



Universidad Nacional de Rosario

Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales

Escuela de Trabajo Social

Tesina de Grado

Título: “Salud Mental, Trabajo Social y Visita Domiciliaria: un encuentro dialógico”

Autora: Roa, Maisa Alfonsina

Directora: Lic. Bovino, Betina

Rosario, Junio 2019

AGRADECIMIENTOS:

Es imposible concluir esta etapa sin antes agradecer a quienes me acompañan y apoyan todos los días, en primer lugar a mi papá Abel y mi mamá Stella por haberme dado la posibilidad de formarme académicamente en la Universidad Pública y creer siempre en mí. A mis hermanos Milton –*mi debilidad*- y Stefania por todo el amor recibido, especialmente a Stefi con quien compartimos tres hermosos años de convivencia, aprendiendo una de la otra.

No puedo dejar de mencionar a mi compañero de vida, Mauro, a quien sentí cerca aun estando a kilómetros de distancia, no me dejó caer en todos estos años, me alentó a seguir siempre mis sueños y me enseñó que existen otras formas de estar presente y dar amor.

En este camino tan hermoso estuve acompañada por seres maravillosos que tengo la suerte de llamar “amigas”, tanto las que estaban lejos como las que conocí en la gran ciudad, siempre estuvieron para mí.

También quiero dar las gracias a Betina, quien no solo fue la tutora de la presente tesis sino que también me enseñó a amar aun mas a esta profesión. Me acompañó y me guió durante mi formación, brindándome siempre sus conocimientos y regalándome su tiempo desinteresadamente.

Me enorgullece haber transitado todos estos años en la Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales donde me sentí como en casa. Es menester destacar la labor de todos los profesionales que se desempeñan en la misma, quienes siguen luchando por nuestro futuro y una Universidad Pública de calidad.

Por ultimo pero no menos importante, quiero dar mis más sinceros agradecimientos a todos aquellos profesionales del Centro Regional de Salud Mental “Dr. Agudo Ávila” con quienes compartí dos hermosos años que me permitieron crecer profesionalmente. Especialmente a aquellos que me brindaron entrevistas para poder realizar mi trabajo final.

Todas las personas que se cruzaron en mi camino me hicieron ser quien soy hoy, y estoy feliz de poder cumplir este gran sueño rodeada de gente tan linda. Siempre van a estar en mi corazón.

¡GRACIAS!

Maisa.

INDICE

AGRADECIMIENTOS.....	1
FUNDAMENTACIÓN.....	4
PROPUESTA METODOLÓGICA.....	7

CAPITULO I

SALUD MENTAL, UN CAMPO EN CONSTRUCCION.....	10
I. Salud	11
II. Salud Mental	13
III. Relaciones de saber-poder en Salud Mental	15
IV. Breve recuperación histórica de la Salud Mental	18
V. Marco legal.....	21
i. El camino hacia la desmanicomialización.	21
ii. Antes y después de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657	24
VI. La incorporación del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental	27
i. Salud Mental: la perspectiva de las y los Trabajadores Sociales del CRSM “Dr. Agudo Ávila”.....	28
VII. Centro Regional de Salud Mental “Dr. Agudo Ávila” (CRSM)	30

CAPITULO II

INTERVENCIÓN, TRABAJO SOCIAL Y SALUD MENTAL	34
I. Intervención profesional.....	35
i. Usuarios de la Salud Mental	39
II. Estrategias de intervención	40
III. Técnicas e instrumentos de intervención profesional	43
i. La entrevistas	43
ii. El Informe social	44
iii. La observación	45

CAPITULO III

VISITA DOMICILIARIA: TÉCNICA DE INTERVENCIÓN PROFESIONAL	47
I. Fundación de la primera “Charity Organization Society” y los orígenes de la visita domicilia	48
II. La utilización de la Visita Domiciliaria en Salud Mental.....	50
i. Procedimientos antes, durante y después de la visita domiciliaria	54
ii. Ventajas y desventajas	56
iii. Sentimientos	57
REFLEXIONES FINALES	60
BIBLIOGRAFIA.....	63

FUNDAMENTACIÓN

La elección del tema surge a partir del recorrido realizado en las prácticas profesionales de la Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales *-la misma tiene como objetivo formar profesionales capacitados en el área de las ciencias sociales, para investigar, analizar e interpretar las problemáticas sociales, en el marco de las políticas sociales, para elaborar estrategias de intervención a nivel individual, grupal, institucional y comunitario que logren modificar las causas que las producen-* La carrera propone tres años de prácticas en terreno ordenadas en las asignaturas de Práctica Profesional I, II y II, correspondiente a los años 3ro, 4to y 5to.

Durante el año 2015 realice las prácticas en el Servicio Penitenciario de la Unidad N°11 de Piñero; el objetivo era observar las practicas del Trabajador Social, poder analizar la institución y sus lógicas internas, conocer los sujetos de la intervención y sus relaciones con los demás actores. No teníamos permitido *–por parte de la dirección–* salir de la institución a hacer visitas domiciliarias, pero si participábamos de las entrevistas de admisiones con los “internos” y formamos parte de un taller de fabricación de alcancías, participar de dicho espacio me permitió estar en contacto directo con quienes residían en dicha institución, conocer sus propias historias y como es la vida dentro del penal.

En los años 2016 y 2017 las prácticas se desarrollaron en el Centro Regional de Salud Mental Dr. “Agudo Ávila” (CRSM). El primer año en la institución estuvo dividido en dos etapas, la primer parte del año formé parte de la guardia que atiende de lunes a lunes las 24hs del día. Debido a que la modalidad de trabajo se basa en la atención a la urgencia y en la misma no había Trabajador/a Social solicitamos junto con mis compañeras de práctica y con el apoyo de la cátedra el cambio a otra área de la institución-*en ese momento el CRSM contaba con 12 Trabajadores Sociales-*. La otra mitad del año formé parte del dispositivo de tránsito, el mismo recibe pacientes derivados de la guardia con el objetivo de atender la crisis subjetiva en periodos breves y está compuesto por una Psiquiatra, Trabajadora y Trabajador Social y una Psicóloga. Dicho equipo evalúa a los usuarios y planifican la estrategia a seguir. Allí participé de las entrevistas con los usuarios, acompañé a las familias en la realización del

Documento Nacional de Identidad o el otorgamiento de turno y posterior evaluación para el Certificado Único de discapacidad, etc.

En el año 2017, formé parte de uno de los tres equipos del sector de internación; mi paso por los “pabellones” me permitió crecer como estudiante y futura profesional. Allí participaba de las entrevistas con los usuarios como así también con sus familiares o referentes en el afuera, escuchando activamente sus relatos, acompañaba a los usuarios a realizar trámite de Documento Nacional de Identidad, el trámite de supervivencia al banco o la tarjeta de ciudadanía; confeccionaba las epicrisis basándome en las historias clínicas y junto con mi tutora realizamos visitas domiciliarias las cuales nos permitían ampliar las percepciones que inicialmente teníamos sobre alguna situación, entendiendo que determinados aspectos de la vida cotidiana son importantes a la hora de tomar decisiones en relación al curso que se le dará a la intervención.

Las dos instituciones en las cuales realicé dichas prácticas comparten la característica de ser instituciones totales, entendidas desde Goffman (1993) como *el lugar de residencia y trabajo donde un número de individuos aislados de la sociedad comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente*.

Y ambas constituyeron mis primeras experiencias, vinculando la teoría con la práctica y dando origen a nuevos interrogantes acerca del quehacer profesional.

En instituciones “monótonas” “rutinarias” “estigmatizantes” ¿Qué significa la visita domiciliar? ¿Cuáles son sus aportes? ¿Cuáles sus ventajas y desventajas? ¿La utilizan solo los profesionales del trabajo social?

Para intentar dar respuestas a estas preguntas, decidí tomar como unidad de análisis el Centro Regional de Salud Mental Dr. “Agudo Ávila”, indagando acerca de cómo los profesionales de la institución utilizan esta técnica de intervención, y cómo se enmarca en el tratamiento de Salud.

La Salud Mental se propone no hacer un tratamiento en el encierro, sino que el usuario pueda llevarlo adelante de forma ambulatoria en su escenario cotidiano, en su entorno familiar y comunitario como lo establece la Ley N° 26.657 “*El proceso de atención debe realizarse preferentemente fuera del ámbito de internación hospitalario y en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios*

de la atención primaria de la salud. Se orientara al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales” (Artículo 9)

La visita domiciliaria en Salud Mental es considerada una técnica de gran valor para trabajar con la familia en su lugar de residencia, con el entorno y los vínculos del sujeto que se encuentra atravesando un padecimiento subjetivo.

Como es sabido existe escaso contenido bibliográfico acerca de la visita domicilia en Trabajo Social, por lo cual espero que este trabajo aporte en mayor o menor medida a les estudiantes, compañeros y compañeras en su recorrido de prácticas profesionales.

PROPUESTA METODOLÓGICA

- **TEMA:** La visita domiciliaria como técnica de intervención utilizada por las y los Trabajadores Sociales del Centro Regional de Salud Mental Dr. “Agudo Ávila”

FORMULACIÓN DE OBJETIVOS:

- **OBJETIVO GENERAL**

Indagar acerca de la Visita Domiciliaria como técnica de intervención de los y las profesionales de Trabajo Social en el Centro Regional de Salud Mental Dr. “Agudo Ávila”.

- **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- 1- Identificar la utilización de dicha técnica para las y los Trabajadores Sociales en el Centro Regional de Salud Mental Dr. “Agudo Ávila”
- 2- Identificar los aportes, ventajas y desventajas de la visita domiciliaria.
- 3- Conocer los procedimientos mediante los cuales se realiza una visita domiciliaria.

TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para indagar acerca de los objetivos propuestos en la presente tesina, la obtención de información y el análisis de datos se llevaron a cabo mediante la estrategia metodológica cualitativa, la cual permite una mejor comprensión de las dimensiones subjetivas y simbólicas de los profesionales del CRSM Dr. “Agudo Ávila”.

Siguiendo a Sautu (1997), *las metodologías cualitativas son apropiadas cuando el investigador se propone investigar la construcción social de significados, la perspectiva de los actores sociales, los condicionantes de la vida cotidiana o brindar una descripción detallada de la realidad.*

Así mismo Vasilachis (1992), manifiesta que en los métodos cualitativos se actúa sobre contextos reales y el observador procura acceder a las estructuras de significados propias de esos contextos mediante su participación en los mismos, este tipo de investigación dependerá fundamentalmente de la observación de los actores en su propio terreno.

La investigación cualitativa, consta de cuatro fases: invención, descubrimiento, interpretación y explicación. El conjunto de actividades de investigación realizada en cada fase, es cualitativamente diferente, al igual que los productos de investigación generados en cada una de ellas. La *invención*, da lugar a un plan de acción; el *descubrimiento*, denota una fase de observación y medida y genera información; la *interpretación*, señala una fase de evaluación o análisis y da lugar a la comprensión; y la *explicación* alude a una etapa de comunicación porque produce mensajes.

Las técnicas utilizadas en la fase de descubrimiento fueron:

- Exploración de resultados de investigaciones empíricas, documentos, leyes, decretos, bibliografía seleccionada en libros, artículos, manuales, notas, cuaderno de campo, relatos y páginas de internet.
- Entrevistas de tipo semi-estructurada, la cual siguiendo a Ruth Sautu (2004) *se caracteriza por la realización de un diagrama previo sobre ejes a ser trabajados, con ella se busca conocer la lógica y los significados que los propios actores dan a su vida y experiencia social. Este tipo de entrevistas permite formular nuevas preguntas, no se guía estrictamente en el*

cuestionario. El contenido de la guía dependerá de los objetivos específicos definido por los conceptos y teorías sobre los cuales se apoya.

Las entrevistas se realizaron a seis Trabajadores Sociales que durante el año 2018 se encontraban trabajando en el Centro Regional de Salud Mental Dr. “Agudo Ávila” desarrollando su labor en las áreas de: Internación, Consultorio Externo, Concejo Asesor, Centro Cultural “El Gomecito” y en el Dispositivo de Tránsito. Se aplicaron a partir de una guía de preguntas, focalizándose en el tema de investigación.

CAPITULO I

Salud Mental, un campo en construcción.

I. Salud

Uno de los grandes modelos que se ha consolidado en las prácticas de Salud es el “Modelo Médico hegemónico”, definido como:

“El conjunto de prácticas, saberes, teorías generados por el desarrollo de lo que se conoce como medicina científica, el cual desde fines del siglo XVIII ha ido logrando establecer como subalterno al conjunto de prácticas, saberes e ideologías teóricas hasta entonces dominantes en los conjuntos sociales, hasta identificarse como la única forma de atender la enfermedad” (Menéndez, 1988:451)

El modelo médico hegemónico parte de considerar a la enfermedad como un hecho puntual que ataca a un individuo determinado, cuyas causas son cognoscibles. En cuanto a la relación médico-paciente se basa en el saber, estando los pacientes en situación de subordinación y dependencia (Belmartino, 2012:198).

Entre sus características se encuentran: el individualismo, que coloca al sujeto en un rol pasivo y subordinado; la ahistoricidad y asociabilidad que lleva a concebir por separado a lo biológico y lo social, negando toda influencia de este último en la enfermedad; el biologismo que es lo que posibilita ver a la enfermedad como una totalidad, sin tener en cuenta la historia social de los padecimientos (Menéndez, 2005:3).

Desde esta perspectiva positivista se considera que *“la enfermedad, existe si la veo en la célula, es decir si es tangible, observable, verificable y fáctica”* (Carballeda y Barberena, 2015) El origen de este “Modelo Unicausal” se dio en la segunda mitad del siglo XIX y principios del XX, y fue el paradigma dominante en los inicios del campo salud.

Posteriormente en la segunda mitad del Siglo XX la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió a la **salud** como *“un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo como la ausencia de afecciones o enfermedades”* apareciendo de este modo un esbozo de “multicausalidad”. Esta definición estuvo estrechamente vinculada con el contexto histórico en el cual se comenzaba a ver a la salud como un derecho, ampliando su concepción al incorporar los aspectos sociales y mentales como parte del proceso salud-enfermedad, rompiendo con la visión unicausal.

