laboral, consideramos destacables dos aspectos: la rápida inserción que tuvieron los entrevistados, como también el interés previo que narraron. Teniendo en cuenta algunos malestares relatados por los y las entrevistados/as, sobre todo en materia salarial/laboral, llama la atención el optimismo y el deseo de permanencia que manifestaron. Podemos interpretar que este campo despierta fuertes compromisos en los profesionales.

Al hablar sobre función destacamos como enmarcada en un trabajo interdisciplinario. Es a partir de éstos que determinamos aquello bajo lo que se consideró cuidado integral y prácticas cotidianas. Lo cual quedó reflejado también en los resultados pudiendo observarse perfiles personales o institucionales.

En cuanto a la especificidad de la profesión en el campo de la Salud Mental, podemos decir que ésta se relaciona directamente con el momento que está travesando el paciente en su enfermedad: al ingresar al tránsito es imperioso salir de la crisis subjetiva, y para poder hacerlo el Trabajo Social debe aportar una mirada integral, una mirada clínica del paciente/usuario, tal como lo expresa uno de los entrevistados: “un análisis de situación”, puesto que esto es

el puntapié inicial para conocer al usuario, a su grupo familiar, a su barrio. También permite explorar en su subjetividad, para saber qué lo aqueja, de dónde viene su padecimiento, qué provocó la crisis, cuánto tiempo lleva sin tratamiento si es que alguna vez lo tuvo, qué lazos sostiene en el exterior, cuán rotas están sus redes de contención afectivas y sociales. En fin, todo lo que nos permita evaluar la situación en la que el usuario llega al efector.

Una vez que éste sale de la crisis, pero el equipo evalúa que el paciente aún necesita un tiempo para programar y consensuar un tratamiento ambulatorio, se lo deriva al sector de internación. En éste, la especificidad del trabajador social se encuentra en el acompañamiento en el reordenamiento del paciente. Por lo general, el mismo se encuentra en los márgenes sociales en todos los aspectos: anímica y afectivamente, socialmente, a nivel habitacional, laboral, económico, sus vínculos muy dañados. En la internación lo que debería ocurrir, es que éste usuario llegue a recuperar los derechos que le han sido vulnerados, y también a recuperar o construir nuevos espacios de integración social. Poniendo siempre la mirada en la singularidad del paciente, el trabajador social está allí para acompañar el proceso de salud-enfermedad del mismo, con el objetivo de conseguir un nivel de autonomía tal en él, con el que pueda llevar adelante un tratamiento de su padecimiento subjetivo de forma ambulatoria.

Al ser dado de alta, como ya hemos dicho en el párrafo que antecede, el usuario debe continuar el tratamiento de forma ambulatoria.

Los consultorios externos del Hospital Agudo Ávila han seguido una histórica lógica de no trabajar como equipo interdisciplinario. El trabajo social aparece entonces, como un servicio. La trabajadora social que allí se encuentra trabajando recibe usuarios que llegan a ella a través de la referencia de los psiquiatras de este sector. Así lo explicó en la entrevista: *“La demanda, primero no debería llegar espontáneamente, sino que debería llegar a partir de un acercamiento del médico psiquiatra que cuando evalúa que es necesaria la intervención de un trabajador social para acompañar a estos usuarios en distintas cuestiones. Lo que se espera que el médico psiquiatra haga es acercarse a la compañera trabajadora social, plantearle la situación, y pensar juntos las estrategias a llevar adelante en relación a esa situación que viene a*

plantear. Ese es el primer acercamiento a la situación, y después a partir de ahí se define cómo se va a trabajar en relación a ese paciente. Definiendo así, distintos tipos de intervenciones.”

Aquí se manifiesta que la lógica manicomial y el predominio del saber médico psiquiátrico aún están en tensión en el modo de funcionamiento de los consultorios externos, puesto que, el trabajo social, como así también la intervención de psicología, sólo intervienen cuando la evaluación del médico psiquiatra así lo determina, y de modo auxiliar a ésta.

Sin embargo, a los fines de poder cumplir con la Ley Nacional de Salud Mental, la dirección del hospital Agudo Ávila se propuso transformar el hospital monovalente. En el mes de mayo, se abrió en las mismas instalaciones el Centro de Salud N° 36, con dependencia provincial. La idea es ir paulatinamente cerrando el manicomio, como así lo estipula la ley en su artículo 27: “Queda prohibida por la presente ley la creación de nuevos manicomios, neuropsiquiátricos o instituciones de internación monovalentes públicos o privados. En el caso de los ya existentes se deben adaptar a los objetivos o principios expuestos, hasta su sustitución definitiva por los dispositivos alternativos. Esta adaptación y sustitución en ningún caso puede significar reducción de personal ni merma en los derechos adquiridos por los mismos.” (LNSM N°26.657, 2010)

En esta transformación del manicomio, los consultorios externos dejarán de funcionar paulatinamente. La trabajadora social nos explica en la entrevista que su cargo de 24 horas está dividido y destina la mitad a la atención de los consultorios externos del Hospital y la otra parte al nuevo efector de salud general: *“Mi cargo es un cargo es un cargo de 24 horas, estoy como interina todavía no tengo el cargo definitivo de planta permanente, es un estado anterior al pase a planta definitivo. Pero el cargo es mío, me corresponde. Lo que se suma a mi situación es que, en esta cuestión, en este contexto, en el que se intenta que el manicomio se convierta en otro tipo de servicio, se decide desde la dirección del hospital abrir un centro de salud. Se piensa desde el ministerio de salud de la provincia abrir en el mismo espacio físico, donde funciona el Hospital Agudo Ávila, y concretamente donde funcionan los consultorios externos, se plantea la apertura de un centro de salud, el cual ya*

se inauguró hace tres meses, y en donde me encuentro trabajando. Por lo cual mi cargo hoy, está dividido y repartidas las horas entre los consultorios externos del hospital Agudo Ávila, y las horas que destino de ese cargo al Centro de Salud N° 36, perteneciente a la provincia, que está funcionando acá en el hospital.”

En otro pasaje de la entrevista, nos detalla que la nueva propuesta de desarmar los consultorios externos no ha sido bien recibida por los trabajadores del sector en general, puesto que genera dudas, preguntas y resistencias en cuanto qué pasará con los pacientes que hace años venían atendándose allí, teniendo en cuenta los escasos recursos y la situación crítica que la salud pública y todas las reparticiones en general.

Otro aspecto relevante que las entrevistas nos pudieron mostrar es que, en la unidad de análisis existe un “discurso institucional”, es decir una serie de conceptos, lógicas e interpretaciones legítimas que deberían direccionar la práctica de los actores internos. De acuerdo a los relatos, las rupturas que propone la nueva ley de Salud Mental se han tornado hegemónicas al interior de la institución, lo cual facilita mucho el trabajo interdisciplinario y según explica uno de los entrevistados, esto se explica por la adopción por parte de la Provincia de Santa Fe de una ley provincial vanguardista en lo referido a la salud mental, con lo cual muchos de los postulados de la ley nacional ya se estaban poniendo en marcha.

Podemos concluir en que, a la fecha, uno de los logros o alcances más visibles que tiene la ley en el Agudo Ávila es el trabajo interdisciplinario, porque si bien aún persisten discursos manicomiales, estos son fácilmente desarmados, y los profesionales han encontrado una fortaleza en este modo de trabajo. Es una práctica profesional, que, para poder lograrse, los equipos deben renovar sus esfuerzos todos los días, caso por caso. Sin embargo, los buenos resultados que trae a la hora de poder externar un usuario y que esta externación sea sustentable y se sostenga en el tiempo, ha conducido a que la interdisciplina ya no es algo instituyente en el Agudo, sino algo fuertemente instituido. Tal como lo explica uno de los entrevistados, hay un consenso general entre los profesionales para trabajar de esta manera.

