

Relato de experiencia
profesional

Salud mental en Atención primaria.

Una experiencia desde la formación continua y el Trabajo Social

*Mental health in primary care.
An experience from continuous training
and Social Work*

Carina Gisel Visvero

Licenciada en Trabajo Social
(Universidad Nacional de Rosario, Argentina)

Correo: carinavisvero@gmail.com

Resumen

El presente artículo recoge una experiencia de trabajo en el primer nivel de atención, en un centro de salud de la provincia de Santa Fe, en el marco de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental, con sede en la ciudad de Santo Tomé. Su propósito es, a través de un análisis crítico de las intervenciones realizadas en un dispositivo para la atención en salud mental, avanzar en propuestas que puedan ser de utilidad para seguir problematizando acerca de los logros alcanzados y los obstáculos pendientes en los abordajes de los padecimientos subjetivos en el contexto actual. Al mismo tiempo, constituye una apuesta a seguir contribuyendo a la reflexión desde el Trabajo Social, en el trabajo con otros profesionales.

Palabras clave

Salud Mental, Trabajo Social, Interdisciplina.

.....

Abstract

This article includes a work experience at the first level of care, in a health center in the province of Santa Fe, within the framework of the Interdisciplinary Residency in Mental Health, based in the city of Santo Tomé. Its purpose is , through a critical analysis of the interventions carried out in a device for mental health care, advance proposals that may be useful to continue problematizing the achievements achieved and the pending obstacles in the approaches to subjective conditions in the context current. At the same time, it constitutes a commitment to continue contributing to reflection from Social Work, in working with other professionals.

Keywords

Mental Health, Social work, Interdisciplinary.

.....

Introducción

El presente escrito recupera una experiencia de trabajo en salud mental en el primer nivel de atención, específicamente en un Centro de Atención Primaria de la Salud (en adelante CAPS). Tiene por objetivo contribuir a aquellos actores que despliegan sus intervenciones en el campo desde una mirada disciplinar del Trabajo Social.

Para ello, se expondrá la sistematización de consultas por motivos de salud mental realizadas en un dispositivo de entrevistas interdisciplinarias llevadas a cabo por profesionales del primer año de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM), de la ciudad de Santo Tomé, Santa Fe. El período analizado es de un año (octubre 2021 - octubre 2022) con un total de 102 entrevistas realizadas. La metodología utilizada es el análisis de registros propios, a partir de la sistematización de los datos recabados. Como resultado del mismo, se expondrá la importancia del abordaje de la salud mental en el territorio con enfoque de Derechos Humanos, desde un paradigma interdisciplinario, intersectorial y comunitario conforme a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

El escrito se encuentra organizado en tres partes: la primera es una breve descripción del marco normativo a nivel nacional, la estrategia de Atención Primaria de la Salud (en adelante APS), y la interdisciplina; la segunda describe la RISaM, sede Santo Tomé, el dispositivo de entrevistas interdisciplinarias y, en un tercer momento, la exposición y análisis de los datos recabados en las entrevistas durante el período señalado, una lectura desde Trabajo Social sobre el dispositivo y finalmente compartir algunas reflexiones que, se espera, constituyan un aporte para seguir pensando el abordaje de los padecimientos subjetivos.

Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26657

Con el objetivo de adentrarnos en los conceptos y categorías que se presentan al momento de la intervención y las transformaciones que se sucedieron en el abordaje de los padecimientos subjetivos, se desarrollará un breve recorrido sobre la Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones N° 26.657 en 2010. Asimismo, la APS como estrategia de abordaje, y la interdisciplina como posicionamiento ético-político frente a la complejidad que reviste la temática en cuestión.

La sanción de la Ley Nacional N° 26657, sin dudas, fue una conquista en pos de la ampliación de derechos y una herramienta fundamental que rige y homologa en todo el territorio nacional un marco de referencia para el abordaje de los padecimientos mentales. Se podría afirmar que constituyó un cambio de paradigma, con el acento puesto en la comunidad, concibiendo al usuario ya no como un “riesgo para la sociedad” –con el encierro como única alternativa–, sino como protagonista en su tratamiento.

Dicha legislación viene a legitimar y profundizar las transformaciones que se han ido proponiendo como alternativas a las formas clásicas de atención de la locura y los padecimientos subjetivos, reunidas bajo el término de modelo manicomial-tutelar. Se establece un modelo de promoción, prevención y tratamiento centrado en la atención primaria y otros servicios de base comunitaria, complementario con el abordaje de las situaciones críticas o agudas en el hospital general, de manera interdisciplinaria. En relación a esto, Sara Ardila y Emiliano Galende (2001) refieren que la salud mental es un proceso en construcción con tres dimensiones interrelacionadas: la primera, vinculada a las internaciones, donde proponen un pasaje de la hospitalización psiquiátrica a la atención en el territorio; la segunda, relacionada al proceso de atención, proponiendo achicar la distancia entre profesional y usuario, respetando la dignidad y reconociendo sus derechos; y por último, un cambio de perspectiva sobre el usuario, dejando de verlo como pasivo o pasiva para considerarlo partícipe, protagonista en el tratamiento, incluyendo a la familia y/o referentes significativos de la comunidad en el proceso de atención (Ardila y Galende, 2001:167).

Es así como el concepto de comunidad en los movimientos de reforma de la atención y reestructuración ocupó un lugar importante, necesario para ir dándole cuerpo a las transformaciones en el campo de la salud mental. Es importante destacar que la provincia de Santa Fe, junto a Río Negro, fue pionera en materia de salud mental con la sanción de la Ley Provincial de Salud Mental N° 10772 en 1991. Tal como plantean Evangelina Benassi y Florencia Serra (2015), pensar la sanción de la Ley Nacional en Salud Mental como punto de partida supondría desconsiderar los múltiples movimientos, militancias, experiencias, prácticas, legislaciones contrarios al *status quo* que desde mitad del siglo XX se vienen sucediendo en el mundo, en nuestro país y en nuestra región. Pensarla como punto de llegada presen-

ta el serio problema de suponer ingenuamente que su sanción y reglamentación conducirán inexorablemente a una transformación radical del campo.