La OMS recibió numerosas críticas debido a la dificultad de aplicar su definición de salud a la realidad, ya que nadie vive en completo estado de bien-estar. Consideramos enriquecedor retomar los aportes realizados por Floreal Ferrara (1985) quien critica la concepción de salud que da la OMS tomándola como un completo estado de bienestar físico, psíquico y social. El autor cuestiona el concepto de completud ya que plantea que no existe ser humano completo, con la vida completamente resuelta; no se puede eliminar la dimensión de los conflictos a los que uno se enfrenta en la vida cotidiana. Otro concepto que cuestiona es el de la salud tomada como estado, ya que es un término que tiene que ver con lo estático, lo no dinámico. En este sentido Ferrara plantea el concepto de conflictos para dar su definición de salud. El mismo plantea que la salud tiene que ver con el accionar de los sujetos frente a su contexto físico, psíquico y social en el que viven. Es el enfrentamiento a los conflictos y las búsquedas hacia su posible resolución lo que define la salud. Así el proceso salud-enfermedad es histórico y social.

Oponiendo la idea de conflicto a la de equilibrio que propone la Organización Mundial de la Salud, Carballeda y Barberena (2015), establecen que:

“No es el conflicto lo que define lo patológico, sino que justamente, es el bloqueo de los conflictos lo que certifica la enfermedad (...) En otras palabras, una sociedad que no construye su salud, que no lucha por ella, está enferma”(Carballeda y Barberena, 2015)

En esta misma línea Pichón Riviere define a la Salud (Mental) como el

“Proceso en el cual se realiza un aprendizaje de la realidad a través del enfrentamiento, manejo y solución integradora de los conflictos. La adaptación activa a la realidad, que implica la transformación constructiva del medio y la modificación del propio sujeto es, entonces, el criterio básico de Salud” (Riviere, 1995:15)

A partir de dichas definiciones entendemos que una persona es saludable cuando reconoce sus conflictos, los enfrenta y resuelve, entendiendo a los conflictos como parte de la vida misma.

Tal como expresa Basile (2018), determinados actores del vigente sistema-mundo construyeron por décadas un conjunto de tramas simbólicas, culturales y políticas que al ser “hegemónicas” reproducen narrativas totalizantes logrando instalar

un conjunto de ideas, creencias, valores, e intereses que son internalizados como supuestas grandes “verdades” de la salud pública internacional.

Desde los años ochenta, se vienen desplegando múltiples intentos de una conceptualización de salud internacional en Latinoamérica y Caribe que buscan desarticular el etnocentrismo de los países centrales que ven la problemática de salud global desde su propia perspectiva, desde sus propios intereses y sus propias recetas de abordaje.

Basile (2018), plantea asumir los desafíos y tensiones desde el pensamiento crítico que nos permita construir una innovadora Salud Internacional Sur-Sur (SISS), cuyos principios estructurantes sean: La Soberanía Sanitaria; Decolonialidad/ Giro Descolonial; Interculturalidad; Sur-Sur; Horizontalidad.

La Salud Sur-Sur, tiene como objetivo promover la igualdad, la paz, la interculturalidad y la justicia social por sobre todas las cosas.

II. Salud Mental

En la actualidad existen diversas definiciones acerca de qué es y qué se entiende por Salud Mental pero debido a la polisemia del término es imposible encontrar una definición unívoca y completamente abarcativa.

La Ley Nacional de Salud Mental N°26.657 define a la Salud Mental como:

“Un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”. (Artículo 3)

Amico (2004), entiende que la Salud Mental es una categoría de difícil definición:

“En primer lugar, se trata de un término cuyo contenido es, en gran medida, valorativo. Las distintas evaluaciones de los síntomas y procesos afectivos, cognitivos y de comportamiento utilizados para designar a la persona como sana o enferma, varían según las representaciones sociales y paradigmas científicos dominantes en cada cultura y periodo histórico. El que una persona sea considerada como enferma, no solo

depende de alteraciones de su personalidad sino de las actitudes de la sociedad con relación a ese tipo de alteraciones” (Amico, 2004:1)

Para la Organización Mundial de la Salud, la Salud Mental es:

“Un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”

La Organización Mundial de la Salud, dio a conocer que no existe un enunciado único para definir a la “Salud Mental” y que los conceptos que existen tienen influencia propia de cada cultura, la influencia subjetiva de quien o quienes lo planean, la influencia de las teorías existentes, sin embargo la Salud Mental, tiene que ver con cómo las personas relacionan su entorno con la realidad.

Galende (1997) plantea que el objeto de la Salud Mental no es de un modo exclusivo el individuo o los conjuntos sociales, sino las relaciones que permiten pensar conjuntamente al individuo y su comunidad. Los sujetos se encuentran atravesados por múltiples dimensiones: económicas, políticas, culturales y sociales. Ya desde este posicionamiento, el autor plantea que la Salud Mental dejó de ser un ámbito exclusivo de los médicos, y ahora se propone un abordaje interdisciplinario, intersectorial, interprofesional e interinstitucional.

Las nuevas maneras de concebir a la Salud Mental permitieron ver más allá del funcionamiento biológico de la persona, plantearon un cambio de paradigma en el sentido de dejar de pensar en la enfermedad como eje central de la intervención y poner en su lugar al sujeto en su totalidad.

Recibir un diagnóstico psiquiátrico no implica dejar de participar de la vida en comunidad, muy por el contrario, la presencia de enfermedad no excluye la posibilidad de que llevemos una vida saludable, sigamos fortaleciendo vínculos, ejerciendo nuestros derechos, teniendo obligaciones, trabajo, estudio, como así también la ausencia de enfermedad no asegura la Salud Mental.

Una persona puede sufrir un padecimiento mental en un determinado momento de su vida, pero el diagnóstico debe ser siempre situacional, no debe convertirse en una etiqueta. La Ley Nacional de Salud Mental establece que nadie debe ser identificado ni

discriminado por un padecimiento mental actual o pasado, ya que no debe ser considerado un estado inmodificable. (Artículo 7)

III. Relaciones de saber-poder en Salud Mental

Abordamos el campo de la Salud Mental desde el enfoque propuesto por Pierre Bourdieu (1995) a partir del cual entendemos al campo como una red o configuración de relaciones objetivas entre posiciones. Estas posiciones se definen objetivamente en su existencia y en las determinaciones que imponen a sus ocupantes –*su visión del mundo y del mismo campo*–, por su situación en la estructura de distribución de los distintos tipos de poder y por las relaciones con las demás posiciones, es decir que en cada campo coexisten diferentes relaciones y procesos que se dan al interior del mismo.

Siguiendo a Bourdieu (1995), un campo es:

“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 (situs) en la estructura de distribución de especies del poder (o capital) cuya posesión ordena el acceso a ventajas específicas que están en juego en el campo, así como por su relación objetiva con otras posiciones (dominación, subordinación, homología, etc.)” (Bourdieu, 1995:150).

Como es sabido, la Salud Mental es un campo de permanente tensión entre dos polos que se chocan, se entrecruzan, se misturan. Por un lado, se encuentran las lógicas manicomiales, a las que entendemos como un conjunto de prácticas, normas, representaciones sociales y culturales, que han predominado tradicionalmente en la Salud Mental. Estas prácticas están enmarcadas en el paradigma positivista y parten de concebir al sujeto como “loco, peligroso y/o incapaz” por lo que el manicomio busca encerrarlos, aislarlos, excluirlos de la sociedad. Lejos de curar el padecimiento de sus pacientes, profundiza la decadencia personal, física y mental, provocando la alienación de su cuerpo y falta o nula autonomía en su cotidianidad.

Por el otro lado, se concibe a la desmanicomialización como un proceso de institucionalización en el cual 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. Esto implica un

quiebre en la hegemonía psiquiátrica y de las prácticas diagnosticistas y de medicalización.

Las diversas disciplinas que intervienen en el campo (psiquiatría, trabajo social, psicología, enfermería, entre otras) acordes a sus trayectorias y a la posición que ocupan en virtud de su dotación de capital, se orientan activamente hacia la conservación de la distribución del capital, o hacia su subversión (Bourdieu, 1995). Esto se relaciona con los distintos discursos que se tejen en relación a los procesos de manicomialización/desmanicomialización, los cuales encubren una puja de intereses.

En todo campo hay una lucha entre dominantes y dominados por un capital en juego, que toma formas diferentes debido a múltiples factores. Entre los capitales en juego se pueden reconocer el económico, el social, el cultural (que se relaciona con los conocimientos o prestigio) y el simbólico, que determina la capacidad de imponer significaciones de manera legítima. Desde allí los actores compiten por su acumulación y tratan de lograr acuerdos o confrontan, dando como resultado posiciones dominantes, hegemónicas o de subordinación a su interior.

Cada campo tiene historicidad propia y un estatuto específico, lo que implica determinados códigos teóricos, determinadas prácticas, y dispositivos institucionales, así como también un estatuto específico de usuarios y un grupo de profesionales que están inmersos en él. Los campos son espacios históricamente determinados, con reglas de funcionamientos y normas específicas.

Los diferentes agentes que intervienen en el campo están dotados de hábitos, es decir, de un conjunto de creencias, un conjunto de subjetividad que tejen y que tradicionalmente han atravesado al campo de la Salud Mental (ejemplo: la palabra y el saber del psiquiatra representan el poder supremo, no solo para las demás disciplinas, sino también para los usuarios, sus familias y la comunidad en general).

Aunque la Ley de Salud Mental N°26.657, sancionada en el año 2010 establece que los profesionales con título de grado están en igualdad de condiciones para ocupar los cargos de conducción y gestión de servicios y las instituciones (debiéndose valorar la idoneidad para el cargo) por lo general ocurre que la medicina como profesión hegemónica de la salud en general y de la salud mental en particular se impone y es

impuesta por sobre el resto de las disciplinas, tales como Psicología, Trabajo Social, Enfermería, etc. Si bien los saberes de todas las disciplinas son válidos y deben ser tenidos en cuenta hay algunas profesiones que en la actualidad siguen teniendo mayor peso y logran imponerse como el saber supremo.

Lo dicho anteriormente condiciona al habitus, que se relaciona directamente con el campo, los habitus son definidos como una serie de esquemas internalizados por medio de los cuales las personas perciben, comprenden y evalúan el mundo social. O también, como “estructuras mentales y cognitivas” mediante las cuales los agentes manejan el mundo.

Siguiendo a Bourdieu (1990):

“Para que funcione un campo, es necesario que haya algo en juego y gente dispuesta a jugar, que esté: dotada de los habitus que implican el conocimiento y reconocimiento de las leyes immanentes al juego, de lo que está en juego” (Bourdieu, 1990:136).

Los actores, los agentes, las instituciones, las profesiones y las áreas profesionales, en mayor o menor medida cuentan, como diría Bourdieu, con sus fichas - *que otorgan poder*- y a partir de ellas es que irán realizando las jugadas que consideren. Estas jugadas están en constante tensión y lucha.

En Salud Mental encontramos que ciertos actores tienen más cantidad y variedad de fichas dentro del campo de juego, y por lo tanto poder que influye en la distribución de bienes, recursos, insumos, etc. Si bien las disciplinas provenientes de lo social han conquistado espacios importantes dentro de la institución, y su voz es tomada en cuenta en el abordaje interdisciplinario, no deja de ser un campo en el que históricamente ha predominado el poder hegemónico de la medicina.

Para analizar las transformaciones que se vienen dando en las últimas décadas dentro de dicho campo, será pertinente entenderlas como un proceso de institucionalización, -una lucha entre lo instituido y lo instituyente-donde lo instituyente

va transformando lo instituido y viceversa, lo cual atraviesa transversalmente a la intervención.

IV. Breve recuperación histórica de la Salud Mental

Las distintas configuraciones que se utilizaron para designar al individuo como sano o enfermo, variaron según el periodo histórico, la sociedad y la cultura dominante.

Siguiendo a Galende (1990), toda sociedad produce una subjetividad situada en su tiempo histórico y a la vez genera las condiciones suficientes y necesarias para establecer distintas formas de padecimiento mental, por lo tanto el daño mental solo es comprensible en relación con los códigos simbólicos que cada sociedad en cada momento histórico pone en juego, el sujeto es normal por referencia a una norma, una regla, que es aquello que sirve para enderezar, normar, normalizar, implicando una exigencia a una existencia, en medicina mental tal norma es siempre una construcción cultural, toda cultura elimina o margina sus desechos.

Hasta el siglo XVI en Europa la locura no estaba asociada al encierro, aunque si diferenciada y separada de la vida social. El loco formaba parte de la prosa del mundo, era tratado de modo bárbaro, abandonado en manos de personas ignorantes y crueles, sobre todo durante el Renacimiento.

En 1656 se creó en el Hospital General, al que Foucault denomina "El gran encierro" un conjunto de establecimientos centralizados en Paris, en los cuales en poco tiempo se llegaron a encerrar uno de cada cien habitantes. Siguiendo a Galende (1990) Salpêtrière, Bicêtre, y otros espacios que aportó la iglesia, albergaron a pobres, vagabundos, homosexuales, locos, prostitutas, etc. No fueron establecimientos médicos sino policiales, pero en ellos se iban a crear los primeros asilos pocos años después. Es allí donde comienzan a construirse las primeras clasificaciones, "loco, borracho", "locos adormecidos y medio muertos", "locos desprovistos de memoria y entendimiento".

Para el siglo XVIII, momento en que se produce la Revolución Francesa, estos establecimientos estaban distribuidos en toda Francia, y la locura ya se asociaba al encierro y a la exclusión de la vida social, se practicaba el encierro sin ningún fin terapéutico, con el único objetivo de separar, marginar y aislar. El internamiento es

destinado a corregir y se configura como reclusión y castigo. Las casas de internamiento en esta época tenían aspecto de prisión. Dichas casas alojaban a población de locos, marginados y pobres. La locura, en esta época, posee el significado de inmoralidad, por lo tanto debe ser reprimida y el loco debe ser castigado

Pinel, médico del hospital Bicêtre, fue un gran transformador de la Psiquiatría, 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 recluidos en el hospital. Es a partir de este momento donde se verifica un distanciamiento por parte del conocimiento “científico” de una percepción moral del loco.