Sobre este foco de análisis de los datos, podemos hacer las siguientes consideraciones:

1. Al interior del campo de salud mental persiste el discurso hegemónico del saber Psiquiátrico, pero aun así, en la práctica las intervenciones de orden interdisciplinario han logrado institucionalizarse y aceptar un funcionamiento interesante.
2. La manera en la que las tareas se distribuyen al interior de los equipos técnicos es en parte endógena a cada equipo, y la gestión y articulación de políticas sociales con el abordaje terapéutico del padecimiento fue mencionado por los/as entrevistados/as.
3. Parecen no existir mayores dificultades por parte de los profesionales del trabajo Social para articular su trabajo en conjunto con otras profesiones.
4. La nueva ley de salud mental encuentra, al menos en esta unidad de análisis, triunfos parciales: en lo respectivo a los abordajes multidisciplinarios y las practicas desmanicomializadoras hay sin dudas avances palpables, sin embargo, no pareciera ser viable en el corto plazo (la ley establece 2020 como fecha límite) que el hospital monovalente se constituya como un hospital polivalente y los demás efectores públicos adquieran la infraestructura y recursos humanos para poder atender la demanda de padecimientos subjetivos, aunque sí hay una paulatina transformación hacia centro de salud con perfil generalista, que se está dando, de manera muy caótica, pero con negociaciones desde la dirección hacia los trabajadores del hospital.
5. Hay en los trabajadores en general malestar en relación a dos temáticas: por un lado, la incertidumbre que genera la situación de apertura de un centro de salud emplazado en las mismas instalaciones, lo que lleva a que algunos trabajadores tengan horarios repartidos, y el cambio previsto a un hospital polivalente.
6. Hay una condición generalizada de precariedad laboral, que, al menos en el universo de Trabajadores/as Sociales no parece tener los típicos derivados de la precariedad: rotación de personal, deseos de migrar, falta de profesionalización. Por el contrario, los entrevistados mostraron tener una constante profesionalización y gran compromiso con el campo.

7. Debido a la crisis que atraviesa la política social y de salud en general, la intervención del Trabajo Social, en cuanto ejecutores de la política pública, se ha visto seriamente afectada y reducidas las estrategias a pensar.
8. A pesar de que los trabajadores sociales tenemos una formación por excelencia en el diseño, gestión, planificación, y ejecución de la política pública, a la hora de designar cargos de gestión, el saber médico psiquiátrico positivista es mayormente valorado.

Algunas reflexiones finales:

En el presente trabajo realizamos un recorrido, una visión panorámica, de todas las transformaciones que ha atravesado el campo de la salud mental desde sus orígenes: el perfil del loco, las prácticas realizadas sobre el mismo, toda la serie de discursos, creencias, calificaciones que se le han adjudicado y que se le adjudican en la actualidad, como así también los derechos que fue adquiriendo, en el mundo y en particular en nuestro país.

Hemos analizado y debatido la constitución de la psiquiatría como una herramienta fundamental que ha tenido el capitalismo positivista para lograr la exclusión y el encierro de un sujeto considerado no productivo. Describiendo sus prácticas deshumanizantes, y que atentaban contra la dignidad de la persona que era considerada loca.

La psiquiatría que encontraba asidero en la razón moderna, fue mutando al tiempo que cambiaban las perspectivas políticas en el mundo, persiguiendo siempre el objetivo de constituirse como un saber médico indiscutible. Sin embargo, al poder desarrollar “la cura” para la locura, a través del método científico de las ciencias naturales, sus representantes optaron por aliarse a otras disciplinas para abordar la enfermedad mental. Simultáneamente a este proceso, la perspectiva de Derechos Humanos se instala como el baluarte de la posguerra, por lo que las prácticas manicomiales de tortura fueron cada vez más cuestionadas y reemplazadas por los profesionales.

Argentina no estuvo ajena a ninguno de estos procesos: el campo de la salud mental ha visto la construcción de manicomios y comunidades terapéuticas a lo largo y a lo ancho de nuestro país.

Grandes debates, disputas, alianzas y consensos políticos se desataron en Argentina para lograr la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657, una ley considerada de vanguardia en la región latinoamericana, en materia de derechos del paciente/usuario de la salud mental, y de cómo plantea el abordaje intersectorial e interdisciplinario de la antes llamada locura, que fue denominada por el nuevo paradigma de desmanicomialización como: padecimiento subjetivo.

Nos propusimos analizar cómo participan los profesionales de Trabajo Social en los equipos interdisciplinarios que abordan la problemática de Salud Mental en Hospitales Monovalente.

Para esto tomamos como unidad de análisis al Centro Regional de Salud Mental “Dr Agudo Avila”.

Indagamos acerca de las transformaciones que se han instituido desde la sanción de la Ley Nacional de Salud mental, concluyendo en que en la institución hay un consenso generalizado entre los profesionales, acerca de que el abordaje interdisciplinario es, al momento, la mejor propuesta para el trabajo con el usuario con padecimiento subjetivo. Sin embargo, al decir de los entrevistados, ante la gran crisis que vive el sector público en general, la falta de recursos, de políticas sociales de vivienda, empleo, cultura, etc. Los profesionales se encuentran con grandes dificultades para trabajar intersectorialmente con otras reparticiones.

Hemos logrado describir la representación de la profesión que tienen los trabajadores sociales respecto de la propia profesión en un hospital monovalente. Fundamentalmente, los profesionales de trabajo social entienden su aporte en la atención de la salud mental en términos de análisis de situación del usuario, es decir, tener la capacidad de poner una mirada clínica e integral para comprender el proceso de salud enfermedad del mismo y así diagramar estrategias, en conjunto con otros profesionales, para reducir el sufrimiento y que éste usuario logre la externación sustentable, también en términos de acompañamiento: entendiendo que el usuario de la salud mental es un sujeto cuyos lazos sociales y redes de contención se encuentran severamente dañadas, es fundamental poder realizar estrategias de contención anímicas-afectivas, pero que se encaucen en el objetivo de que dicho paciente/usuario pueda recuperar o construir nuevos espacios de integración social.

La gestión de recursos y de políticas sociales, el “tramitar cosas” también sigue siendo una función primordial del trabajo social, pero la intervención profesional está lejos de centrarse en estas prácticas.

Destacamos como positivo que los trabajadores sociales del Agudo Avila, se posicionan desde una perspectiva de derechos para intervenir: valoran la palabra del usuario, entienden que éste posee una singularidad que tiene que ver con su trayectoria de vida, persiguen el objetivo de que se efectivicen los derechos del mismo.

Entendemos que la intervención profesional del trabajador social en el hospital monovalente se orienta a fomentar mayores niveles de autonomía del paciente,

para que éste pueda desarrollar posibilidades de contención extra-muro.

En cuanto a la jerarquización de intervención profesional el Hospital Agudo Avila posee profesionales en permanente formación, realizando cursos y diplomaturas, incluso con título de doctorado o magisterio. A su vez, su intervención puja permanentemente por abandonar la imagen de auxiliar de la psiquiatra o psicología, y las sesgadas intervenciones de asistencia y gestión de recursos.

Aunque la formación profesional nos brinda conocimiento para direccionar acciones a nivel política social y política de salud, aún se encuentra en tensión la lógica del manicomio que no toma en consideración saberes diferentes al médico para cargos de coordinación, gestión o gerenciamiento del Hospital.

Finalmente, hallamos fundamental en el abordaje del padecimiento subjetivo, que los profesionales que intervienen posean una doble consciencia: **consciencia crítica**, por un lado, es decir que vuelvan permanentemente sobre su propia praxis, que reflexionen, debatan, cuestionen y renueven sus abordajes en conjunto con el equipo.

Y, por otro lado, **consciencia ciudadana**: en los tiempos que vivimos, de crisis del sector público en general y de la salud pública en particular, sin Ministerio de Salud, y con la caída de muchos de los programas que desde allí se brindaban, los profesionales que se dediquen a la atención en Salud Mental, sin dudas deberán militar y luchar por la causa de la salud pública. Ningún gobierno, por más neoliberal y conservador que éste fuera, podrá arrebatarse el presupuesto, herramientas, medicamentos, programas o insumos, si sus profesionales en tanto trabajadores, se encuentran organizados y se apropian de todo esto.

Nuestra propuesta es seguir luchando, hemos conquistado muchos derechos, pero aún nos falta camino por recorrer, prácticas por desterrar, discursos que deben desaparecer. El Hospital Monovalente debe ir poco a poco transformándose, pero para eso necesita de un gran compromiso de todos los actores sociales: usuarios, profesionales, políticos, comunidad en general. Luchemos por la SALUD PÚBLICA, GRATUITA, UNIVERSAL Y DE CALIDAD.

Bibliografía:

- Amarante, P: “Locos por la vida”, Ed. Madres de Plaza de Mayo, Buenos Aires, Argentina, año 2006.
- Ulloa, F.: “Novela Clínica Psiconalítica”, Ed. Libros del Zorzal, Buenos Aires, Argentina, año 1995.
- Goffman, E.: “Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales”, Ed. Amorrortu (2da Edición, 1era reimpresión), Buenos Aires, Argentina, año 2009.
- Sachetti, L y Rovere, M.: Cap.” ¿Cómo surgieron las colonias psiquiátricas en Argentina”, en Revista Soberanía Sanitaria, Argentina, año 2018.
- Vainer, A.: “El padre de la antipsiquiatría vivió en Argentina”, Revista Topía, Argentina, año 2000.
- Cazzaniga, S.: “Trabajo social: miradas teóricas, epistemológicas y políticas”, Revista Debate Público, Argentina, año 2015.
- Foucault, M.: “El Nacimiento de la Clínica” (1963), Ed Siglo Veintiuno, Buenos Aires, año 2008.
- Foucault, M.: “El poder. Una Bestia Magnífica”, Ed Siglo Veintiuno, Buenos Aires, año 2012
- Foucault, M.: “Vigilar y Castigar”(1975), Ed. Siglo Veintiuno, Buenos Aires, año 2009.
- Bourdieu, P., Wacquant L: “una invitación a la sociología reflexiva”: Ed Siglo Veintiuno: Bs AS, Argentina: año 2005.
- Bourdieu, P.: “Las estrategias de la reproducción social”, Ed. Siglo Veintiuno, año 1996.
- Bourdieu, P.: “Las estructuras sociales de la Economía”, Ed. El Manantial, Buenos Aires, año 2000.
- Basaglia, F.: “La institución negada: informe de un hospital psiquiátrico.” Ed. Barral, año 1972.
- Galende, E.: “Psicoanálisis y Salud Mental”: Ed Paidós, Buenos Aires, Argentina, año 1990.

- Morra, León: “Legislación Sobre Alienados” Conferencia en el Circulo Médico de Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba: Córdoba, Argentina, año 1915.
- Rubio, Raquel: “la subjetividad al olvido: una mirada crítica sobre las practicas diagnosticistas y las estrategias de medicalización en el campo de la Salud Mental”:Buenos Aires, Argentina, año 2015.
- Stolkiner, Alicia: “De Interdisciplinas e Indisciplinas”, Ed Nueva Visión, Buenos Aires, año 1987.
- Rozas Pagazza, M.: “ El Trabajo Social en diferentes campos de intervención profesional”: en Libros de Catedra, Ed. De la Universidad Nacional de La Plata, La Plata , Argentina, año 2015.
- Jones M.: “La comunidad terapéutica”, Ed Petrópolis, año1972.
- Basaglia, F.:” La condena de ser pobre y loco. Alternativas al manicomio.”, Ed. Topía, año 1979.
- Osorio, F.: “Interdisciplinariedad y Multidisciplinaeriedad en salud mental”, Unidad de Salud Mental Infantil. Complejo Hospitalario Juan Canalejo, año 1998.
- Mora Rodriguez, V.: “Cachaza”, Ed. Euned, año 1977.
- Richmond, M.: “Caso Social Individual”, Ed. Talasa, año 1922.
- Arrúa JC.: “La jerarquización del Trabajo Social” en Misiones Online, Argentina, año 2011.
- Busto C. y Mantilla M.: “ La pata que no habla. Acerca de lo Social en Salud Mental” en Revista Margen, Edición N° 26, año 2002.
- Castel R.: “El Orden Psiquiatrico. Edad de oro del Alienismo”, Ed Nueva Visión, año 1978.
- Carballeda, A.: “ La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas” en Revista Margen, Edición N° 65, año 2012.
- Carballeda, A.: “Los cuerpos fragmentados: las intervención en lo social en los escenario de la exclusión y el desencanto”, Ed Paidós, año 2008.
- Barembliitt, V.: “Compendio de Analisis Institucional”, Ed. Rosa de los Tiempos, Rio de Janeiro, año 1996.
- Enriquez, E.: “La institución y las instituciones. Estudios Psicoanalíticos”. Ed Paidós, año 1989.

- Gonzalez Saibene A.:” Conocimiento, intervención, transformación”, en Susana Cazzaniga (comp.), Entramados conceptuales en Trabajo Social, Categorías y problemáticas de la intervención profesional, Paraná, ER., FTS-UNER, año 2011.

Anexos:

Entrevista 1- Ts del equipo de tránsito.

La entrevista se orienta en ciertos ejes: experiencia personal, la institución y la interdisciplina, tu función en particular y qué percepciones generales tenés sobre las perspectivas que atraviesan el efector.

En cuanto a tu experiencia personal, ¿cuánto hace que trabajas en el campo de la Salud Mental, y si me puedes contar un poco sobre tu trayectoria profesional?

Ts: Yo hice las practicas pre profesionales acá en el hospital, desde el 2005 al 2007, hice los tres años acá. Después ingresé en el 2013, por un concurso, una convocatoria que se abrió Yo me había presentado varias veces pero bueno, no quedaba. En el 2013 arranque, me incorporé en el equipo del comité de admisión, que ahora es Transito y que también es medio comité de admisión. Desde el 2013 estoy en el mismo lugar.

Contame acerca de tu formación..

Ts: Si, yo me empecé la carrera en 2003, me recibí en el 2008, hice la tesina a medida que cursaba quinto año, y automáticamente, yo me recibí en julio, en agosto arranque a trabajar en auditoría de discapacidad, arranque a trabajar en la municipalidad de Fray Luis Beltrán. Después arranqué en la municipalidad de San Lorenzo, siempre en condiciones muy precarias, siempre teniendo muchos trabajos para poder lograr tener un sueldo. Después trabaje en el ámbito privado, trabajé en un instituto de Nefrología, muy interesante el trabajo. Un campo que no está muy explorado por nuestra profesión. Después trabajé en la guardia de Niñez de la provincia. Y después arranqué acá, también concurse para entrar en la municipalidad de Rosario. Y actualmente trabajo en esos dos lugares.

En cuanto a la institución y la interdisciplina, ¿cómo es el trabajo acá en el Agudo Ávila?

Ts: Acá en lo que es la institución, se piensa siempre el trabajo de manera interdisciplinaria. Los equipos están conformados por psicólogo, psiquiatra y

trabajador social y bueno los abogados que actualmente están como una especie de agente externo. En su momento eran también parte del equipo. A mi, por lo menos desde mi perspectiva, me costaría pensar mi trabajo por fuera de lo interdisciplinar, a lo mejor tiene que ver con el campo de Salud Mental, pero me parece que cada profesión tiene su perspectiva en función de la intervención en el abordaje de los usuarios. Mi recorrido, no es por fuera de un equipo interdisciplinario acá. Nunca hago un trabajo solo, aislada.

Ya un poco me contaste que los equipos están conformados por estos tres profesionales, ¿y cómo se distribuyen las tareas?

Ts: No sé si hay una distribución de las tareas. Realmente creo que nosotros, tiene que ver con una cuestión de cómo conformamos el equipo y cómo se da la dinámica dentro del tránsito, todos hacemos todo. Excepto yo no puedo medicar, ni el psicólogo tampoco, pero, por ejemplo, la psiquiatra sabe cómo se hace un certificado de discapacidad. No es exclusiva esa información del trabajador social, el psicólogo igual, sabe hacer ciertas gestiones, que se puede asociar al trabajador social. Y en el marco de la entrevista, nosotros tenemos ciertos recursos para poder hacer una entrevista a un paciente de salud mental. Si, en ese marco hay un montón de cuestiones, no es lo mismo entrevistar a un paciente con problemática de consumo de sustancias, que a un paciente que esté cursando una crisis subjetiva como una descompensación psicótica. Claramente hay, para mí, una limitación de nuestra profesión respecto a hacer ciertas entrevistas que le sirven a la cuestión de la intervención más a un psiquiatra y a un psicólogo que a un trabajador social. Pero bueno, en el equipo que estoy yo me parece que no hay una división respecto a funciones.

¿Cómo se interrelacionan los saberes de cada uno?

Ts: Los saberes, por definición, creo que un saber más específico tiene que ver más con la psiquiatría respecto a la medicalización. Me parece que la lectura que permite por ahí el psicólogo tiene que ver más en lo subjetivo, en el padecimiento. Y el trabajador social me parece que la herramienta fundamental que tiene es en el análisis de situación, en lo contextual. Nosotros cuando charlamos sobre algún paciente, nosotros nuestro aporte, lo que nos permite la

disciplina es hacer un análisis de situación más integral, porque creo que nos permitimos hacer una lectura, desde los vínculos familiares, desde lo territorial, desde el conflicto del barrio. El trabajador social creo que, en su formación, no puede no mirar de manera integral. Uno ve el paciente y no es el paciente y su padecimiento subjetivo. Tenemos siempre la necesidad de trabajar en su vínculo familiar, en su trayectoria personal, su historia de vida, cómo se maneja en su circuito barrial. Eso permite desde cada saber, justamente, armar otro abordaje en la problemática de salud mental.