El loco a partir de la institución del asilo, gana una connotación característicamente médica -no significa que esa connotación no presente rasgos morales-, y más que eso, una connotación psiquiátrica: el loco es enfermo del espíritu, o enfermo mental. La locura como enfermedad no afecta al hombre en su totalidad, tan solamente a su espíritu, a su mente, aunque pueda tener consecuencias o hasta causas orgánicas; sin embargo, sus causas y/o consecuencias no son fundamentales para su significado. Es en esa significación atribuida al asilo que la enfermedad mental se hace posible y para eso, el médico es pieza fundamental en el asilo.

Si bien hasta finales del siglo XIX el asilo monopolizó la institución psiquiátrica, a comienzos del siglo XX algunos movimientos de reforma inician una fuerte crítica a la psiquiatría positivista y a su institución asilar, cuestionaban las condiciones de vida de los enfermos internados, los procedimientos terapéuticos y planteaban una nueva concepción del sujeto que propone dejar de verlo como locos, peligrosos e insanos. Dentro de estos movimientos se destaca el Dr. Basaglia, Psiquiatra Italiano referente e impulsor de la abolición de los manicomios, quien sugiere que el paciente debe ser protagonista de su externación. Considera la reinserción social con acompañamiento y la clausura de los hospitales a medida que se fueran desocupando. Entre algunas cuestiones a nombrar se encuentran 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.

Otra de las figuras principales dentro de estos movimientos fue Adolph Meyer (1866-1950), psiquiatra Estadounidense de origen suizo. Se formó en las Universidades de Suiza, Francia, Inglaterra y Alemania, en 1892 emigró a Estados Unidos, donde se profundizó en las áreas de la neuroanatomía y la neurofisiología, convirtiéndose en uno de los pioneros del psicoanálisis. Desde 1904 hasta 1909 impartió clases de psiquiatría en la escuela médica de la Universidad Cornell, de Nueva York, y a partir de 1910 dirigió la clínica psiquiátrica de la Universidad Johns Hopkins.

Meyer, consideraba que la enfermedad mental se debía a una reacción, a un ambiente patógeno y al mismo tiempo a una estructura en donde se mezcla la organogénesis y la psicogénesis. Para él era necesaria para el tratamiento de los pacientes una completa información sobre las intervenciones sociales, y que solo el pensamiento consciente puede favorecer la integración del hombre a la sociedad, fue el primero en fundar desde la psiquiatría un trabajo con la comunidad.

En la figura de Adolf Meyer se plasma una convergencia que habrá de caracterizar la psiquiatría norteamericana hasta el presente: Psiquiatría, Psicoanálisis y Trabajo Social con la comunidad.

Pero volviendo a nuestro país y retomando a Galende (1990), existen dos hechos claves que tuvieron fuerte impacto en Argentina, el primero: los ya mencionados movimientos de reforma que se vieron reflejados a través de Domingo Cabred, que fundó varias de las actuales colonias de rehabilitación. El segundo hecho fue la creación del Instituto Nacional de Salud Mental y el Programa Federal de Psiquiatría Comunitaria, al amparo de la Ley Kennedy de 1963 en EE.UU. Surgen a partir de allí los primeros centros comunitarios de Salud Mental, con cinco prestaciones; hospitalización, tratamiento ambulatorio preferentemente, a través de consultorios externos, creación de un servicio de urgencia, distintas formas de hospitalización parcial (Hospital de día, de noche, etc.) consulta y educación. Los dos objetivos básicos eran la externación de los enfermos y la creación de un sistema asistencial descentralizado, además estos servicios fueron incorporando nuevas problemáticas, como infancia, drogadicción, marginalidad social, etc.

En la década de los setenta, en nuestro país empiezan a convivir las tradicionales técnicas terapéuticas 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, lo que 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.

V. Marco Legal

i- El camino hacia la desmanicomialización

En septiembre de 1983, durante el gobierno cívico-militar, se sanciona en Argentina 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 avance debido a que por primera vez la Salud Mental ingresa como tema de interés público en la agenda de gobierno, su centralidad estaba 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:Art.1).

En su Artículo 2 se menciona el derecho a ser escuchado, informado y a su intimidad: *“La persona que paderiere sufrimiento por, o en su salud mental, y esté en tratamiento, deberá ser escuchada y tenida en cuenta en sus opiniones. Deberá ser informada a su vez, por el profesional, sobre el tipo de tratamiento a realizar, sus características, condiciones de desarrollo y posibilidades de recuperación. Asimismo será preservada de actos que mortifiquen sus sentimientos o hieran sus convicciones, de la divulgación de su conducta y de la revelación de los sufrimientos que padece, resguardándose su intimidad de toda intromisión innecesaria” (Ley N°10.772; 1991:Art.2).*

Más allá de los avances logrados en el primer tramo democrático, recién a partir del año 2003 durante el gobierno de Néstor Kirchner, la Salud Mental fue priorizada en las políticas sanitarias a nivel nacional.

El 25 de noviembre del año 2010, el Poder legislativo Sancionó la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 siendo su cumplimiento obligatorio en todo el territorio Argentino, era necesario instaurar los nuevos valores y principios de la Salud Mental. Dicha Ley 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, 2014:15).*

A diferencia de la primera legislación N° 22.941 (1983), en la nueva ley, se establece una conceptualización distinta de la Salud Mental. Entendiéndola 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.

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, que implicó un cambio en las formas de ver, pensar y abordar el padecimiento. Más allá de esta distinción, ambas cosmovisiones coexisten y disputan intereses tanto materiales como simbólicos.

La nueva Ley de Salud Mental y el Decreto Reglamentario 603/13, obligan a los poderes políticos y a las organizaciones sociales a emprender las reformas que son prioritarias en el campo de la Salud Mental, algunas de ellas son:

- **Derechos de los pacientes**

En el capítulo IV de la Ley 26.657 el Estado reconoce a las personas con padecimiento mental sus derechos, entre los cuales se encuentran, el derecho a recibir atención sanitaria y social integral y humanizada, acceso gratuito, igualitario y equitativo, derecho a conocer y preservar su identidad, derecho a recibir tratamiento y ser tratado con la alternativa terapéutica más conveniente, a ser acompañado por sus afectos, a no ser discriminado, ser informado de manera adecuada y comprensible acerca de sus derechos, derecho a no ser objeto de investigaciones clínicas ni tratamientos experimentales, a no ser sometido a trabajos forzados y brindar su consentimiento a las prácticas que se adoptaran en el marco de su tratamiento.

- **Modalidad de abordaje**

En su capítulo V la ley establece que la atención debe estar a cargo de un equipo interdisciplinario, orientación comunitaria, trabajo intersectorial y el requerimiento del consentimiento informado para todo tipo de intervención.

- **Internaciones**

El Capítulo VII establece cuales son los requisitos a tener en cuenta al momento de efectuar una internación, la cual es considerada como un recurso terapéutico, y solo puede ser llevada a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que otras intervenciones, deben ser lo más breve posibles y en ningún caso puede ser indicada por problemáticas sociales o de vivienda. La persona internada bajo su consentimiento puede en cualquier momento decidir por sí misma el abandono de la internación. Las internaciones involuntarias, al igual que las internaciones voluntarias, deben concebirse como un recurso terapéutico excepcional en el caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios, y solo podrá realizarse cuando a criterio del equipo de salud mediere situación de riesgo cierto o eminente para sí o para terceros, debiendo proceder de acuerdo a lo establecido por la ley.

La correcta implementación de la ley requiere de profundas transformaciones en las políticas públicas que favorezcan la inclusión de las personas en todos los ámbitos, asegurando la creación de nuevos dispositivos necesarios para sostener la vida en comunidad y de las herramientas de gestión para el cumplimiento de las metas fijadas, también implica un cambio en el abordaje por parte de los trabajadores de la salud en general y de la salud mental en particular.

ii- Antes y después de la Ley Nacional de Salud Mental N°26.657

Siguiendo a Cáceres, Granja y otros (2017), detallaremos los cambios más significativos que se sucedieron a partir de la nueva ley y que implicaron un quiebre en las formas de ver, pensar y concebir a la Salud Mental:

- **Partir de la presunción de capacidad de todas las personas: Cambio de paradigma, de la incapacidad a la capacidad**

El antiguo Código Civil y Comercial de la Nación (CC) vigente desde el año 1871 al año 2005 definía a la capacidad jurídica como la capacidad para adquirir

derechos y contraer obligaciones, y estaban excluidos de ella aquellos declarados incapaces: las personas por nacer, los menores impúberes, los dementes declarados tales en juicio y los sordomudos que no saben darse a entender por escrito, e incapaces de hecho relativos, los menores adultos.

Quien era considerado incapaz pasaban a ser considerado objeto de tutela y protección por parte del Estado y se le asignaba un representante legal que actuaba en su nombre y por su cuenta. En 1968 se flexibiliza esta separación entre capaces e incapaces, al plantear en el art 152 del CC a los “inhabilitados”, dentro de esta categoría se encontraban los alcohólicos, toxicómanos, adictos a estupefacientes, disminuidos en sus facultades, pródigos, estableciendo para ellos un régimen especial, se consideraba al inhabilitado una persona capaz, pero con las limitaciones impuestas por el Código Civil y en la sentencia judicial de declaración de inhabilitación.

En este paradigma tutelar, se realizaba la declaración de incapacidad de los dementes a través de juicio, la persona se convertía en objeto de tutela y no se respetaba la autonomía en el ejercicio de sus derechos.

El paso al paradigma de Derechos Humanos, implicó un quiebre en la manera de concebir a los sujetos, ya no como objetos de tutela sino como sujetos capaces de hacer valer sus derechos, partiendo de la presunción de capacidad de todas las personas, por lo cual las restricciones para el ejercicio de derechos son siempre de carácter excepcional y se impone siempre en beneficio de la persona.

La ley de Salud Mental, incorpora en el año 2010 el art. 152 ter al Código Civil: *“Las declaraciones jurídicas de inhabilitación o incapacidad deberán fundamentarse en un examen de facultativos informados por evaluaciones interdisciplinarias. No podrán extenderse por más de TRES (3) años y deberán especificar las funciones y actos que se limitan, procurando que la afectación de la autonomía personal sea la menor posible”* (Artículo 42).

Y en su art 5 dispone que: *“La existencia de diagnóstico en el campo de la salud mental no autoriza en ningún caso a presumir riesgo de daño o incapacidad, lo que solo puede deducirse a partir de una evaluación interdisciplinaria de cada situación particular en un momento determinado. Se parte de la presunción de capacidad de todas las personas”*.

A partir de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental se revisaron algunas situaciones, revirtiendo la situación de personas que habían sido declaradas incapaces y que hoy pueden vivir nuevamente con plena capacidad el ejercicio de sus derechos.

La restricción de la capacidad jurídica, debe revisarse cada vez que el interesado lo requiera, o cada tres años como máximo, lo que significa que no se “declara incapaz” a una persona de una vez y para siempre, como era antes, sino que esta restricción a la capacidad jurídica es siempre transitoria.

- **Consumo problemático de sustancias: del abstencionista/prohibicionista a la reducción de daños**

La Ley Nacional N° 26.657 incluye dentro de la Salud Mental al consumo de sustancias psicoactivas, asegurando a todas las personas con consumo problemático todos sus derechos y garantías establecidas en el artículo IV.

Dicha incorporación implicó un pasaje desde la concepción de adicciones como un problema legal-penal a considerarlas como un aspecto más dentro de las problemáticas de salud/salud mental. Un cambio de paradigma, desde las estrategias abstencionistas/prohibicionistas basadas en la abstinencia como modo de atención, las cuales han mostrado serias limitaciones para atender la magnitud de los problemas asociados al consumo, hacia un abordaje integral de la problemática de consumo incluyendo la perspectiva de reducción de daños, la cual surge como una forma de atención alternativa, que propone la disminución de la gravedad de los problemas asociados al uso de drogas, orientando sus intervenciones hacia la prevención y asistencia.

- **Internaciones evaluadas por un equipo interdisciplinario**

Antes de que se sancione la Ley Nacional de Salud Mental solo bastaba con una orden judicial para que una persona sea internada de manera involuntaria, es decir, cuando esta se negara a hacer tratamiento. En la actualidad y de la mano de la ley para que esto suceda la persona debe ser evaluada por un equipo interdisciplinario del servicio en donde se realizará la internación.

Es falsa la idea de la que ley no permite internar, la ley lo que contempla son dos tipos de internación, voluntarias e involuntarias.

Internaciones voluntarias: son aquellas personas que están internadas bajo su consentimiento, la misma podrá decidir por sí misma abandonar la internación en cualquier momento, salvo que el equipo considere que existe riesgo cierto o eminente para sí o para terceros, y la internación deje de ser voluntaria y la misma pase a considerarse involuntaria.

Internaciones involuntarias: solo podrá realizarse cuando el equipo de salud mediere situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros. La misma debe considerarse como un recurso terapéutico excepcional en el caso de que no sean posibles los abordajes ambulatorios.

La Ley establece que las internaciones deben ser lo más breves posibles y en ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda. Otro de los cambios que establece en su art. 28 es que las internaciones de Salud Mental deben realizarse en hospitales generales y que los mismos deben contar con los recursos necesarios, el rechazo de la atención a pacientes, por el solo hecho de tratarse de problemáticas en salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la ley 23.592.

VI. La incorporación del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental

En 1904 los Trabajadores Sociales se integran a los hospitales psiquiátricos con el objetivo de dar una respuesta socializadora a la cronicidad de los trastornos mentales, y a la masificación de los manicomios. Galende (1990) expresa que en 1908 se crea el primer servicio diagnóstico en un hospital general donde los enfermos eran estudiados y tratados, antes de ser derivados a un hospital psiquiátrico. Años después, en el 1912 en EE.UU se crea un ámbito no asilar, en donde los enfermos además de ser observados también eran escuchados.

Es a principio del Siglo XX en Estados Unidos donde se institucionaliza la profesión de Trabajo Social en Psiquiatría como una profesión subordinada a la medicina, en términos ocupacionales y de conocimiento, como lo afirma Josefina Fernández (1997) en su texto, *La Supervisión del Trabajo Social en Salud Mental*.

Mary Richmond, es la primera en sistematizar un método de intervención en la profesión: el caso social individual, que fue pensado para colaborar en el mejoramiento de las condiciones de vida de los sectores sociales pobres. Su preocupación se encuentra

dirigida a diseñar una metodología que aporte en el ordenamiento de la intervención y establecerá para ello diferentes etapas: estudio, diagnóstico y tratamiento. De esta manera, y dado que sus experiencias profesionales se desarrollan junto a médicos psiquiatras, se evidencia la apropiación que realiza del modo de atención de los médicos y lo instaura como modalidad de intervención del Trabajo Social en el abordaje de los casos.