¿Percibís un cambio o impacto en tu función desde la sanción de la LNSM?

TS: En realidad me parece que lo que permite la Ley es una revalorización de la profesión, es eso. En el tiempo que yo hacía las prácticas pre-profesionales, el trabajador social, trabajaba un poco más aislado, o por lo menos en mi recorrido con mi trabajadora social de campo en ese momento, hacia un trabajo más aislado. Y era un poco más acotado: el trabajador social era el que acompañaba al paciente a ver la pensión, el trabajador social era el que acompañaba a hacer el dni del paciente, el trabajador social era que conseguía el subsidio para esto, era como que se movía en ese universo de gestiones, que era solamente del trabajador social. Me parece que la Ley lo que permite es pensar en otro tipo de aportes, que podemos hacer nosotros, más desde un análisis coyuntural, más desde un análisis de situación, que no sólo podemos hacer el informe social para gestionar un recurso, sino también podemos analizar otros marcos. Somos parte de la estrategia terapéutica, que en otro momento me parece que quedábamos por fuera de eso y éramos más un gestor, si se quiere.

¿Cómo describirías tu función en los abordajes cotidianos?

Ts: No sé uno puede describir una función específica, por esto que yo te digo que en el equipo entrevistamos, y entrevistamos los tres y lo hacemos a la par. Si bien, a lo mejor el psiquiatra hace una pregunta determinada porque de eso determina la evaluación a la hora de medicar. Mi intervención es muy similar. Yo puedo hablar a un Centro de salud, pero mis compañeros también, o yo derivo un paciente a un centro de salud o a otro efector y también lo hace el

psiquiatra y el psicólogo. Para una institución especializada en la problemática de consumo de sustancias, lo derivo yo al paciente tal cual lo hace cualquiera de mis compañeros. Sí, creo que por el recorrido que yo tengo, personalmente yo, manejo ciertos recursos barriales, o ciertos recursos respecto a gestiones, a acceso a beneficios sociales, a protecciones sociales, que mis compañeros no. Que eso sí, por ahí delimita más mi función, porque bueno, en el logro o para poder conseguir ciertos recursos ahí está más mi función más delimitada.

Bueno, por lo que me decís no encontrás una dificultad en lograr un trabajo interdisciplinario...

Ts: No, en lo absoluto. Por lo menos desde el tránsito, es transversal el trabajo interdisciplinario. No hay ninguna dificultad.

En cuanto a tu situación laboral, en este momento ¿te encontrás en blanco, sos contratada, tenés deseos de permanencia, te satisface la remuneración, estas afiliada a algún sindicato?

Ts: Estoy en planta permanente. No me satisface en lo absoluto la remuneración porque tengo quince horas nada más, por lo cual tengo que tener otro trabajo. Estoy afiliada a ATE.

Sobre las percepciones generales de la institución, ¿percibís que persiste la hegemonía del campo médico, del campo PSI, crees que es algo que está en tensión?

Ts: Me parece que en la institución sí sigue priorizando el saber médico psiquiátrico, claramente. Desde las autoridades, de las áreas de gestiones, también. No es lo mismo conseguir para las vacaciones el reemplazo del psiquiatra, que conseguir el reemplazo de la trabajadora social. No da igual, por ejemplo, mi compañera psiquiatra estuvo de licencia y automáticamente el reemplazo apareció. Yo estuve de licencia por maternidad y mi reemplazo no apareció, fue a otro sector. O sea que para la institución no es imprescindible mi función dentro del tránsito. Pero sí la del psiquiatra, y la del psicólogo. La guardia, tiene una guardia interdisciplinaria pero es psiquiatra y psicólogo. No hay trabajador social. Y anteriormente, la guardia era solo de un psiquiatra. O sea que sí, para mí si bien quieren intentar ponerlo en tensión, sigue primando

el poder hegemónico psiquiátrico. Pero es más una bajada de línea de la institución y de las autoridades, no de mis compañeros. Por lo menos no en mi experiencia personal, durante mi trabajo jamás me han hecho sentir que su palabra vale más que la mía o su evaluación. Creo que uno también, sabe dónde tiene que inmiscuirse en algunas cuestiones y en otras para mí no es necesario ni discutirlos.

Ya que nombraste esto de las tareas de gestión y de coordinación, ¿creés que es estos espacios suelen ser ocupados siempre por un psiquiatra en lugar de un trabajador social o psicólogo?

Ts: Es depende, en la dinámica del tránsito, la figura del coordinador es un tapa agujeros, a mi percepción. Entonces, si el médico de guardia se demoró, o tuvo una eventualidad. El coordinador lo suple. O si, el psiquiatra del tránsito también tuvo un imprevisto, el coordinador lo suple. Ahora, ¿qué pasaría si ese coordinador sería un psicólogo? ¿O un trabajador social? ¿Puede hacer eso? Y la verdad que no. ¿Pero es necesario que lo haga? Lo recursos tienen que estar disponibles, el psiquiatra puede tener una eventualidad, pero tiene que aparecer otro recurso, no tiene que ser el coordinador quien lo reemplace. Para mí el coordinador tendría que ser una dupla, muchas veces lo blanqueamos, tendría que ser un psicólogo y un trabajador social, porque el trabajador social tiene lectura de gestión, tiene lectura de organización, una distinta que al del psiquiatra, no porque el psiquiatra no esté preparado, pero me parece que el recorrido nuestro tenemos formación para generar otro tipo de planificación, de organización de como pensar esta coordinación. Me parece que, de las tres disciplinas, la que mejor formación tenemos somos los trabajadores sociales, pero nunca somos tenidos en cuenta en lo absoluto para una cuestión de coordinación, jamás

¿Y por qué no?

TS: - Porque me parece que todavía, si bien hubo avances en lo que tuvo que ver en la ley de salud mental, no está pensando que el trabajador social los pueda ocupar a esos cargos, me parece que sigue la idea de que el medico tiene ese saber específico para la salud mental.

¿Encontrás obstáculos para desarrollar tu función?

TS: - Sí, los límites propios del espacio, me parece. Yo trabajo en otro lugar donde somos todas trabajadoras sociales y donde estamos en la asistencia social y donde claramente se puede ver la función del trabajador social, puramente la función nuestra, ponele más delimitada y acá uno a veces, qué sé yo, no puede hacer el pleno ejercicio de la profesión, no sé, depende a lo le llamemos pleno ejercicio de la profesión. Hacer una entrevista es propio del trabajador social y a lo mejor estoy escuchando a un paciente con una descompensación psicótica una hora y nada, no hay una intervención. En una descompensación es muy difícil, hay que ser muy cuidadoso con los aportes que uno hace porque me parece que sí carecemos de formación respecto a eso entonces, a veces uno tiene que ser cuidadoso en esos aportes.

La pregunta iba más a los obstáculos en términos de recursos, de desarrollar un trabajo intersectorial con otras instituciones...

TS:- A ver, estamos en estos momentos del país muy complejos donde el recurso no aparece fácilmente, donde todas las gestiones que en algún momento del país funcionaban, hoy no están. Desde el 2013 que estoy hasta ahora los primeros años que estuve ha sido más simple laburar con otras instituciones, derivar a un paciente para hacer una pensión, conseguir un subsidio de alquiler, se podía pensar desde otro lugar. Hoy esta dificultado, pero por una cuestión del contexto nacional muy complejo bajado claramente hoy en la provincia y la municipalidad.

Entrevista 2: Ts de Consultorios externos

La entrevista ronda sobre varios ejes, el primero es sobre tu experiencia personal. ¿Cuántos años hace que trabajas en el campo de la Salud Mental? ¿y acá en el Agudo Ávila? Y si podes desarrollarme un poco sobre tu trayectoria profesional.

Ts: Bueno yo me recibo en el año 2010, y en 2011 me presento a un concurso acá en el hospital Agudo Ávila, y es así como ingreso para cubrir una licencia. Y a partir de ahí me encuentro trabajando hasta la actualidad. Cuando se termina esa licencia, después me hacen un ofrecimiento para poder estar en el comité de Transito. Un año después me ofrecen ingresar a la internación con posibilidades de un cargo, así que bueno, hago esa experiencia en internación. Estoy aproximadamente 3 o 4 años ahí, y después paso a trabajar acá en los consultorios externos, a donde estoy ahora. Esa fue mi experiencia en Salud Mental y fue mi primera experiencia digamos.