La influencia de la primera y segunda Guerra Mundial permite una mayor propagación de la intervención del Trabajador Social en el caso de trastornos mentales, por situaciones traumáticas de los soldados. 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 Higiene Mental. *"Se propuso, generar las condiciones para la promoción de valores psíquicos positivos, no mera ausencia de enfermedad, generando toda una ideología social sobre las condiciones del bienestar. Implementó los primeros hogares de prevención con niños. Este movimiento, puede decirse, inicia la crítica y liquidación de los manicomios y, genera a partir de dicho año alternativas posibles de asistencia, en las tareas de prevención y promoción de Salud Mental. Antecedentes más importante de la gran reforma que a partir de 1945, han de llevar a las nuevas políticas de Salud Mental"* (Galende, 1990:112).

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.

i. Salud Mental: la perspectiva de las y los Trabajadores Sociales del CRSM “Dr. Agudo Ávila”

Nos parece pertinente recuperar las concepciones acerca de qué es la Salud Mental para las y los Trabajadores Sociales que desempeñan sus tareas en el Centro Regional de Salud Mental Dr. “Agudo Ávila”.

Como es sabido, *“La Salud Mental es un padecimiento, es un sufrimiento, estoy de acuerdo con la definición de la Ley. Siempre pienso ¿El padecimiento qué es? Es sufrir. Un poco lo que observas es eso, el sufrimiento que hay detrás de una enfermedad. Por otro lado concibo a la Salud Mental como un derecho, un derecho que tienen que garantizar, un derecho social que debe ser garantizado por el Estado, más en estos contextos en que estamos viviendo en que los derechos están corriendo riesgos”* (Entrevistad@ 1)

El padecimiento se materializa en los cuerpos, muchas veces violentados, abandonados, fragmentados, que permanecen por fuera de una sociedad atravesada por la indiferencia hacia el prójimo, por la desigualdad y la fragilidad de los vínculos.

Entendemos que *“No hay Salud si no pensamos en la Salud Mental, porque creo que todas las manifestaciones del cuerpo tienen que ver con la Salud Mental, y además la Salud Mental me parece que no es solamente el poder pensar en una persona, en un sujeto específico sino pensar en el contexto, pensar en su historia, pensar en su vida cotidiana a partir de su concepción, de su nacimiento, creo que todo hace a la Salud Mental. No hay una única causa en lo que es por un lado la manifestación de un padecimiento mental, con respecto tampoco hay una sola estrategia, una única estrategia en la intervención de esa problemática, me parece que pensar en la Salud Mental como que es padecimiento único de una persona o de un individuo separándolo de todo contexto, y cuando digo contexto digo barrial, familiar, económico, de educación, de vivienda, de salud, de clínica salud, a eso me refiero. Me parece que eso sería, englobar la Salud Mental como parte de problemáticas de un contexto”* (Entrevistad@ 2)

En Salud Mental, las y los Trabajadores Sociales buscan rescatar la historia de los usuarios a través de la escucha activa que nos permita identificar nudos significativos para abordar la situación, interviniendo con el sujeto en su singularidad orientada a lo universal, y de esa manera poder ir desconstruyendo lo que el sujeto va manifestando. Será necesario sintetizar y codificar tanto lo dicho como lo no dicho por el usuario, así también por su familia, y poder situarlo en su contexto socio-histórico, político, económico y social, relacionándolo con su barrio, con sus recursos, con su cultura, etc.

Como dijimos al principio, la Salud Mental, *“es una problemática de Salud, no se puede dejar de pensar la Salud Mental en cuanto a cómo se responde ante un problemática de Salud Mental, las instituciones que hay, cuáles son los dispositivos que hablan de Salud Mental, qué es tener Salud Mental hoy, y qué no es tener, como si fuera que no lo hubiese, no hay un no lugar que no haya problemáticas tradicionales del Trabajo Social, como niñez, género, desarrollo social, habita, cualquiera de las áreas tradicionales del Trabajo Social también es interesante pensarlo desde la Salud Mental porque son una de las cosas que también están vulneradas cuando hay un derecho social afectado”* (Entrevistad@ 3)

Siguiendo en la misma línea, entendemos que *“La Salud Mental es un campo de intervención muy amplio. Lo entiendo como un campo que si bien tiene lo específico o está integrado en el campo sanitario, más amplio, para mí no es posible pensarlo por fuera del campo sanitario, y también en intersección con otros campos, lo cultural, el social en términos más amplios, lo político, está todo dentro de ese campo. Me parece que es un campo de tensión, donde en la actualidad hay una puja para ponerlo en dos posiciones entre la persistencia del manicomio como modo de dar respuesta a lo asistencial en términos a la demanda de Salud Mental, y el otro polo sería todas las perspectivas que intentan introducir transformaciones respecto de ese campo manicomial, que pueden ser todas las vertientes que intentan pensar la transformación. Dos polos, dos vertientes, dos líneas, que en algún momento se chocan, se misturan, entiendo que en este momento, la línea de la persistencia del manicomio como modo de dar respuesta a la problemática de Salud Mental, es una línea fuerte y que persiste, no podemos decir que en Argentina se le haya puesto un punto final al manicomio, y por el otro lado lo que se viene haciendo desde hace muchos años en relación a un intento de transformación de esa perspectiva de abordaje en Salud Mental, todas instituyentes, que hasta el día de hoy no logran establecerse como la modalidad de trabajo, para que eso suceda la política social tiene que estar pensada desde una lógica no manicomial, cosa que hasta el momento no ha sucedido”* (Entrevistad@ 4)

VII. Centro Regional de Salud Mental Dr. “Agudo Ávila” (CRSM)

El CRSM se encuentra ubicado en el macro centro de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe, en calle Suipacha 667 a tan solo metros de la Facultad de Medicina, Farmacia, 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 que por problemas de guerra había dejado de funcionar. En el año 1927, con los aportes del gobierno de la provincia de Santa Fe, se levanto en dicho terreno el hospital psiquiátrico contando en ese momento con cinco pabellones *-en la actualidad solo funcionan dos-*. El espacio debía ser dedicado al tratamiento de enfermos mentales, tanto niños como adultos. Hasta 1981, el hospital dependió de la universidad, y luego se convirtió en el servicio de psiquiatría del Hospital Provincial del Centenario (Hospital Público de alta complejidad).

Debido a las grandes demandas que el hospital recibía y en el afán de poder reorganizarlo de una manera diferente, y de la mano de la Ley provincial de Salud Mental N°10.772 el 9 de octubre de 1991 el hospital recibe el nombre de: Centro Regional de Salud Mental Dr. “Agudo Ávila”.

Durante mucho tiempo, “la locura” se fue institucionalizando bajo un sistema de curación asociado a la estructura asilar. Implementado con un doble sentido, el de recluir y excluir. En el marco de una estrategia asistencial adaptativa-represiva, que no contempla los distintos estatutos del sujeto. El psiquiatra, en su ejercicio encerraba y controlaba a los enfermos en las instituciones asilares, confirmando su poder en un saber especializado que es prioritariamente político. Se trata de controlar al loco evitando que este cree situaciones disruptivas que afecte a la vida de la sociedad en su conjunto. De esta manera, los Estados participaban en la institucionalización de la locura, instrumentando políticas de encierro y control con el fin de preservar el orden público.

El exponente más fuerte de este proceso se dio con la creación del manicomio, que surgió como un dispositivo de control-sujeción de la enfermedad mental, también como sanción moral, para quienes intentaban trasgredir los límites de lo normado y lo permitido por la ideología dominante. El manicomio se constituye como un dispositivo disciplinar del Estado.

Pese a esto, es que entendemos que el manicomio como establecimiento y dispositivo institucional continúa siendo la respuesta asistencial hegemónica, es decir, el único referente legitimado frente al tratamiento de la enfermedad mental.

A fines del año 2000 una nueva gestión asumió el mando del hospital, y a partir de allí se incorporaron nuevos profesionales, tales como trabajadores sociales, abogados, psicólogos y a su vez se incorporaron nuevos dispositivos tales como: talleres, asistencia domiciliaria, instancias colectivas de trabajo con los usuarios. En el año 2004 se creó el dispositivo de asistencia en talleres, en el ámbito del Centro Cultural denominado “El Gomecito”.

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, siendo el único efector público monovalente de la Ciudad de Rosario.

Los pedidos de internación que llegan al CRSM se canalizan por dos vías, una de ellas es la evaluación por parte del médico de guardia, y otra es la evaluación del Comité de Admisión. Si el médico de guardia considera pertinente la internación, la asistencia terapéutica del paciente continúa con el equipo de Admisión y Tránsito. El comité de admisión se ocupa de los pedidos de internación por vía judicial, de los pedidos por otros profesionales del CRSM (consultorios externos, talleres, atención domiciliaria) de aquellos provenientes de otros efectores de salud, tanto municipales como provinciales (Centros de Salud, Hospitales generales, Organizaciones No Gubernamentales, etc.) o de los propios usuarios. De no reunir los criterios de internación, se diseña una estrategia de abordaje ambulatoria, que usualmente involucra a otros actores (red de salud, familiares, juzgados intervinientes, otras instituciones psiquiátricas, obras sociales en algunas ocasiones) y se establece un seguimiento de la cumplimentación de la estrategia, en un marco temporal determinado.

La Guardia está conformada por Psiquiatras y Psicólogos, y el dispositivo de tránsito cuenta con Trabajadores Sociales, Psiquiatras y Psicólogos, este último es el 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.

Cuando hablamos de crisis subjetiva grave la entendemos como una particular y aguda imposibilidad de mantener relaciones sociales, lazos afectivos, laborales, de convivencia, o de compartir criterios colectivos de realidad.

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 alas, uno correspondiente a los usuarios crónicos y otro para usuarios agudos; los cuales se dividen a su vez por sexo.

La atención está dirigida a personas mayores de edad, ya sea varones, mujeres, 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. No prevé la internación de menores, ni de gerontes o de aquellas personas cuyo cuadro clínico prevalezca sobre el criterio psiquiátrico.

En el área de internación hay cuatro equipos interdisciplinarios integrados por las profesiones de: Trabajo Social, Psicología y Psiquiatría, a cada usuario se le asigna un equipo por orden de ingreso. A su vez en el dispositivo de internación intervienen dos médicas clínicas y el cuerpo de enfermeros/as.

Tiene un sector de consultorios externos, el archivo, la administración, la dirección, una oficina de asuntos legales, el área de personal 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.

El CRSM sostiene un abordaje clínico de los padecimientos subjetivos, tendientes a la inclusión social, evitando tanto la perpetuación de las internaciones como la desasistencia, ambos polos productores de segregación y marginalidad en una franja poblacional fragilizada, y en un momento histórico de intensa fragmentación del tejido social y productivo.

CAPITULO II

Intervención, Trabajo Social y Salud Mental

I. Intervención profesional

El presente capítulo pretende comprender como se construye la intervención profesional del Trabajo Social en relación a la problemática de Salud Mental, para lo cual consideramos fundamental definir qué entendemos por intervención profesional.

Adhiriendo a lo planteado por Rozas Pagaza, entendemos que la intervención profesional es:

“Un proceso de construcción histórico-social que se genera en el desarrollo de la dinámica social de los actores que intervienen en el ejercicio profesional. Dicha dinámica social está referida a la relación sujeto-necesidad como expresión particular de la cuestión social” (Rozas Pagaza, 1998:60)

A partir de esta definición, entendemos que cada intervención depende de la coyuntura en la cual se lleve a cabo, del momento institucional, de los recursos que se disponen para enfrentar la problemática y de la singularidad de los sujetos a los cuales se encuentra orientada, teniendo en cuenta que los mismos están situados históricamente. *“La intervención es una herramienta que permite generar recursos para la resolución de una situación problemática, que puede ir desde brindar un espacio de escucha hasta cuestiones más asistenciales”* (Entrevistad@ 5)

Intervenir, significa tomar parte de un asunto y también interceder o mediar por alguien, (Diccionario de la Real Academia Española, 2001) teniendo en cuenta dicha definición es que creemos fundamental tener en cuenta el “por qué, sobre qué y para qué” se actúa. Toda intervención profesional tiene una intencionalidad que involucra no solo a los sujetos de la acción profesional sino además, al resto de los profesionales, y es justamente esta la que nos plantea la pregunta “para qué” hacemos lo que hacemos. Junto con la intencionalidad están los fundamentos, la necesidad de hacer explícito el “por qué”. La fundamentación refiere a la argumentación sobre la elección de aquellas acciones que decidimos llevar adelante y de aquellas que deseamos. En general se interviene sobre problemas sociales. Se trata de problemas sociales que están en tensión entre la situación actual y una situación horizonte u ideal (Cazzaniga, 2009).

El Trabajo Social como disciplina tiene por objeto lo social: entendiendo a este como el campo de acción, aludiendo a la comunidad, beneficiarios, sujetos con

necesidades humanas básicas, etc. Según Carballeda (2012) lo social en términos de intervención implica la construcción de un punto de encuentro entre el sujeto y su cultura, la intervención del Trabajo Social se vincula con las tramas sociales que rodean a los sujetos, como elemento de articulación e integración de éste con el todo societario, por ende se hace necesario a la hora de intervenir poder contextualizar, pensar en ese contexto en que los sujetos se encuentran inmersos, analizar la situación, pensar al usuario con su historia de vida, en sus vínculos, en sus trabajos, en su barrio, etc.

La intervención es una construcción constante, que se formula y reformula con el devenir de la práctica, adaptándose a las particularidades del momento histórico y a los lineamientos erigidos por la institución en la cual los Trabajadores Sociales se encuentran insertos y la posición teórica adoptada por ellos. *“El Trabajo Social desde las ciencias sociales como un campo muy amplio teórico puede ofrecer una perspectiva teórica en cada situación a intervenir y también puede ayudar a pensar los modos institucionales, las prácticas sociales, asistenciales tradicionales, como ir cambiando acorde a la situación”* (Entrevistad@3). Esta situación que demanda nuestra intervención, se origina a partir de una demanda que expresa el imaginario que existe de la profesión y la percepción que los propios sujetos que la solicitan tienen sobre sus problemas y necesidades.

El Trabajador Social puede colaborar en ciertos conflictos relacionales, que están afectados más que nada por una vulneración de derechos, es una profesión que interviene en lo social desde políticas públicas, con el objetivo de modificar las situaciones particulares que aborda en su ejercicio cotidiano. La intervención profesional llevada a cabo por el Trabajador Social es una acción con sentido a partir de una demanda, como expresa Cazzaniga (2009) es la puesta en acto de un trabajo o acción a partir de una demanda que tiene la intencionalidad de generar alguna modificación en relación con la situación que se le es presentada, y esa puesta en acto se configura desde una matriz teórica.

La intervención desde el Trabajo Social está orientada a rescatar la historia de vida de la persona, es decir, recuperar situaciones singulares que atraviesan a los sujetos, aportar a contextualizar, hacer el ejercicio de pensar y repensar, analizar cada situación, entendiendo que estas no son individuales pero si particulares. El profesional va a ir deconstruyendo lo que los sujetos manifiestan, de qué manera se sienten, y cómo

padecen la transición con la problemática en Salud Mental. No solo se actúa profesionalmente con el usuario y su ambiente más próximo como la familia, amigos y vecinos, sino que se intenta intervenir con los contextos que condicionan o limitan sus posibilidades de desarrollo, centrando la intervención en la persona como en su medio social. (Martínez, 2003:80)

Este “es el papel fuerte del Trabajador Social, el poder articular con el sujeto y con su entorno la reconstrucción de vínculos, de lazos, pensar de qué manera podemos articular con las distintas herramientas que tenemos, con las diferentes instituciones, la reconstrucción de la situación que atraviesa” (Entrevistad@ 2)

Las autoras Becerra y Kennel (2008), destacan que el Trabajador social en el ámbito de la Salud Mental, posee ciertas características o modalidades, que son:

1. El tipo de persona es particular: son pacientes, usuarios que están atravesando un padecimiento subjetivo.
2. El trabajador social psiquiátrico no tiene la responsabilidad total de diagnóstico, comparte esa responsabilidad con el resto del equipo.
3. Salvo raras excepciones, el paciente no se presenta a solicitar la ayuda: generalmente es traído por otra persona (miembro de la familia, funcionario policial, amigo, etc.)
4. El trabajador social no trabaja solo con el paciente: generalmente está tratando también con otro/s miembro/s de la familia.
5. El paciente está tratado por el equipo terapéutico (psiquiatra, psicólogo, trabajador social, enfermero, terapeuta ocupacionales, etc.). El foco del tratamiento es el paciente, y el trabajo con la familia está orientado con relación a éste. El paciente, por esas particularidades propias de la enfermedad, requiere de un tipo de atención integrada de distintos profesionales, que la realizan a través de un equipo de trabajo (Becerra & Kennel, 2008:84)

Entre las funciones cotidianas del Trabajador Social en el campo de la Salud Mental se encuentran los informes en las historias clínicas, el seguimiento, gestiones, movilizar recursos materiales y financieros, etc.

Consideramos pertinente realizar una distinción en cuanto a la intervención del Trabajo Social intra-muro y extra-muro:

La intervención intra-muro: está relacionada con la atención no solo al usuario sino también a las familias en el marco de las entrevistas, el trabajo interdisciplinario con el equipo y las demás profesionales como acompañantes terapéuticos, el área jurídica del hospital, enfermería, solicitar turnos y acompañamiento con la junta evaluadora para tramitar el certificado de discapacidad, etc.

La intervención extra-muro: relacionada con el acompañamiento a realizar el trámite para el pase de colectivo, Dni, tarjeta de ciudadanía, supervivencia, reuniones con equipos de centros de salud y dispositivos alternativos para referenciar al paciente, acompañamiento a dichos efectores y dispositivos, como Programa Andrés, La Estación, Divino Botón, Nueva Oportunidad, Pomelo en el Patio, Etc. Otras tareas extra-muro son las visitas domiciliarias, acompañamiento a otras instituciones como ANSES o PAMI, etc.

La Ley N° 26.657 tiene entre sus objetivos derribar los muros que separan lo normal de lo anormal, el cuerpo enfermo del sano, lo aceptable de lo inaceptable dentro de la sociedad, aislando a todo aquel que ponga en peligro el orden social establecido. Es sabido que el encierro y las internaciones prolongadas tienen efectos negativos en los cuerpos y psiquis de los usuarios, conducen a la alienación y muchas veces a la ruptura de los vínculos familiares y sociales.

Se plantean nuevos modos de intervención, que logren sustituir la lógica manicomial, promoviendo el pleno ejercicio de los derechos y condiciones dignas de asistencia, romper con los muros que separan el manicomio de la sociedad implica compartir espacios para lo cual será necesario fortalecer la integración e inclusión de quienes padecen en Salud Mental. Los muros no nos protegen, nos aíslan, separan, dividen y fragmentan. Para terminar con los estigmas, prejuicios y exclusión, será necesario que caigan otros muros que están pero no ven.

La intervención debe tener como principal objetivo el establecimiento de vínculos allí donde nos los hubiera, como lazos con familia de origen, ampliada o extensa y/o comunitarios, y el fortalecimiento de los mismos cuando se encuentren

debilitados, interviniendo siempre con el objetivo claro de lograr una pronta externación sustentada en vínculos sólidos y fuertes, que acompañen el tratamiento en el afuera.

La intervención profesional no es ajena a las políticas de gobierno adoptadas en los últimos años, las cuales produjeron una fragmentación de los tejidos sociales, en donde *“cada vez tenemos menos de lo público, hay más desempleo, mas inflación, mas pobreza, mas desocupación lo cual es directamente proporcional a la gran demanda que habrá en Salud Mental”* (Entrevistad@ 4).

Siguiendo a Norberto Alayón (2008), entendemos que la intervención desde el Trabajo Social debe pensarse en paralelo al contexto económico y político, ya que el funcionamiento y características de la sociedad nos permiten comprender el por qué, el cómo, y el para qué de nuestra profesión.

i. Usuarios de la Salud Mental

Partimos de concebir a los usuarios *como sujetos de derechos, que tienen una participación activa en el tratamiento*, que pueden y deben ser actores y protagonistas de sus propios cambios, con capacidades y dificultades como todo ser humano.

La intervención del Trabajo Social se construye en torno a las relaciones que estos tienen con las personas y/o sujetos, siendo en estas relaciones que depositan el sentido de su trabajo, su intervención está centrada no en la persona como una unidad individual, sino con la persona en su totalidad, entendiendo al usuario como un sujeto situado en un determinado contexto *-social, político, económico, cultural-* que no es ajeno a su padecimiento.

Siguiendo a Carballada (2006) el Trabajo Social se hace presente, donde las trayectorias se inscriben en los cuerpos; esta allí escuchando relatos, observando, haciendo, convirtiendo ese padecimiento en resistencia. Nuestra profesión fue fundada en la intervención y eso es lo que ese otro demanda, generando nuevas preguntas, interpelaciones, construyendo acontecimiento en cada acción, en cada intervención, articulando pasado y presente en ese sujeto que reclama su lugar desde su historia y desde los saberes que lo fragmentaron y dominaron.

Aquellas personas que transitaron o transitan por una problemática en Salud Mental, no solo han tenido que convivir a través de los años con una serie de síntomas

que alteran su razonamiento e ideas que lo alejan de la realidad, sino también con una sociedad que carece de solidaridad, compromiso social y empatía. Entendemos que las enfermedades mentales no son una cuestión individual, estas pueden afectar a cualquier persona, en cualquier momento de su vida, por ende, no son un asunto privado, sino social.

Desde el Trabajo Social se aporta en la construcción de herramientas que permitan a los sujetos enfrentar las diferentes problemáticas que se le presenten en la vida cotidiana, generando de este modo la autonomía y autogestión en el medio social en el cual viven.

II. Estrategias de intervención

Para lograr los objetivos perseguidos con la intervención profesional es necesario contar con estrategias que faciliten el logro de los mismos, mediante estas los profesionales pueden orientar su intervención, evaluando en el proceso de trabajo cuales son las acciones pertinentes de acuerdo con cada situación.

Siguiendo a Mendoza (2004), podemos identificar tres dimensiones que conforman las estrategias de intervención en la práctica profesional:

El conjunto de tareas vinculadas a lo **asistencial** se relaciona directamente con las políticas sociales. El trabajador social es el encargado de ejecutar prestaciones y entregar recursos como así también de recibir las demandas de la población. Específicamente en el campo de la Salud Mental la labor asistencial se encuentra más relacionada a investigar sobre la situación de cada paciente y su entorno familiar, con el objetivo de facilitar la externación. Es decir, que la tarea asistencial se enfoca en la elaboración de una situación diagnóstica de cada paciente para determinar y organizar el conjunto de acciones y actividades vinculadas a la gestión de recursos, pero involucrando también lo educativo. *“La asistencia no implica solamente la entrega de recurso, sino que involucra aspectos de contención emocional, observación, análisis de determinaciones. Se requiere de la capacidad de escuchar, manteniendo la atención en los relatos que contienen una gama de problemas que se entrecruzan, (...) esa*

capacidad requiere de ese esfuerzo del pensamiento para entender las múltiples determinaciones que están en lo concreto” (Oliva, 2001:80).

Ejemplos de las tareas asistenciales serían la tramitación del DNI, pensión nacional por invalidez, afiliación a la seguridad social, el pase de colectivo, certificado de discapacidad, tarjeta de ciudadanía, visitas domiciliarias, etc.

En cuanto a la dimensión de **gestión**, son las diferentes actividades y acciones que desarrolla el Trabajador Social para la obtención de ciertos recursos, dichas acciones no son solo un trabajo administrativo porque contienen una intencionalidad particular en el marco de un abordaje más amplio y complejo de la situación específica. En la institución manicomial estas acciones se reflejan en superar diferentes obstáculos “burocráticos” para que el paciente y/o su familia puedan acceder a determinados recursos que aporten tanto en la externación como en el sostenimiento del paciente en el afuera. El trabajo de gestión, es una dimensión importante en la práctica profesional de los Trabajadores Sociales porque implica abordar aspectos que hacen a la reproducción social de los usuarios en su entorno social y familiar.

Como por ejemplo referenciar al paciente con determinados centros de salud, centro cultural “El Gomecito” o pomelo en el patio, gestionar acompañamientos terapéuticos, construcción de redes con otros dispositivos tales como programa Andrés, nueva oportunidad.

Con respecto a la dimensión de **educación**, se orienta en cierta direccionalidad involucrando a los objetivos de la asistencia y la gestión. En el tratamiento terapéutico, la dimensión de la educación tiene que ver con apostar a un cambio en las condiciones de vida del paciente y de su grupo familiar, lo que se identifica con un aspecto importante y conclusivo para la optimización del proceso de recuperación.

Por ejemplo: la construcción o reconstrucción de lazos familiares y barriales, asesoría y acompañamiento del profesional al usuario respecto de determinados aspectos de la vida cotidiana.

En el escenario cotidiano de la intervención profesional del Trabajo Social, surgen diversas problemáticas y conflictos que se vinculan con las modalidades de trabajo impuestas desde la dirección del hospital y con las atribuciones de ciertas tareas

que en el imaginario institucional y en el de los demás profesionales corresponden al Trabajo Social (el manejo del dinero de los usuarios, es uno de ellos).

En este sentido, Carmina Puig (2011) propone cuatro ejes donde los profesionales manifiestan problemas:

1. El que se establece con los grupos de personas: vinculado a las relaciones que se establecen entre profesionales, agentes sociales, trabajadores y miembros de las instituciones. Sus relaciones pueden dificultar o facilitar el desarrollo del proyecto. Ejemplo de esto es la relación con el cuerpo de enfermeros, quienes permanentemente manifestaban discursos tales como: *“los Trabajadores Sociales no tienen que dar permisos de salida porque sólo el médico puede decir si el paciente está en condiciones de salir”*

2. Los que surgen entre los profesionales y la institución: este tipo de conflicto se relaciona con las dificultades de comunicación y problemas para resolver los encargos institucionales. En el CRSM había un claro problema de comunicación con el coordinador de los equipos quien pocas veces participaba de las reuniones en la sala de internación.

3. Los conflictos entre el profesional y sus herramientas o técnica de trabajo: es decir, como trabajar con las necesidades o malestares de las personas a quienes se debe atender. Este problema se manifiesta en el CRSM a partir de los grandes recortes que el Gobierno de Cambiemos ha hecho en materia de derechos sociales, necesarios para acceder a un buen tratamiento de salud, por ejemplo en pensiones por discapacidad.

4. El rol de los recursos de que dispone para desarrollarse en el marco institucional, se relaciona con tres ámbitos: el marco teórico, sus instrumentos y habilidades. Esto se relaciona con la capacidad y acción creadora de cada Trabajador Social. Estos conflictos deben ser aceptados para poder reconocerlos y darles lugar, en el sentido de volver a conocer, repensar y solucionar estos ámbitos de dificultad inherentes a la práctica.

La principal fuente de frustración a la que se enfrenta el profesional es la diferencia entre lo que aspira y lo que realmente puede obtenerse. En un hospital de Salud Mental, el trabajo del Trabajador/a Social se avoca a lograr una externación sustentable, construir un afuera donde el usuario pueda vivir, desarrollarse y convivir con su padecimiento subjetivo, pero muchas veces esto no es posible por diversas razones que se entrecruzan: las condiciones sociales marcadas por un desfinanciamiento de las instituciones públicas, de salud y de políticas sociales, el incremento del desempleo, la fragmentación social, así como también otras razones subjetivas y los tiempos de cada paciente. Muchas veces el único recurso disponible es el vínculo, la relación, que expone al profesional a un alto riesgo de desgaste y cansancio.

III. Técnicas e instrumentos de intervención profesional

Siguiendo a Vélez Restrepo (2005) las técnicas e instrumentos utilizados por el Trabajo Social, en sus procesos de actuación profesional, operan como dispositivos de producción y regulación de las situaciones sociales que se provocan al interior de determinados marcos comunicacionales e interaccionales. Como generadoras de situaciones y actos de comunicación, las técnicas posibilitan la lectura, comprensión y análisis de los sujetos, contextos y situaciones inconvenientes, al asumirlas como simples recolectoras de información.