Hablame sobre tu formación profesional...

Ts: Yo me recibí de la carrera de grado, y después fui participando en jornadas, cursos, seminarios, que me fueron interesando. Además, mi otra formación, soy maestra de nivel inicial, maestra jardinera que fue el primer título que tuve, y después decidí empezar trabajo social.

En cuanto a la institución y la interdisciplina, por ahí vos no estás trabajando en el equipo ahora, pero ¿cómo es el trabajo en el Agudo Ávila?

Ts: Bueno si te referís al momento donde me encuentro actualmente, va a ser difícil poder explicarte porque, por todo el proceso de cambios que se vienen dando en el hospital, y en general a partir de la sanción de la Ley de Salud Mental y bueno todos los cambios y transformaciones que plantea por un lado la ley, por otro lado la realidad que es estar trabajando en un hospital de Salud Mental y bueno uno va viendo y midiendo si eso que plantea la ley realmente se va dando y se va concretando en la práctica. Por otro la realidad institucional es bastante caótica y bastante compleja ya desde hace un par de años. Hablo concretamente del sector a donde me toca trabajar que son los

consultorios externos porque la última dirección, que es la que está actualmente en funciones, viene a proponerles a los trabajadores de los consultorios externos, una serie de propuestas que van a implicar cambios en el modo de funcionamiento de este sector. Este sector está conformado por psiquiatras, psicólogos, y por un área de trabajo social. Como bien decís vos, este sector no se lo ha pensado o ha seguido una lógica histórica, de esta cuestión de trabajar en consultorios y no bajo modalidad de equipo interdisciplinario. Entonces desde Trabajo Social, aparecemos nosotros como un servicio, así al menos se lo nombraba. Éramos tres colegas, que bueno, una compañera se fue hace unos atrás, quedamos dos, esta compañera mía se le pide que pase a destinar parte de sus horas de trabajo a otro dispositivo de este hospital, por cuestiones de que la trabajadora social que estaba en ese dispositivo se va del hospital y era necesario cubrir ese lugar, entonces ella pasa a destinar parte de sus horas a ese dispositivo, y bueno terminé quedando yo sola, con toda la demanda que aparece en los consultorios externos e intentando trabajar con el plantel de psiquiatras de este sector. Lo cual genera un montón de inconvenientes a nivel de condiciones laborales porque bueno, no es lo mismo pensarse tres personas trabajando para un sector, que pensarse una sola haciéndolo. Más allá de que esto no fue constituido bajo la modalidad de interdisciplina, uno eso no lo abandona a la hora de trabajar porque creo que estamos formados para trabajar con otros, y yo entiendo mi trabajo a partir de ubicarme en ese lugar. No puedo pensarme trabajando sola si bien hay cosas específicas que las hacemos solas digamos, pero siempre contemplando las otras miradas de las otras profesiones que vienen a aportar a la hora de intervenir con los usuarios con los que trabajamos.

¿Cómo llega la demanda a vos en los consultorios externos?

Ts: La demanda, primero no debería llegar espontáneamente, sino que debería llegar a partir de un acercamiento del médico psiquiatra que cuando evalúa que es necesaria la intervención de un trabajador social para acompañar a estos usuarios en distintas cuestiones. Lo que se espera que el médico psiquiatra haga es acercarse a la compañera trabajadora social, plantearle la situación, y pensar juntos las estrategias a llevar adelante en relación a esa situación que

viene a plantear. Ese es el primer acercamiento a la situación, y después a partir de ahí se define cómo se va a trabajar en relación a ese paciente. Definiendo así, distintos tipos de intervenciones.

Por lo general, ¿son pacientes/ usuarios que se han dado de alta de acá o cómo se referencian con vos?

Ts: No, digamos, consultorios externos atiende a pacientes o usuarios que no están internados, justamente son personas que no están internadas y que vienen acá a hacer su tratamiento en forma ambulatoria, así que por eso te digo la manera cómo llega es a partir del acercamiento de los psiquiatras a plantear cuál es la situación actual de esa persona.

Bueno, un poco ya lo contaste, pero qué cambios puedes advertir a partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental en tu trabajo cotidiano?

Ts: depende qué cuestiones de la Ley de Salud Mental te estés refiriendo, porque la ley de Salud Mental plantea distintas cuestiones.

Yo: Más que nada en los nuevos lineamientos respecto del abordaje interdisciplinar en el padecimiento subjetivo, la posición de igualdad de nuestra profesión frente al médico psiquiatra, que es la profesión hegemónica por excelencia en Salud Mental, si existe un abordaje más intersectorial, ¿podés trabajar en red con otras instituciones como Desarrollo Social, los centros de Salud, la municipalidad?

Ts: Lo que plantea la ley de Salud Mental en principio como eje fundamental es laburar la desmanicomialización, después habrá que ver qué implica esa desmanicomialización, ¿qué implica? que las instituciones monovalentes se van a cerrar? Bueno, si se van a cerrar en el 2020 como lo plantea la ley, ¿qué dispositivos o qué recursos del Estado van a garantizar que estos usuarios de Salud Mental tengan cubierta su atención de SM en otros efectores de salud que no sean los hospitales monovalentes? La idea es que en los hospitales polivalentes o generales, y en los centros de salud también puedan recibirse a esta población que es usuaria de la Salud Mental. No te puedo dar estadísticas de cómo viene funcionando esto en el resto de los efectores, pero sí puedo decir que no es nada fácil, pensar a esta población que viene atendándose acá

hace años y que tiene una historia muy fuerte en el hospital, de mucha referencia con el hospital, pensarlos en otro lugar. Lo ideal, lo esperable sería que estas personas también pudieran atenderse en otros lugares y pudieran ser bien recibidos y existieran los recursos en esos otros efectores de salud para poder atender a esta población, pero si vos me preguntás eso lo veo bastante difícil por la situación de la salud pública en general. Ahora se espera que otros lugares puedan recibir a esta población, eso no es ni va a ser una tarea fácil. Al menos es lo que uno ve en la práctica a partir de la experiencia propia, y de hablar con el resto de los compañeros que también plantean situaciones en relación a cómo se encuentra hoy la salud pública en la ciudad. Después con respecto a lo que plantea la ley sobre el abordaje desde la interdisciplina y donde se propone que haya una horizontalidad respecto a las relaciones de poder que atraviesa a estos equipos, y que como vos decís históricamente el lugar del médico psiquiatra es el lugar por excelencia de hegemonía y sobre todo en un hospital psiquiátrico donde siempre las otras profesiones quedamos como asistiendo, en ese lugar de asistente o de auxiliar de ellos. Uno lucha todo el tiempo para que eso no pase. Desde Trabajo Social, al menos desde mi trabajo cotidiano trato de no quedar enganchada en esos lugares donde yo vengo a ocupar esos lugares ni de asesora ni de secretaria ni de asistente de otras profesiones. La ley bien lo plantea que estamos en situación de igualdad a la hora de recibir a un paciente y de pensar juntos la estrategia digamos. No se trata de que va a haber una disciplina que va a decidir por sobre las otras. Se supone que se decide en equipo siendo capaz de poder oír todas las voces. A veces no es fácil, en la práctica no es fácil. Pero bueno también es parte responsabilidad nuestra ubicar a los demás también en tiempo y espacio, ubicar al otro en estas cuestiones.

¿Cómo describirías tu función en un abordaje cotidiano?

Ts: Básicamente lo que hacemos es escuchar. Yo creo que si no tenés la capacidad de escuchar no podés hacer ninguna intervención. La primera intervención y la fundamental para mí es escuchar lo que el otro viene a decir y obviamente tener deseos e interés por conocer la vida de esa persona, en tanto a uno le sirva para poder pensar las estrategias, el armado y la planificación del trabajo. Pero para poder pensar y planificar el trabajo con cada uno de los

pacientes tenes que conocer la historia y la realidad de esa persona. Más allá de la demanda de esa persona, porque esa persona puede venir a con una demanda concreta, por ejemplo tramitar una pensión. Te digo lo más común o lo que más se asocia el trabajo social que es “tramitar cosas”. Documentos, subsidios, pensiones. Además de esas demandas, aparecen otras que pueden ser tan o más interesantes o tan importantes como eso que viene a pedir.

Sobre tu situación laboral, ¿te encontras en este momento en blanco, sos contratada, tenés deseos de permanencia, te satisface la remuneración, estas afiliada a algún sindicato?

Ts: Mi cargo es un cargo es un cargo de 24 horas, estoy como interina todavía no tengo el cargo definitivo de planta permanente, es un estado anterior al pase a planta definitivo. Pero el cargo es mío, me corresponde. Lo que se suma a mi situación es que en esta cuestión, en este contexto, en el que se intenta que el manicomio se convierta en otro tipo de servicio, se decide desde la dirección del hospital abrir un centro de salud. Se piensa desde el ministerio de salud de la provincia abrir en el mismo espacio físico, donde funciona el Hospital Agudo Ávila, y concretamente donde funcionan los consultorios externos, se plantea la apertura de un centro de salud, el cual ya se inauguró hace tres meses, y en donde me encuentro trabajando. Por lo cual mi cargo hoy, está dividido y repartidas las horas entre los consultorios externos del hospital Agudo Ávila, y las horas que destino de ese cargo al Centro de Salud N° 36, perteneciente a la provincia, que está funcionando acá en el hospital.

O sea que no tomaron otro personal para el Centro de Salud...

Ts: no, digamos que me ofrecen ser parte. Y a la vez va de la mano con esta idea de desarmar los consultorios externos para que ya no siga funcionando como venía funcionando y plantear otra propuesta por parte de la Dirección. Propuesta que no ha sido bien recibida por los trabajadores de este sector. Porque genera muchas preguntas a las personas que hace muchos años venían trabajando acá, y de repente se encuentran con que esto no va a funcionar más y va a funcionar de otra manera. Pero a la vez, para que pueda funcionar de otra manera tienen que estar dadas ciertas condiciones afuera. Porque si uno no va a atender más a la población, si el Agudo Ávila no va a

atender más consultorios externos, ¿qué pasaría con esa población? ¿a dónde se atendería? Esa población debería atenderse en el territorio donde se encuentra viviendo, que puede ser cualquiera de los distritos de la ciudad de Rosario. El tema es, ¿están preparados esos territorios a nivel de Salud Pública, desde los centros de salud, y desde los hospitales generales para atender esta demanda que hoy se atiende acá en el Agudo Ávila?

¿Tienen un tiempo determinado para concretar el cierre de los consultorios externos?

Ts: es un proceso que al momento se viene dialogando, con la actual dirección que tampoco va a estar mucho tiempo más, porque en diciembre se van. Cambian las autoridades. Es un proceso que al momento se viene discutiendo, para poder definir cómo se va a seguir. Al momento todo se está negociando.

Bastante caótico me imagino...

Ts: si sí, es caótico.

En cuanto a las percepciones generales que tenés del hospital monovalente, que se está terminando o está con vistas a convertirse en otra cosa. ¿Vos percibís que aún persiste la histórica hegemonía del campo médico, del campo psi? ¿qué pasa en el consultorio externo respecto a eso?

Ts: creo que es diverso. Uno no trabaja con todos los compañeros de la misma manera, ni entabla las mismas relaciones o vínculos. Hay personas que pueden ser más resistentes que otras. En general lo que uno trata es de poder llegar a acuerdos en cuanto a cómo llevamos el trabajo en relación al paciente. Pero bueno, dentro de lo que es el campo de la psiquiatría encontrás distintas miradas. Al uso de la medicación, y a distintas prácticas.

¿Creés que el TS al no pertenecer al campo psi, tiene obstáculos a la hora de hacer aportes en relación a un abordaje?

Ts: yo me pienso como parte de la estrategia terapéutica. Me siento parte a la hora de decidir, ya te digo, habrá situaciones en las que es más difícil ser escuchada. Pero también, a mí me enriquece mucho poder escuchar lo que las

otras profesiones tienen para decir, porque a mí me suma. Porque yo sola no puedo tomar ciertas decisiones, creo que necesito de otros para poder pensar cómo trabajar con determinados pacientes, porque estamos hablando de la salud de las cabezas de esas personas, de la vida de esas personas y uno trata de trabajar de la forma más responsable posibles. Porque también ocupamos un lugar de poder, nos guste o no nos guste, ocupamos un lugar de poder respecto de ese paciente. Entonces hay que ser muy cuidadosos en las intervenciones que uno hace, ya te digo, porque se trata de la Salud Mental y de las vidas de esas personas que vienen a contarte sus historias, entonces creo que merecen ser tratadas con el mayor respeto posible y bueno, para mí es enriquecedor trabajar con otros y escuchar lo que los demás tienen para decir, como así también me parece importante que a mí me puedan escuchar cuando tengo algo para decir, y que en conjunto podamos armar distintas propuestas de intervenciones.

¿Encontras una especificidad del Trabajo Social en lo que es la intervención en el consultorio externo?

Ts: No sé si es específico o único del trabajo social, pero nuestra mirada está puesta en el tema de los Derechos. De los derechos humanos, va de la mano con lo que te acabo de decir recién, ser respetuoso de la historia que esa persona tiene para contar y ser respetuoso también de lo que uno dice y hace. Sí es eso, la especificidad son los derechos. Hacer lo posible para que esos derechos se efectivicen, se cumplan. Muchas veces para que eso pase hay que acompañar. Justamente esa es la tarea nuestra, me parece, y la función que cumplimos en estos lugares, es: yo te acompaño para que esto que vos estas necesitando lo puedas realizar. También, sabes que las personas que vienen acá, vienen con múltiples situaciones de vulnerabilidad. Y en esas situaciones de vulnerabilidad, como cualquier ser humano, necesitas de un otro.

¿Percibís que para un trabajador social es más dificultoso acceder a cargos jerárquicos o de gestión? teniendo en cuenta también que Trabajo social es una profesión feminizada, y la mayoría son mujeres. Lo que podría ser un doble filtro, ser mujer y no ser médico.

Ts: Desde que estoy, directoras mujeres hubo una sola. Otra que fue vicedirectora, y ninguna de ellas es trabajadora social. Si te referís a cargos de gestión, la mayoría fueron siempre hombres y médicos. En los nueve años que hace que trabajo, todos hombres exceptuando una mujer directora y otra vicedirectora y una colega nuestra, que es representante de los profesionales en el hospital. ¿Vos te referís a la mujer, o a la mujer trabajadora social?

Es una doble pregunta que yo me hago. ¿El que llega a un cargo jerárquico o de gestión qué perfil tiene? ¿Es un varón y es un médico? ¿Será que los Ts no llegan a ocupar estos espacios porque su perfil es no médico y la mayoría son mujeres? ¿Será que para dar cuenta en un cargo de estos con tu carrera de Trabajador o trabajadora Social no lo podés hacer?

Ts: No sé si la respuesta es muy fácil de contestar. Ya de por sí el hecho de ser mujer hace que las posibilidades de poder acceder a cargos jerárquicos sean menores, me parece a mí. Y es cierto que los Ts en su mayoría somos mujeres, entonces eso tampoco no "colabora" a la hora de conquistar esos lugares. Y después bueno, hay definiciones que son políticas a la hora de ocupar esos lugares también. Pero sí tienen me parece, mayores ventajas los hombres que las mujeres sin dudas.

Entrevista 3: Ts de uno de los equipos de internación

La entrevista se divide más o menos en ciertos ejes o temáticas. La primera es sobre tu trayectoria profesional, ¿cuánto hace que trabajas en el campo de la Salud Mental?

Ts: Yo trabajo en Salud Mental desde fines de 2007. Estuve dos años y pico en una institución de adicciones, después desde el 2019 hasta el 2019 trabajé en una institución privada de Salud Mental, donde se realizaban tratamientos ambulatorios a modo de Centro de Día y acá en el Agudo Avila desde el 2015.

¿Cómo ingresaste?

Ts: por concurso, en el año 2015.

Comentame acerca de tu formación profesional.

Ts: Bueno, yo hice la carrera de grado. Me recibí en el año 2011. He hecho muchos cursos de Salud Mental. Uno en particular de dos años que era específicamente en atención en familias. Después estoy terminando la Maestría en Salud Mental Comunitaria en Lanús, es un posgrado y mi tema de Tesis es "La intervención en Salud Mental en los Hospitales Generales" y también estoy haciendo el doctorado aquí en la UNR, y mi tema tesis es sobre "La intervención del Trabajo Social en los equipos interdisciplinarios en Salud Mental". También he hecho la diplomatura en Salud Mental y adicciones, y bueno muchos otros cursos respecto al tema.