A partir de las entrevistas realizadas a las y los Trabajadores Sociales del CRSM “Dr. Agudo Ávila” podemos indicar que las técnicas e instrumentos utilizados cotidianamente por dichos profesionales, son: la entrevista, el informe social, la observación, las visitas domiciliarias, la lectura de la historia clínica y la escucha.

A continuación desarrollaremos las tres primeras:

i. La entrevista:

Es parte del instrumental de la profesión y una de las técnicas más utilizadas en el quehacer de los Trabajadores Sociales.

Desde el Trabajo Social Vélez Restrepo (2005) refiere a la entrevista como:

“Un evento dialógico, propiciador de encuentros entre subjetividades que se conectan o vinculan a través de la palabra permitiendo que afloren representaciones,

recuerdos emociones y racionalidades pertenecientes a la historia personal, a la memoria colectiva y a la realidad socio cultural de cada uno de los sujetos implicados” (Vélez, 2005:35)

La entrevista es un encuentro singular, cara a cara entre dos o más personas, en donde el entrevistado pone en palabras una situación de su vida personal que considera problemática o la visión que ha construido de la misma.

El profesional analiza la realidad descrita desde su bagaje teórico desde el cual fundara su intervención, comprendiendo por medio de la entrevista una parte del mundo subjetivo del entrevistado.

El entrevistador asume un rol activo en el dialogo, el cual es una puerta de entrada a la vida de los sujetos, comprendiéndolos para luego avanzar en la reconstrucción de la situación problemática que el usuario manifiesta en la entrevista.

Siguiendo a María de los Ángeles Aguilera, la entrevista en Trabajo Social es:

“Una técnica de intervención social que se funda en una relación interpersonal que permite la comprensión de una situación intersubjetiva, la construcción de un problema que requiere ser transformado y el tránsito por un proceso de actuación que permita alcanzar la transformación” (Aguilera, 2005:36)

ii. El informe social:

Es una técnica de registro, destinado no solo a comunicar y relatar una situación sino también a reflexionar acerca de las interacciones sociales que se han dado en un contexto del que el receptor no ha participado. *“La palabra informe expresa por una parte una intención de comunicación, definiendo tácitamente la presencia de un receptor al que se pretende poner en conocimiento de algo”* (Cazzaniga, 2009:19)

Miguel Meza define al informe social como:

“El texto escrito en el que el/la trabajador/a social presenta los datos relacionados con la historia de vida social y situación actual de la/s persona/s, realizando una interpretación y apreciación de los mismos, destinadas a fundamentar y proponer la acción transformada a partir de los conocimientos científicos” (Meza, 2005:72)

Al realizar un informe debemos tener presente el ¿Para qué? ¿A quién está dirigido? ¿Qué se espera de ese informe? ¿Qué esperan los usuarios? ¿Qué esperan los destinatarios? ¿Qué espera el/la Trabajador/a Social?

Es menester tener en cuenta la finalidad y/o intencionalidad del informe, estos son distintos e irrepetibles, por ende nunca un informe será igual a otro, ya que cada uno tiene objetivos específicos en función a intereses y expectativas distintas.

El objetivo del informe es comunicar, dar a conocer, dar forma a algo, existen diferentes tipos, como por ejemplo: informe de derivación, informe de actuación y/o evaluación, informe de gestión de recursos, informe forense, etc.

iii. La observación:

Siguiendo a Ezequiel Ander-Egg (1995) entendemos que la observación es el procedimiento que se utiliza en la vida cotidiana para adquirir conocimientos. Desde el punto de vista de las técnicas de investigación, la observación es considerada como uno de los procedimientos para la recogida de datos, consiste en utilizar los propios sentidos para observar hechos y realidades sociales presentes. Toda observación comporta cinco elementos fundamentales: el sujeto (observador), el objeto (lo observado), los medios (los sentidos: especialmente vista y oído), los instrumentos (los medios que sirven de apoyo a la observación como cámara fotográfica, el cuaderno de campo, cámara, grabador, etc.) y el marco teórico, que sirve para la guía de observación.

El trabajo de observación se debe realizar de manera responsable y sistemática, por lo tanto, es necesaria una “comprensión simpática” para entender debidamente a otras personas, sentimientos, reacciones, emociones y experiencias que el investigador no ha experimentado o sentido.

Siguiendo a Susana Cazzaniga (2009), la observación puede ser usada como:

“Una técnica principal de producción de conocimiento, o como herramienta complementaria de otros dispositivos (...). Aparecen dos aspectos para tener en cuenta: la interrogación y la intención, aspectos que se relacionan y condicionan mutuamente. Cuando hacemos referencia a la interrogación estamos haciendo mención al carácter de pregunta, de apertura a lo desconocido, tanto de la situación que observamos como de nuestras propias pre-nociones. La idea de intención en la observación, está referida

a que, como profesionales centramos la mirada hacia los aspectos pertinentes a la situación en la que estamos interviniendo” (Cazzaniga, 2009:13).

La observación está sujeta al tema o problema en cuestión, y quien la realiza es un actor social que asume un posicionamiento desde el cual realiza las definiciones de la realidad observada.

En la práctica cotidiana del Trabajo Social se utiliza la observación en entrevistas, visitas domiciliarias, para la realización de informes, etc. es sabido que todas las personas utilizamos a diario la observación, pero esta difiere cuando se estructura desde el sentido común o desde el plano profesional.

CAPITULO III

Visita domiciliaria: técnica de intervención profesional

I. Fundación de la primer “Charity Organization Society” y los orígenes de la visita domiciliaria

En el año 1869 se crea por iniciativa de Henry Solly la primer COS en Londres, un año antes había recomendado crear un consejo de coordinación de actividades de acción benéfica en el ámbito de la acción pública y privada, creándose al año siguiente la “Sociedad para la organización del socorro caritativo y la represión de la mendicidad”. Debido a la magnitud de los problemas, se requería una filantropía científica, ya que no era posible seguir funcionando de manera individual, por lo cual la sociedad creada por Henry pasó muy pronto a llamarse “Charity Organization Society” (COS).

Su creación fue uno de los pasos más importantes en la organización de las prácticas asistenciales. En su puesta en funcionamiento jugaron un papel importante Octavia Hill, Edward Denison y Sir Charles Loch, que fue el verdadero sostén y secretario general durante 39 años, el mismo sostenía que ninguna obra de caridad es completa si no coloca a la persona beneficiada en una situación de autodependencia.

Desde la COS el trabajo realizado en los barrios pobres eran llevado adelante por: Visitadoras voluntaria, visitadoras amigables, visitadoras de pobres. Se hacía hincapié en la utilización de estas voluntarias, cuya misión sería la de aconsejar, ayudar con la ropa, que los niños fueran a la escuela, instruir en la higiene corporal y de la casa, cuidar la salud, pero lo más importante se centraba en la influencia moral que debían ejercer sobre ellos, que suponía cambiar la forma de vida del indigente. Se trataba de individualizar el problema.

Debido a que este visiteo amistoso no era tan frecuente como los líderes de la organización esperaban, y se generaron problemas basados en la falta de humanidad y buen trato para las personas, comenzó a ser realizado por personal pago, con lo cual se inicia, en cierta medida, la profesionalización, debido que para llevar adelante este trabajo se requería tener un conocimiento previo del comportamiento humano y de la sociedad. La COS decidió implementar un plan de formación para quienes desarrollaban las visitas, para lo cual se conformó la primera escuela de formación.

Una de las figuras más importante y representativas, considerada la primera Trabajadora Social profesional fue Mary Ellen Richmond (1831-1928) quien se incorpora a la COS en 1889 como tesorera, y en 1891 pasa a ocupar el cargo de secretaria general de la misma, cargo que ocupó aproximadamente 10 años. Se incorpora al equipo de visitadoras amigables, actividad que consideraba importante en el Trabajo Social y ayudaba a aliviar el sufrimiento de los pobres. No había dinero, ni limosnas, solo ayuda personal. Una vez que fue adquiriendo experiencia y conocimiento, el desarrollo del Trabajo Social teórico fue una de sus principales ocupaciones.

Mary Richmond al hablar de las visitadoras amigables expresaba que al realizar la visita en el domicilio, el/la visitador/a podía conocer información que era aportada por el mismo ambiente en el cual las personas desarrollaban su vida cotidiana, además permitía evitar la actitud defensiva que el “cliente” manifestaba cuando concurría al despacho del profesional.

La visita domiciliaria como técnica de intervención comenzó a ser utilizada por los profesionales con distintos objetivos: investigación, asesoramiento, seguimiento.

Particularmente en el caso de nuestro país la práctica de realizar visitas a hogares se ha llevado a cabo desde el Siglo XIX, con finalidades tales como el suministro de recursos, control, profilaxis o la denuncia en defensa de la clase trabajadora.

Para el Siglo XX la necesidad de contar con un nuevo auxiliar del médico hacía que con mayor frecuencia aparecieran mencionadas las visitadoras de higiene en congresos, encuentros, publicaciones, por lo cual en el año 1922 el médico Alberto Zwanch, presentó en la Tercera Conferencia Nacional de Profilaxis Antituberculosa un trabajo sobre las Visitadoras de Higiene, sus actividades, las maneras de formarlas y las funciones de la futura escuela.

El 2 de agosto de 1924 fue creado finalmente el curso de Visitadoras de Higiene Social y años más tardes, en 1930, el Doctor Albert Zwanck, dirigió la primer Escuela de Servicio Social del país, creada en el Museo Social Argentino.

Norberto Alayón (2007), al hacer referencia a las visitadoras de higiene, expresa:

“Al principio simples enfermeras de los pobres, las visitadoras se transforman de más en más en mensajeras de higiene, no limitando sus beneficios solamente a indigentes, sino concurriendo a prevenir el contagio, facilitar la marcha inteligente del tratamiento, señalar las enfermedades latentes o descuidadas, enseñar el orden, la limpieza, la higiene, la economía doméstica. Realizan el aislamiento y enseñan al enfermo y a los que lo rodean las precauciones necesarias; indican la forma de tomar la temperatura, de pesar al niño, de ventilar la habitación...”. (Alayón, 2007:94)

Los orígenes del Trabajo Social están vinculados al acto de conocer a las familias con las cuales trabajamos dentro del entorno en el cual viven, por lo que nuestra historia está íntimamente vinculada con la visita domiciliaria.

II. La utilización de la visita domiciliaria en Salud Mental

La visita domiciliaria es una actividad que históricamente han realizado las y los Trabajadores Sociales, siguiendo a Ezequiel Ander-Egg (1995), entendemos que la visita domiciliaria es:

“Aquella visita que realiza el trabajador social a un hogar tratando de tomar contacto directo con la persona y/o su familia, en el lugar donde vive, con fines de investigación o tratamiento, ayuda o asesoramiento” (Ander-Egg, 1995:333)

Siguiendo a Campanini y Luppi (1996):

“La visita Domiciliaria se trata de una herramienta bastante típica del Servicio Social, utilizada frecuentemente en algunos tipos de servicios. Sin embargo la bibliografía sobre el tema es decididamente escasa. Por lo general, se la define como una entrevista efectuada en el domicilio del usuario para comprensión del diagnóstico y como estudio y observación del ambiente familiar” (Campanini y Luppi, 1996:195)

Graciela Tonon (2005), concibe a la visita domiciliaria como:

“Técnica de actuación del Trabajo Social, que presenta la particularidad de incluir otras dos técnicas –la observación y la entrevista-, que facilitan la interacción dialógica teniendo lugar en el ambiente en el cual la persona desarrolla su vida cotidiana, que se basa en un proceso comunicacional verbal-no verbal y se caracteriza

por un objetivo definido (investigación, asesoramiento, seguimiento, cierre de la actuación profesional) revistiendo un valor estratégico en el proceso de actuación profesional”(Tonon, 2005:57).

Siguiendo las entrevistas realizadas a los y las Trabajador/a Sociales del Centro Regional de Salud Mental “Dr. Agudo Ávila” podemos afirmar que para dichos profesionales la visita domiciliaria constituye un recurso valioso dentro de la institución, pero no debe utilizarse de manera indiscriminada, debe ser planificada y tener un sentido, a la hora de realizarla es necesario tener un acuerdo previo con ese otro de la intervención ya que no todas las personas están dispuestas a que visiten sus hogares.

Observar y conocer lo que ocurre con las personas en su ambiente cotidiano es posible gracias a la visita en el domicilio, esta práctica funciona como mecanismos de acercamientos progresivos, de reconocimiento de la territorialidad, de la localidad, del espacio físico de alguien y permiten una revinculación de la persona que está atravesando un padecimiento subjetivo con su entorno.

Irrumpir en el cotidiano de una persona nos permite comprender lo que en entrevistas previas nos ha expresado, también nos encontramos con nuevas situaciones que no habían aparecido en el marco de las entrevistas realizadas en las oficinas, las personas al estar en su casa se predisponen de otra manera, están en un lugar que les da seguridad y dependerá del profesional generar el clima de confianza que le permita alcanzar los objetivos que dieron origen a la intervención.

Si bien es un recurso valioso también es un recurso exquisito en dicha institución, *“somos un efector de tercer nivel de complejidad, nuestra georeferencia es muy amplia, es toda la zona sur de la provincia de Santa Fe, entonces al tener una georeferencia tan amplia no es un recurso que puedas hacerlo fácilmente, como en un centro de salud, un primer nivel sí porque el territorio es tu campo de intervención, acá es una región, entonces no podes ir fácilmente a todos los pueblos, entonces lo usas en algunas excepciones, entonces es un recurso valioso, y un recurso exquisito, podríamos decir, lo usas en algunas excepciones, hemos ido igual, yo voy mucho a los pueblos, pero es un día de trabajo perdido, invertido en eso, pero es un recurso que lo administras bien cuando lo podes utilizar, es un recurso valido y muy importante para ciertas intervenciones”* (Entrevistad@ 3).

La visita en el domiciliario permite obtener un conocimiento más detallado y objetivo de la realidad, de las condiciones habitacionales, familiares, y de aquellas relaciones del usuario con su entorno, es una pieza clave para la intervención del Trabajo Social, ya que proporciona un acercamiento directo a la familia.