Bien, sobre la institución y la interdisciplina, ¿cómo es el trabajo en el Agudo Ávila?

Ts: Bueno este es un hospital que desde la sanción y posterior reglamentación en el 2007 de la ley provincial de salud mental, es un hospital interdisciplinario, o sea, está todo diseñado para que la atención de cada paciente en contexto de internación sea interdisciplinaria, interviniendo psiquiatría, psicología, y trabajo social, como así también el departamento jurídico, pero éste de alguna... no tan cotidiano sino al llamado a la intervención, en cambio psiquiatría, psicología y trabajo social la atención es en conjunto permanentemente.

¿Cómo se distribuyen las tareas?

Eso depende de cada equipo. En mi equipo las tareas, por más que cada uno tiene su especificidad, son bastante equitativas en la distribución, no hay una distribución segmentada. Obviamente el psiquiatra es quien medica y solamente lo puede hacer él. Los psicólogos llevan la entrevista, según la situación con su impronta. Hay trámites obviamente, o cuestiones específicas del Trabajo Social. Pero en lo que es la evaluación la hacemos de manera conjunta, lo que es el diseño de la estrategia terapéutica asistencial lo realizamos es bastante equitativa. Puede haber situaciones en las que perfila más el protagonismo de una disciplina que de otra. Hay situaciones que, por ahí, la dirección clínica, cierta especialidad tiene más protagonismo cierta especialidad que otra, o puede haber transferencia también, es decir que el paciente este transferenciado con uno de los integrantes del equipo y esa persona puede llevar más adelante la intervención. Pero las distribuciones bastante equitativas. Por ejemplo, si hay que llamar a un Centro de Salud puede llamar cualquiera de los tres, si hay que hacer una referencia institucional es en conjunto, los informes se hacen en conjunto también, es bastante equitativo.

¿Cómo se interrelacionan los saberes de cada profesional?

Ts: y bueno la idea... al ser las entrevistas (la principal de todas las tareas) en conjunto, ya ahí hacemos una evaluación construida y definida grupalmente, ya se construye simultáneamente la evaluación. Entonces no es necesario un intercambio de información, porque la misma es recaudada en conjunto, sino un intercambio de evaluaciones. Sería muy diferente si cada uno haría la entrevista por separado. Hacer en conjunto la entrevista al paciente, al familiar, o a la institución de referencia hace que toda la producción clínica sea una construcción unánime digamos, es decir, una construcción que le pertenece a todos. Entonces el intercambio no es de información, sino de evaluación, de contenido clínico, según las especialidades, de lecturas. Y también, tenemos reuniones de equipo, en las que una vez participa la coordinación, y también como estamos en un mismo espacio físico, compartimos la misma oficina es constante el intercambio de saberes, respecto a cada paciente. Ayuda mucho

cómo está diseñado el hospital, que trabajamos por equipo y no por servicios. Si estarías orientadas las intervenciones por servicio, ahí sí sería diferente lograr la interdisciplina, más dificultoso

En cuanto a tu función, vos ingresaste cuando ya estaba sancionada la Ley de Salud Mental, ¿cómo impactó esta Ley en tu trabajo?

Yo ya cuando entré acá en el 2015, ya llevaba cinco años la Ley de SM. No obstante, la reforma de este hospital, como te contaba antes, fue en el 2007 junto con la reglamentación de la Ley Provincial, que para aquella época ya era novedosa, entonces esa Ley Provincial ya había cambiado y definido cómo debía ser el hospital. Cuando sale la Ley Nacional, ya estábamos bastante actualizados en este hospital, en las reformas que requería. Por ahí la Ley Nacional, en lo que ayuda es en cómo se deben tomar algunas decisiones, la relación con el Poder Judicial que es otra, en cuanto a la libertad del equipo de tomar algunas decisiones y no un Juez, en asuntos civiles, no en lo penal, en lo penal sigue siendo un poco como antes. Pero bueno, en ese sentido contribuye. Yo ya trabajaba en adicciones antes de la Ley de SM y en una institución de Salud privada, y creo que en esos lugares ya tenían el espíritu de trabajo según lo que dice la Ley de SM, pero bueno creo esta Ley viene a saldar un asunto pendiente, porque en muchos lugares no se trabajaba de esta manera, y en otros sí, pero no había una ley que acompañe, o sea que ayuda. Yo trabajaba en una institución privada, que bueno trabajábamos desde este enfoque que dice la ley, y cuando esta sale fue bárbaro, dijimos que bueno que salió esta ley porque queríamos trabajar así, digamos. Entonces en ese sentido, bien.

¿Cómo vos describirías tu función en los abordajes cotidianos de la internación?

Ts: Mi función como Trabajador Social, nunca la puedo dejar de pensar en términos interdisciplinarios, o sea pensarlo siempre con otro. Con el psicólogo, con el psiquiatra. Pensarlo en conjunto, cómo encarar la situación, la intervención, cómo llevar adelante la entrevista, cómo hacer intervenciones de contención afectiva, de contención anímica, que es algo que se hace mucho, que es muy importante saber hacerlo y hacerlo bien, porque bueno, son

personas que van a esperar que vos estés al lado de ellos, y que cumplas tu función en esos términos, de acompañamiento. Entonces, por un lado está esa función, de acompañamiento, asistencia cotidiana hacia el paciente, hacia la familia también. Es muy importante pensar la intervención en términos no individualizada de ese sujeto, sino ese sujeto en un determinado vínculo familiar, en un determinado barrio, en determinado centro de salud o con determinadas instituciones y pensar la intervención con ese nivel de lectura. Por otro lado, en lo específicamente profesional bueno, cómo acompañar a esta persona que especialmente cuando está internada acá muchos vienen en un cruce de sentimientos, en un derrotero de pérdida de derechos sociales, un montón de cuestiones afectivas y vinculares que dañaron mucho la red de contención, y bueno, hay que pensar cómo acompañar su proceso de reordenamiento podríamos decir subjetivo que debería ocurrir en la internación, cómo acompañar para que esa persona pueda recuperar y desarrollar nuevos espacios de integración social, de acceso a ciertos derechos de protección, cierto acceso a la cultura, bueno a todo lo que uno puede brindar desde el Estado no?. Si puede acceder a una orientación, a un beneficio social, por ejemplo la AUH, a una pensión graciable, a una pensión derivada, y todas las herramientas que se diseñan desde la política social pública, que estén al acceso y adaptadas a la realidad de cada persona con su cierta singularidad.

Como equipo, ¿Se plantean desde el ingreso cómo llegar a la externación? ¿O qué camino transita esta persona desde que ingresa acá?

Ts: Son varias etapas: al ingresar lo evalúa la guardia, y determina si tiene criterio de internación o no. Si es así, lo evalúa un comité de admisión que hace una evaluación más exhaustiva podríamos decir y más integral de lo que puede hacer una guardia. El comité evalúa la situación familiar, tratamientos previos a cómo llego al hospital, se evalúan bueno, una serie de elementos y se da una hipótesis de tratamiento sin pronóstico de internación. Por ejemplo bueno, probando este tratamiento una semana o dos o un mes, se va viendo. Con los fines de por un lado estabilizar un cuadro psicopatológico, y pensar su estado de salud en un ámbito de cuidados no institucionalizados, o sea la persona que esta acá internada, está bajo el cuidado permanente de

profesionales: enfermería y los equipos y eso responde a un tratamiento, cuando la persona se va de alta, se evalúa la autonomía de esa persona para cuidarse a sí mismo, y también dejar que otro lo ayude en las cosas que sea necesario, eso también se evalúa. Hay personas que están muy sujetas a eso, a las dificultades del cuidado de otros. Muchas veces la internaciones no solamente responden a procesos subjetivos psicopatológicos de la persona que está internada sino de las cuestiones afectivas, sociales, vinculares, y los cuidados que requiere por fuera.

¿Encontras dificultades en lograr el trabajo interdisciplinario? y si es así, ¿cuáles son estas dificultades?