En su recorrido entran en juego la observación y la escucha. El Trabajo Social tiene una escucha y mirada diferente a la de las demás disciplinas, por lo cual las visitas domiciliarias realizadas por estos diferirán de aquellas que realicen otros profesionales, *“no es lo mismo lo que mira uno, que lo que mira el otro con un atravesamiento totalmente diferente que pueda entender que no es lo mismo que yo se lo venga a contar a que ustedes lo vivencien, ahora ¿es siempre necesario? No, lo que me parece es que no debiéramos sentir que somos los dueños de la visita domiciliaria, ni tampoco que no es una herramienta indispensable en determinados momentos”* (Entrevistad@ 4).

El/La Trabajador/a Social va más allá de un informe, profundiza la problemática y el abordaje, si bien la visita domiciliaria usualmente es realizada por profesionales de Trabajo Social, dentro del CRSM no es considerada una estrategia privativa de la profesión, sino que es pensada como un campo de acción interdisciplinar.

Siguiendo a Montaña (2000) podríamos decir que la visita domiciliaria no es una característica de especificidad del Trabajo Social, el mismo expresa:

“El concepto de especificidad se refiere a la cualidad que cierta especie posee y por la cual esta última se torna especial, diferente a la otra. Así, el carácter de específico de alguna cosa atribuye dos condiciones: primeramente, esta característica por ser específica, debe reflejarse, debe estar presente en todos los miembros de esta especie, teniendo una dimensión inclusiva; en segundo lugar, ella no puede existir en miembros de otra especie, lo que muestra su dimensión exclusiva, quiere decir: lo que nos diferencia de los otros y lo que nos identifica como cuerpo” (Montaña, 2000:48).

Al respecto, coincidimos en que *“no hay nada específico del Trabajo Social, no, por ahí somos los que tradicionalmente nos metemos en la casa de los demás sí, pero que los psicólogos les cueste mucho hacerlo sí, porque tienen otro encuadre con el paciente, que los psiquiatras a veces consideren necesario hacerlo puede ser, hablando de salud mental, pero no creo que sea algo específico, creo que es una tarea que se debe hacer en un momento del proceso terapéutico y creo que esta bueno que el*

Trabajador Social pueda aportar a eso, solamente el Trabajador Social no, está bueno ir con otros, a mí me gusta ir con el psicólogo o con el psiquiatra, ir yo solo no, es raro que lo haga, porque me gusta representar a la institución, representar al equipo, ir solo es raro, salvo que sea algo puntual” (Entrevistad@ 3).

Siguiendo a Gonzales Calvo (2003), entendemos que la historia de cada individuo está unida a la de su familia, no es posible concebir una sociedad de personas aisladas. Los individuos y las familias están vinculados a un espacio de residencia al que comúnmente denominamos “casa”, habitar y compartir un espacio con otros tiene un significado especial en la vida de toda persona. La organización de la vivienda nos dirá mucho de sus habitantes, así como también las peculiaridades de cada una influirá directa o indirectamente en la subjetividad de cada persona.

Es necesario poder pensar y hacer un análisis de los vínculos que atañen a los sujetos con los cuales trabajamos, al hablar de sujetos entendemos que estos están situados histórica, social y culturalmente, los vínculos los constituyen como tal, y están afectados y definidos por la problemática, por ende la intervención no puede ser sin ellos, *“es más fácil que se pueda sostener el tratamiento cuando hay alguien que acompañe el sufrimiento del paciente, (...) puntualmente en nuestro equipo no todos los pacientes tienen familiares, y aun así hemos podido trabajar y en ese caso el compromiso o el esfuerzo para el equipo es doble, porque tenemos que acompañar nosotros el afuera y el sostenimiento del tratamiento, pero si me parece importante siempre y cuando sea en beneficio del paciente, no siempre la familia, hay familias que pueden ser muy tóxicas y han tenido un papel nodal y protagónico en lo que es el proceso de salud-enfermedad de los pacientes, y nosotros tenemos que poder leer eso ”* (Entrevistad@ 5). Es fundamental siempre que sea posible el abordaje familiar-vincular, trabajar la conciencia de enfermedad, hacerlos partes de la evaluación y el proceso, para que al momento del alta tengan un rol fuerte y activo.

La visita es un puente entre la institución y la familia, la confianza comienza desde el momento en que las personas abren las puertas de su casa y te invitan a pasar. *“La gente que se encuentra por ahí muy abandonada por el Estado, que sufre problemáticas de salud mental y durante años estuvieron buscando que alguien haga algo y se encontraron solos, y que de repente venga alguien a la casa, se tome un mate, charle, comparta, esté ahí un rato con ellos, creo que se abre un canal posible de*

comunicación y de laburo, ya desde el momento en que tocaste el timbre estas interviniendo, porque estas metiéndote en la vida de los demás”(Entrevistad@ 3) .

El aporte de la visita domiciliaria a la intervención de Trabajo Social consiste en proporcionar una visión más amplia de la situación, da herramientas para las próximas intervenciones, aporta un conocimiento más claro de la constitución familiar.

Esta técnica será apropiada cuando ciertos aspectos de la vida cotidiana sean necesarios para tomar decisiones en relación al curso que se le dará a la intervención.

Para algunas personas la visita en su domicilio puede significar romper con el cotidiano, ese otro es visto como alguien que trae alivio y por lo tanto la familia lo recibe con gusto, para evitar el rechazo de quienes queremos visitar será importante trabajar previamente los motivos por los cuales se ha decidido realizar una visita. *“Cuando la visita domiciliaria se torna un deber ser queda anudada a eso que es lo que se espera que se haga, lo que se requiere como mecanismo de control y como certificación para poder acceder a cualquier tipo de derecho básico, indispensable de constatación de la pobreza, entonces si uno logra pensarlo como herramienta que permitiría integrar cualquier estrategia de intervención en la singularidad de la situación es mucho más habilitadora que como mecanismo de control”* (Entrevistad@ 4).

Desde el campo de la Salud Mental dicha técnica es considerada un recurso terapéutico, no punitivo, y nunca es una imposición. No es la idea de este capítulo hacer meras recetas de cómo llevar adelante una visita domiciliaria, consideramos que no existe una única forma, sino que serán los objetivos de la intervención los que determinaran su aplicación y orientación.

i. Procedimientos antes, durante y después de una visita domiciliaria

a. Antes:

- Conocer la historia clínica del usuario,
- Evaluar cual es el motivo, el sentido, lo que se busca recaudar, si se quiere hacer una evaluación habitacional, una evaluación de funcionamiento familiar, etc.

- Tener claro los objetivos que se quieren conseguir o el para qué de la visita.
- Instancias de entrevista con las familias.
- Evaluar si es o no pertinente hacerla, en qué momento, si acompaña el equipo completo o solo la Trabajadora Social.
- El armado de la estrategia de intervención es lo que va a determinar si la visita es sorpresiva o planificada con la familia, en el caso de ser planificada se hace previo aviso, pero si por ejemplo lo que no viene apareciendo es el contacto familiar a lo mejor la visita tiene que ser sorpresiva.
- La planificación de la visita inicia con el contacto telefónico con la familia para obtener el consentimiento.

b. Durante:

- Explicar para qué es, qué sentido tiene y por qué es importante para el tratamiento.
- Se toman apuntes.
- Se utilizan técnicas como la observación, entrevista, escucha, informe, etc.
- Si la situación lo amerita el profesional previo acuerdo con la familia puede sacar fotos o filmar para que quede en la historia clínica o para comunicar a sus compañeros y estos puedan tener un registro visual de lo que se evaluó, siempre es un acuerdo y se muestran las fotos o filmaciones.
- Pueden surgir otras situaciones problemáticas que cambian la impronta inicial.
- Hablar con los vecinos, con el centro de salud, con instituciones de referencia o allegados.
- Identificar factores de riesgos
- Seguimiento de la situación

c. Después:

- Analizar las apreciaciones de quienes realizaron la visita.
- Se transmite al equipo la visita realizada y lo que se pudo observar.
- Se registra en la historia clínica y se redactan los informes correspondientes.
- Dependiendo del profesional se hace o no una devolución para que quede claro el por qué de la visita.
- Se desarrolla plan de acción

ii. Ventajas y desventajas

En las entrevistas previas a la visita en el domicilio se va construyendo un imaginario de cómo es la vida de ese otro con el cual estamos trabajando, pero ir al territorio, escuchar y observar permite hacer otra lectura de la situación, *“cuando vos entrevistas vas construyendo imaginarios de cómo es la vida de esa persona, pero cuando vas y la ves pasan muchas otras cosas, sin dudas conoces mucho más a la persona con la cual estas trabajando que solamente haciéndole una entrevista, entonces cuando vos vas al domicilio y al barrio en donde viven te sentís mucho más cerca de esa persona y la persona te siente más cerca a vos, entonces en ese sentido habilita mucho más para lograr nuevas cosas, entonces creo que la entrevista domiciliaria permite más cosas en la intervención”* (Entrevistad@ 3).

Al realizar la visita no solo vas a la casa, sino que caminas el barrio, hablas con los vecinos, te acercas hasta el centro de salud, y se va construyendo un circuito para que la referencia quede más fuerte armada. Trabajar con otros equipos, saber a dónde se va a atender, conoces más actores del barrio, de la casa, de la familia, ver a los niños y las niñas, que ellos te vean y te conozcan ya que al ser menores de edad no pueden ingresar al CRSM.

La visita nos permite recoger mucha más información pero no debe limitarse a eso, también permite testear la receptividad de la familia, el impacto del paciente en el entorno del hogar, da respuesta a la o las preguntas que dieron origen a la investigación, y amplía los conocimientos frente a las técnicas que se aplican en el quehacer profesional, son pequeños encuentros en el marco de una estrategia mayor que es por ejemplo la externación o el egreso, *“vos vas a una entrevista que eso después lo vas a poner en juego a la hora de pensar la estrategia, de acuerdo a las vivencias, tener en cuenta la historia, la tradición, porque por ahí te toca hacer una entrevista en un barrio toba, donde pones en juego determinadas cuestiones, donde juega lo que es la tradición, sus costumbre”* (Entrevistad@ 2). Es imprescindible conocer la historia, la cultura, las habilidades de las personas con las cuales trabajamos y buscar potencializarlas.

Como toda intervención tiene ventajas y desventajas, ya que si se hace mal o es innecesario puede resultar invasivo, también puede pasar que uno vaya con la mejor predisposición y después no haya nada para ofrecer. Hay que tener siempre presente qué

es lo que se evalúa y para qué, “*si vos haces una evaluación y después no haces nada al respecto, no está bueno, vos vas y ves que la gente vive en condiciones muy precarias y que después vos no tengas nada para decirle me parece que eso estigmatiza, hay que tener mucho cuidado, qué evalúas y para qué evalúas, para qué voy a ponerme a evaluar condiciones habitacionales de la gente si después no le puedo conseguir nada, no puedo conseguirles ni una garrafa, ahí de última triangulo con los organismos que si tienen para hacer algo, llamas al centro de salud, mira tengo esta situación, esta familia, quieres que vayamos juntos, y vas con algún organismo que si pueda hacer algo, sino para qué vas a ir, esas cuestiones tienen que ver con definir para que lo vas a hacer, ahí se pueden definir las desventajas, (...) cualquier técnica mal aplicada sin necesidad está mal, tiene desventajas*” (Entrevistad@ 3).

Desventajas:

- Perder los objetivos de la visita
- Violar los espacios de la familia
- No contar con la autorización para ingresar al domicilio
- Inducir las respuestas
- Dar información de mas
- Mostrar superioridad o autoritarismo sobre la familia
- Interrumpir el relato

iii. Sentimientos:

Desde el momento que la persona que atraviesa un padecimiento subjetivo demanda una intervención se comienza a construir un lazo entre usuario y profesional, en donde comienzan a tomar protagonismo los afectos, sentimientos y emociones, entendemos que los sentimientos forman parte de la subjetividad de cada profesional, y las emociones dependerán de cómo esté cada uno en el momento de efectuar la intervención.

Sobre que sentimientos se ponen en juego al realizar una visita en el domicilio, los profesionales respondieron:

“Me ha pasado de encontrarme en situaciones haciendo visitas digamos, situaciones de horrorizarme de lo que estaba viendo, de preocuparme de las

condiciones en las que estaba el lugar, (...) me pasaba que me encontraba estableciendo lazos con los pacientes, entonces había algo del afecto que se pone en juego, por ende cualquier encuentro con sus lugares, con sus escenas primarias, de referencia, con sus vínculos, encontrarse con el rechazo de la familia, son no sé si sentimientos, son emociones que son muy del momento, que pueden dar bronca en un momento, que pueden generar tranquilidad dependiendo de cómo se lo recepcione, encontrarse con esto, temores diría que no necesariamente pero si sorpresas, asco en algún momento, no sé, dependiendo de cuál sea la situación, extrañeza no sé si podría ser, serían muchas, son muchos años de haber transitado por muchos lugares y haberme encontrado en situaciones complejas incluso, que se yo, de una visita salí me miré los pies y mis piernas estaban negras de pulgas, fue así como encontrarse como afectado en lo físico incluso por esas escenas, es difícil hacer una enumeración ahí, y sentirse a veces contrariado por lo que uno siente en ese momento, pero es lo que a uno le pasa, punto, hacer lugar a eso me parece que también es saludable” (Entrevistad@ 4).

Como manifiesta Tonon (2004), es el sentir que tantas veces subestimamos y relegamos lo que se hace presente de manera tan fuerte en la experiencia profesional, que a veces logra opacar el conocimiento teórico adquirido, y entonces una emoción logra hacernos pensar y decir lo que intelectualmente sabemos que, no es así.

Además, “a veces sentís cosas que te preocupan, cómo va a estar esta persona cuando salga y vuelva acá, condiciones habitacionales, a veces vas y son personas que no están en condiciones de pobreza pero esta la violencia materializada, o su malestar y su padecimiento materializada en la propiedad, de muchas maneras, todo roto o abandono general y económicamente no hay problema, son muchas cosas las que uno siente cuando por lo general interviene en la vida de los demás como cualquier técnica de intervención, hay muchas personas que no se animan a entrar a las casas, se quedan afuera, los horroriza lo que ven, yo como trabajador social entro, no tengo problema y bueno, creo que eso es importante, estar preparados para eso, porque para el otro es natural, pero hay personas que se quedan afuera, y es medio difícil después continuar el trabajo, entonces estar preparado para acompañar al otro pase lo que pase, nunca es incondicional del todo, pero ver hasta donde uno puede conocer lo que le pasa al otro y ver en que lo puede ayudar”(Entrevistad@ 3).