Ts: Dificultades puede haber siempre porque por ahí, no estamos formados para trabajar con otros. Las carreras de grado por ahí, en alguna cuesta pensar o desconocemos que piensa un psiquiatra, psicólogo, un abogado. Lleva muchos años, primero ya es difícil trabajar en equipo, es muy importante trabajar en equipo, pero no es nada sencillo trabajar en grupo permanentemente cuando ese grupo es armado no espontáneamente sino arbitrariamente, te toca trabajar con alguien que te tocó, no elegís con quien trabajas, simplemente ocurre. Eso, por un lado, y después en las cuestiones más técnicas epistemológicas también, porque no todo se puede resolver interdisciplinariamente, hay situaciones en las que hay muchas dificultades en pensar ¿cómo se encara esto de forma interdisciplinaria? ¿Qué sería? Muchas veces esta bueno porque no te sentís solo laburando, tenés la herramienta del otro, que te orienta y que piensa con vos y viceversa, pero bueno, no es algo tan sistematizado, tan mecanizado, siempre hay una cuestión muy singular también. Se construye en cada caso, cómo vamos a trabajar como equipo. Hay que trabajar hoy, con esta persona en particular, en términos interdisciplinarios, ¿qué sería? En mi profesión ¿qué sería esta intervención? No es tan sencillo. Pero es desafiante y lo rescatable es que entre compañeros estamos de acuerdo en trabajar así, que hay dificultades, pero estamos de acuerdo. Hay un consenso en cuanto al trabajo en equipos. Porque no siempre pasa eso, a veces pasa que algún profesional te dice yo quiero entrevistarlo solo al paciente, o te dice vos no preguntes tal cosa, raro que ocurra, pero hay

excepciones. Mayormente todos estamos de acuerdo en pensar la intervención en conjunto.

Sobre tu situación laboral, ¿vos te encontrás en blanco, sos contratado, tenés deseo de permanecer acá, te satisface la remuneración, sos afiliado a algún sindicato?

Ts: Yo hace cuatro años que estoy acá y todavía no tengo un cargo, como muchos. Estoy facturando. Ahora hay una reforma sindical, un arreglo con los gremios, de que el en transcurso de estos meses, se resolvería mi situación laboral, y la de otros compañeros que se encuentran en la misma. Estoy a la espera de eso, estoy facturando y facturo mucho menos, y gano mucho menos de bolsillo de lo que ganaría cualquier empleado de la provincia. Estoy en una situación totalmente irregular. ¿Si me gusta?, sí me gusta, pero económicamente no, la verdad que no. Pienso que los que trabajamos en esto tendríamos que ganar mejor. Un ingreso que te permita solamente tener un trabajo. Hoy a nadie le alcanza el sueldo que tiene acá, para vivir tenés que buscar otra cosa por fuera. No llegás a mantener un alquiler ni a vivir, es un sueldo piso. Tampoco creces con el tiempo, con la antigüedad, no hay mucha expectativa a futuro, de que con el tiempo vas a mejorar, no. Es esto y chau. Obviamente, es muy buscado porque te da una estabilidad laboral, que es algo muy deseado por cualquier trabajador, la estabilidad laboral. Pero bueno, tenes un techo bajo acá.

¿Eso es en general en el sector salud?

Ts: Si, salud provincial está peor que salud municipal. Gana más un profesional en salud municipal.

¿Y no perteneces a ningún sindicato?

Ts: No, en mi función asistencial no. Como docente, sí. Estoy afiliado a COAD.

Esto de tener trabajadores facturando ¿es en general, es tu caso en particular?

Ts: No, somos varios. Es la manera que el hospital resuelve, cómo tapan los huecos.

Respecto de tus percepciones generales del hospital monovalente, ¿Vos ves todavía esto de la hegemonía del campo médico, del campo Psi, percibís que es algo que todavía está en tensión?

Ts: Yo creo que es algo que todavía está en tensión, está en el aire. Pero bueno, podríamos decir que no es tan grave, desde mi percepción. Es algo que se puede resolver. Cuando alguien viene con un discurso de esas características, creo que se conversa, con la mayoría, y creo que se desarma fácilmente, esa hegemonía. Está, hasta en uno mismo inclusive, todas las veces que esperamos que la medicación resuelva algunas cuestiones o pensamos que, bueno, le ponemos cierto ímpetu a algunas cuestiones biologicistas o positivistas. Pero bueno, creo que eso no es disciplinar. No es algo que esté en una u otra disciplina, sino que es una cuestión más epistemológica. El positivismo en esos términos atraviesa a todas las profesiones. Y creo que eso mayormente, en la práctica de lo cotidiano se va desarmando. Creo que los mismos psiquiatras, tienen una apertura a pensar su profesión y su práctica profesional de una manera abierta, escuchan lo que uno tiene que decir, escuchan las observaciones que uno hace y están a la espera de que uno colabore con la intervención. Entonces, no lo veo en el hospital como una cuestión concluyente. Pero en los privados, no obstante, por ahí sí. En el privado donde yo trabajaba antes, no empezó así, empezó con una lectura más abierta y se fue yendo hacia esa cuestión más biologicista, se fue yendo hacia una cuestión más médica, que va muy enlazado con una administración de la institución. Por ahí administrar la institución de esa manera, es más fácil que de otra.

¿Encontrás algún obstáculo en el desarrollo de tu profesión? ¿Ya sea Político, epistemológico, Técnico-operativo, de recursos?

Ts: Para nosotros los trabajadores sociales, nuestros recursos son las políticas sociales, principalmente. Y al haber poquitas, es poquito lo que uno puede pensar. En una situación donde por ahí está muy afectada en las cuestiones habitacionales, no hay mucho que vos puedas resolver, menos en un contexto de intervención. O el acceso a ciertos ingresos, o el acceso a ciertos espacios de socialización. Al ser un hospital regional, que recibe todas las situaciones

del Sur de Santa Fe, territorialmente es enorme, entonces por ahí vos tenes una situación que tenes que pensarla afuera, y claro, es inabarcable, ese afuera. Siempre estás pensando desde cero. Es muy importante como funciona esto desde el primer nivel. Porque el primer nivel conoce qué hay en el barrio, qué hay en el territorio, dónde se puede integrar el paciente, entonces es muy importante cómo trabaja la red. Por ejemplo, tengo tal persona que se va a ir de alta y que está súper desafiado de todos los espacios de integración social, ¿dónde se podrá incorporar? Eso lo tenes que pensar con el otro, con el primer nivel. Y también algo muy importante es la cuestión intersectorial, pensar la situación con otros sectores del Estado, con trabajo, con educación, con desarrollo social, con otros sectores del Estado, porque la intervención debe ser intersectorial. La mayoría de las veces nos encontramos que no, que estamos siempre solos. A veces el hospital únicamente ofrece una cama, enfermería, y nuestra entrevista. Pero nuestra entrevista no puede torcer la realidad de esta gente. Necesitas políticas sociales más que integradas. En eso por ahí, nuestra agenda es bastante acotada. Nuestros recursos son pocos y no le cambia mucho la vida a la gente. Entonces sí, esa dificultad es importante: ¿Qué recursos ofrecen los otros sectores del Estado para beneficiar a la problemática de salud de esta gente? Eso es lo que uno no encuentra, vos vas a vivienda y no encontrás nada. Muchos pacientes que están internados acá, están por cuestiones habitacionales, y vos tenés un ingreso de casa asistida cada dos años, ¿te imaginas que cuánto vas poder resolver? No digo también que todo se resuelva con muchos recursos, por ahí tenés diez casas asistidas y no las llenas. No tenés a nadie que encuadre o se adapte a esos lugares. Pero bueno, principalmente eso, por ahí estamos solos acá en el hospital, y nos cuesta pensar que esta intervención involucra a muchas más cosas que lo que el hospital ofrece.

¿Ves dificultades u obstáculos en la llegada de trabajadores sociales a otros cargos jerárquicos dentro del hospital o dentro del campo salud?

TS: - Yo creo que eso se fue resolviendo mucho. Creo que sí, por ahí en el hospital los cuatro que tienen cargo de gestión son médicos. Antes había un psicólogo, no sé cómo sería si habría un trabajador social. Eso se elige verticalmente desde arriba, no sé. No creo que sea imposible que pueda ocurrir

y no creo que sea mal visto si la gestión es buena, podría ocurrir que haya un trabajador social cumpliendo un rol jerárquico. Hay áreas como la guardia en donde es más difícil porque están los médicos permanentemente ahí, un cargo de gestión. Hay cuestiones muy médicas que bueno, un trabajador social no podría dar cuenta. Entonces la guardia es una cuestión muy médica, entonces sí el trabajador social quedaría con mucha dificultad. Antes había una coordinadora que era trabajadora social, ahora hay un psiquiatra, pero ella podía dar cuenta con su profesión en la coordinación.



Autoridades inaugurando el Centro de Salud N° 36, en el Hospital Agudo Ávila.



|

|