Siguiendo a Romero (1992), consideramos importante valorar al/la Trabajador/a Social en su subjetividad, ligando su trabajo a su vida, a su historia y a la manera personal de percibir la realidad.

Cada Trabajador/a Social interviene utilizando modelos teóricos de análisis que permiten interpretar la realidad concreta que estamos observamos desde nuestras significaciones, será importante repensar nuestro sentir frente a las determinadas situaciones que abordamos para no llegar a emitir juicios de valor.

REFLEXIONES FINALES

Este trabajo de investigación, se planteo como objetivo general indagar acerca de la Visita Domiciliaria como técnica de intervención de los y las profesionales de Trabajo Social en el Centro Regional de Salud Mental Dr. “Agudo Ávila”.

Pudimos dar cuenta que la técnica de la visita domiciliaria es para los trabajadores sociales, un instrumento idóneo para analizar la realidad, esa que no miente y nos interpela a diario.

En instituciones manicomiales, de encierro, dicha técnica nos permite traspasar los muros, trabajar en terreno, y poder ir mucho más allá de la mera observación de los aspectos habitacionales, nos abre la puerta al análisis de las relaciones que operan al interior de los sistemas familias y comunitarios, de poder, jerarquías, cómo son las diferentes dinámicas, sentires, emociones, concepciones, etc.

Nuestra profesión se ha caracterizado históricamente por su acción práctica, analizando la realidad *in situ*, lo que nos permite desarrollar una comprensión empática, poniéndonos en el lugar del otro, sintiendo como sienten y pudiendo visualizar desde allí los obstáculos que impiden su pleno desarrollo.

La utilización de esta técnica en el marco de intervenciones fundadas y estratégicas logra ampliar nuestra mirada inicial de la situación, nos conecta, vincula y favorece la sociabilización.

Es un mecanismo de encuentro en la vida cotidiana de los sujetos, que nos permite determinar un plan de acción y establecer las estrategias para abordar la situación, desarrollando habilidades y competencias como la observación, comunicación y análisis de las diferentes problemáticas que nos permitan enriquecer esta valiosa técnica de intervención del Trabajo Social.

La visita domiciliaria es relación, emoción y comunicación. Seguirá siendo un encuentro entre partes, un puente que nos acerque a ese otro de la intervención, no solo reforzando los vínculos familiares y barriales, sino construyendo redes con otras instituciones *-barriales o no-* que acompañen y sostengan desde lo comunitario, tal como lo establece la ley.

No podemos dejar de mencionar, que han pasado ocho años desde que el Congreso Nacional promulgara la Ley de Salud Mental N° 26.657, derogando la anterior legislación N° 22.914, sancionada por el gobierno militar en el año 1983. Esta nueva legislación vino a poner el acento en el enfoque de los Derechos Humanos entendiendo a las personas como sujetos de derechos, es decir transformando la vieja concepción del sujeto considerado anormal, insano y peligroso.

Entre las metas establecidas por dicha ley se encuentra el cierre definitivo de los hospitales monovalentes para el año 2020, debiéndose desarrollar en el periodo de diez años posteriores a sancionada la ley, las adecuaciones correspondientes. Encontrándonos en el año 2019 podemos afirmar que esto no se ha podido lograr, en los hospitales generales no se han realizados las transformaciones necesarias, tanto edilicias como la capacitación del personal destinado a abordar los procesos de atención.

Si bien consideramos que hay que cerrar los hospitales monovalentes, entendemos que esto por sí solo no solucionaría los problemas, lo que se deben sustituir son las lógicas bajo las cuales opera este paradigma.

Debemos aggiornar nuestras prácticas a los nuevos procesos de atención para los usuarios, los de siempre y los de ahora, que necesitan de la internación en cuanto recurso terapéutico. Actualmente hay mucha demanda en Salud Mental lo cual no es ajeno al contexto de ajuste en el que estamos inmersos, nuestro país atraviesa además de una crisis económica, una crisis social, cuyos principales indicadores son el desempleo, las precarias condiciones laborales, la indigencia y el aumento de la pobreza, esto impacta en los sujetos con los cuales trabajamos, quienes padecen ante la ausencia de un Estado que les vulnera todo tipo de derechos.

En septiembre del 2018, el Gobierno Nacional anuncio públicamente la eliminación de trece ministerios, entre los cuales se encontraba el de salud, pasando a ser Secretaría de Estado al Ministerio de Desarrollo Social.

La eliminación de este ministerio trae aparejado despidos, achicamiento del presupuesto, eliminación de programas de salud, recorte en vacunas, falta de inversiones y disminución de camas en los hospitales, etc. El eje de dicha eliminación esta puesto en la baja del gasto público, y solo basta con ver la realidad para darse cuenta que las prioridades del gobierno no son las mismas que las de los trabajadores, de los

desempleados y los sectores más empobrecidos que recurren a la salud pública y universal, que está “en riesgo de desaparecer”.

¿A qué nos referimos cuando decimos “*en riesgo de desaparecer*”? Podemos pensar que en el año 2016 se planteo la creación de la Cobertura Universal de Salud – *que aún no ha sido implementada*- con el objetivo de brindar cobertura a 16 millones de personas que se atienden en el sector público a través de una canasta de prestaciones básicas. Esto que pareciera ser una ampliación de derechos es todo lo contrario, se trata de paquetes restringidos de servicios. Mientras que aquellos que quedan por fuera de estos paquetes deben ser pagados por el usuario, oponiéndose al criterio de universalidad en el acceso.

Debemos redefinir qué modelo de país queremos, ¿un país para todas y todos, o solo para algunos? También podríamos preguntarnos ¿Cuál es el futuro de la Salud Mental? Y ¿Qué lugar tendrá dentro de la Cobertura Universal de Salud?

Como hemos expresado anteriormente, debemos apuntar al cierre de los hospitales monovalentes y construir dispositivos alternativos con base en la comunidad, pero no a costa de que se sigan llenando los privados, ¿será que vamos en camino a privatizar la internación en Salud Mental? Se achica lo público y se amplía lo privado, sin ir más lejos, en Rosario de los trece hospitales de Salud Mental que hay solo uno es público.

Sigamos luchando por no perder los derechos que tanto nos costaron conquistar, que la SALUD siga siendo PÚBLICA, UNIVERSAL Y DE CALIDAD.

BIBLIOGRAFIA

- AGUILERA, María de los Ángeles (2005). “*La entrevista*”. Ed. Espacio, Buenos Aires.
- ALAYO, Norberto (2017). “*Historia del Trabajo Social en Argentina*”. Ed. Espacio, Buenos Aires.
- ALAYÓN, Norberto (2008). “*Asistencia y asistencialismo. ¿Pobres controlados o erradicación de la pobreza?*” Ed. Lumen, Buenos Aires.
- AMICO, Lucia del Carmen (2004). “*Desmanicomialización: Hacia una transformación de los Dispositivos Hegemónicos en Salud Mental*”. Revista Margen, edición N°35. Disponible en Internet: <https://www.margen.org/suscri/margen35/amico.html>
- ANDER EGG, Ezequiel (1995). *Diccionario del Trabajo Social*. Editorial Lumen. Buenos Aires
- ANDER EGG, Ezequiel (2011). “*Historia del Trabajo Social*”. Ed. Lumen, Buenos Aires.
- BASILE, Gonzalo (2018). “La salud internacional Sur Sur: hacia un giro descolonial y epistemológico. CLACSO, La Plata.
- BECERRA, R y KENNEL, B (2008) “*Elementos básicos para el Trabajo Social en la salud mental*”. Ed. Espacio, Buenos Aires.
- BELMARTINO, Susana. “*Modelo Medico Hegemónico*”. Disponible en Internet: <http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro1a13.pdf>
- BELTRAMINO, Florencia y ROA, Maisa (2017). “*La permanente tensión entre la institución manicomial y el paradigma de la desmanicomialización en el Centro Regional de Salud Mental “Dr. Agudo Ávila*”. II Jornada de estudiantes de Trabajo Social del Litoral. “Experiencia de escritura académica”.
- BOUERDIE, Pierre (1990). “*Sociología y cultura*”. Ed. Grijalbo, México.
- BOURDIEU, Pierre. y WACQUANT, Loïc. (1995) “*Respuestas por una antropología reflexiva*”. Ed. Grijalbo, México.

- CACÉRES, Carmen y otros (2017). “Derechos Humanos en Salud: En el camino de la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental”. Disponible en Internet: https://rednacionalor.files.wordpress.com/2017/04/derechos-humanos-en-salud_en-el-camino-de-la-implementacion-de-la-lnsm.pdf
- CAMPANINI, A y LUPPI, F (1996). “*Servicio Social y modelos sistémicos*”. Ed. Paidós, Barcelona.
- CARBALLEDA, Alfredo (2006). En Bibiana Travi “*La dimensión técnico-instrumental en Trabajo Social*”. Ed. Espacio, Buenos Aires.
- CARBALLEDA, Alfredo (2012) “*La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos Interrogantes y perspectivas*”. Revista Margen, edición N°65. Disponible en Internet: <https://www.margen.org/suscri/margen65/carballeda.pdf>
- CARBALLEDA, Alfredo y BARBERENA, Mariano (2015) “*Trabajo Social, Política Social y Salud*” [Consulta: Jueves, 14 de Mayo de 2015] Disponible en Internet: http://trabajosocial.proed.unc.edu.ar/pluginfile.php/25248/mod_folder/content/0/Trabajo_Social_Salud_Carballeda.doc?forcedownload=1
- CASALLAS CONTRERAS, María Angélica y otros (2006). “*Caracterización de la visita domiciliaria como técnica de intervención de Trabajo Social en instituciones de salud, empresas y comisarías de familia de Bogotá, D.C.*” Universidad de la Salle, Facultad de Trabajo Social, Bogotá. Disponible en Internet: <file:///C:/Users/Lenovo/Desktop/tesis/visita%20domiciliaria%20imp.pdf>
- CAZZANIGA, Susana (2009). “*Intervención en Trabajo Social*” Facultad de Trabajo Social- Universidad Nacional de Entre Ríos.
- FERNÁNDEZ, Josefina (1997). “*La Supervisión del Trabajo Social en Salud Mental*”. Ed. Paidós, Buenos Aires.
- FERRARA, Floreal (1985). “*Teoría Social y Salud*”. Ed. Catálogo, Buenos Aires.
- GALENDE, Emiliano (1990). “*Psicoanálisis y Salud Mental, para una crítica de la razón psiquiátrica*”. Ed. Paidós, Buenos Aires.
- GALENDE, Emiliano (1997). “*La Salud Mental en la Argentina*”. Revista Salud, Problemas y Debates, Buenos Aires.

- GOFMAN, Erving (1993). *“Internados”. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Ed. Amorrortu, Buenos Aires.
- GONZALES CALVO, Valentín (2003). *“La visita Domiciliaria, una oportunidad para el conocimiento de la dinámica relacional de la familia”*. Madrid. Disponible en Internet: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/meri/md-00005.pdf>
- GUBER, Rosana (2004). *“El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el Trabajo Social de campo”*. Ed. Paidós, Buenos Aires.
- HERRERO, María Belén (2017). *“Hacia una salud internacional Sur-Sur: deudas y desafíos en l agenda regional”*. Rio de Janeiro, Brasil. Disponible en Internet: https://www.redalyc.org/pdf/630/63051952010_1.pdf
- Ley Nacional de Salud Mental N°26.657. En boletín oficial 3 de diciembre de 2010.
- Ley Provincial de Salud Mental N°10.772/91. Disponible en Internet: <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/33098/171113/file/Ley%20Provincial%2010772.pdf>
- MARTINEZ, M (2003). *“¿Qué es y cuáles son las características de la intervención en Trabajo Social?”*. Ed. Alianza, Madrid.
- MENDOZA, Fabiana (2004). *“Las relaciones entre trabajo social y salud mental: un recorrido histórico”*. San José, Costa Rica. Disponible en Internet: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/congresos/reg/slets/slets-018-055.pdf>
- MENÉNDEZ, Eduardo (1988) *“Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria”*. En Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Grupo Editor de las Jornadas, Buenos Aires.
- MENÉNDEZ, Eduardo (2005). *“El modelo medico y la salud de los trabajadores”*. Disponible en internet: <https://www.scielosp.org/article/scol/2005.v1n1/9-32/>
- MEZA, Miguel (2005). *“El informe social”*. Ed. Espacio, Buenos Aires.
- MONTAÑO, Carlos (2000). *“La naturaleza del servicio social”*. Ed. Cortez, Brasil.

- PICHON RIVIERE, Enrique (1995). *“Diccionario de Psicología Social”*. Disponible en Internet: <https://telemedicinadetampico.files.wordpress.com/2012/02/diccionario-de-psicologia-social.pdf>
- PUIG CRUELLS, Carmina (2011). *“La supervisión en los servicios sociales: una ocasión para el cuidado profesional y el pensamiento”*; Cuadernos de Trabajo Social Vol. N °24, Universidad Complutense de Madrid.
- ROMERO, S (1992). *“La instrumentación del Trabajador Social”* Revista de Trabajo Social N°61. Pontificia Universidad de Chile.
- ROZAS PAGAÑA, Margarita (1998). *“Una perspectiva teórica metodológica de la intervención en Trabajo Social”*. Ed. Espacio, Buenos Aires.
- SAUTU, Ruth (1997). *“Acerca de qué es y no es investigación científica en Ciencias Sociales”* Capítulo VII. Ed. Belgrano, Buenos Aires.
- SAUTU, Ruth (2004) *“El método biográfico”*. Ed. Lumiere, Buenos Aires
- TONON, Graciela (2004). *“La supervisión en Trabajo Social: Una cuestión profesional y académica”*. Ed. Espacio, Buenos Aires.
- TONON, Graciela (2005). *“Las técnicas de actuación profesional del Trabajo Social”*. Ed. Espacio, Buenos Aires.
- VASILACHIS DE GIALDINO, Irene (1992). *“Métodos cualitativos I: los problemas teórico-epistemológicos”*. Ed. Centro editor de América Latina, Buenos Aires.
- VÉLEZ RESTREPO, Olga Lucía (2005). *“Actuación profesional e instrumentos de la acción”*. Ed. Espacio, Buenos Aires.