La Atención Primaria de la Salud como estrategia de abordaje

Como se mencionó al principio, el dispositivo de entrevista interdisciplinaria tuvo lugar en el primer nivel de atención, por lo tanto se recuperarán algunas cuestiones sobre la estrategia de la APS. En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud (1978) la salud fue conceptualizada como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades; es un derecho humano fundamental y el logro del grado más alto posible de salud, es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además de la salud. En dicha declaración se estableció la estrategia de APS como una herramienta fundamental para el acceso al sistema de salud, en tanto representa el primer nivel de contacto de la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria (Conferencia Internacional De Atención Primaria De Salud, 1978:1).

En relación a la Declaración de Alma-Ata y el abordaje de la salud mental, Alicia Stolkiner y Romina Solitario (2007) realizaron un trabajo en el cual se interrogaron acerca de cómo articular los principios rectores de dicha declaración, los postulados y requerimientos de la reforma en salud mental comunitaria, en un terreno donde se sostienen prácticas institucionalizadas que atienden a intereses corporativos, y refieren lo siguiente:

Cuando en 1978 se enuncia la estrategia de Atención Primaria de la Salud en Alma-Ata, los procesos de reforma psiquiátrica se encontraban en curso en varios países capitalistas desarrollados. En ese mismo año, en Italia, se aprobaba la ley de Salud Mental, por la que se suprimen las internaciones prolongadas y compulsivas, instalando formas descentralizadas y comunitarias de atención y reinserción de los pacientes. La psiquiatría democrática italiana fue, probablemente, la transformación más radical de los modelos de atención psiquiátrica en ese período, y evidencia el

carácter político de todo proceso de reforma (Stolkiner y Solitario, 2007: párr. 30).

En este trabajo las autoras van a expresar que las metas para el año 2000 no sólo no se lograron, sino que también esos postulados eran lo suficientemente amplios, susceptibles de prestarse a otras interpretaciones, y estos principios rectores de APS quedaron subordinados a la desimplicación del Estado de garantizar prestaciones básicas de salud, donde la crisis de principios de los 70 profundizándose prácticas hegemónicas en salud mental.

El abordaje de la salud mental desde la interdisciplina

Es indudable que la Ley N° 26.657 inaugura un marco común en la atención y establece una modalidad de abordaje específica: interdisciplinaria. En esta, los equipos deberían estar integrados por profesionales, técnicas, técnicos y otros trabajadores capacitados, donde se incluyen: psicología, Trabajo Social, psiquiatría, enfermería y terapia ocupacional, entre otras. Pero, ¿qué se entiende por interdisciplina? Alicia Stolkiner (2005) sostiene que la misma nace de la incontrolable indisciplina de los problemas que se presentan actualmente y de la dificultad de encasillarlos. Por lo tanto, la interdisciplina significa situarse desde una epistemología que no homologa el objeto del conocimiento al objeto real, que reconoce la historicidad y, por lo tanto, la relatividad de la construcción de los saberes disciplinarios; que no supone relaciones lineales de causalidad y que antepone la comprensión de la complejidad a la búsqueda de las partículas aisladas; es decir, que la interdisciplinariedad no es una teoría unívoca, es un posicionamiento (Stolkiner, 2005).

Por otra parte, en un aspecto mayormente vinculado a lo asistencial, resulta pertinente recuperar parte de la investigación realizada por la Lic. en Trabajo Social Mara Mattioni (2021) que tuvo por objetivo comprender cuáles son las percepciones de los agentes sanitarios respecto de los procesos de la construcción de las prácticas interdisciplinarias al interior de un dispositivo de guardia hospitalaria. Allí, sostiene que la interdisciplina no es una entidad en sí misma, sino un modo de llevar adelante la práctica. Además, caracteriza el proceso de construcción de los equipos y el modo en

que comprenden el trabajo interdisciplinaria. Para ello, afirma que existen elementos necesarios para dicha constitución: la cuestión epistemológica, la cuestión teórica y metodológica, la cuestión ético política y la cuestión vincular. A los fines de este apartado, nos centraremos en la dimensión ético política, que implica reconocer que cada intervención está atravesada por una dimensión ideológica que la guía, la orienta y le otorga una direccionalidad (Karsz, 2007; citado en Mattioni, 2021).

Mattioni (2021) plantea al dispositivo de guardia como puerta de entrada y, a su vez, introduce un interrogante en relación a la modalidad de atención, en tanto el abordaje interdisciplinario constituye una construcción o bien una imposición, donde el debate es completamente político y epistemológico:

(...) con solo transcurrir los pasillos del hospital uno se encuentra con múltiples puertas cerradas que portan carteles que etiquetan los espacios y enuncian. Agrupadas por piso, las especialidades médicas y no médicas organizan la estructura del hospital y le imprimen a la dinámica de la institución una impronta parcializada donde el sujeto que concurre a atenderse debe tocar una puerta diferente por cada órgano o sistema que porta, aunque todos los malestares sean propios. Así, como los usuarios golpean puertas y caminan pasillos en busca de los especialistas, los profesionales interesados en dialogar con otros colegas de la salud sobre el mismo sujeto padeciente al que se encuentran atendiendo simultáneamente también peregrinan entre esas puertas, intentando encontrarse y generar un intercambio que la mayor parte de las veces tiene lugar en los pasillos, en el bar de la institución o en las pantallas de sus celulares desde sus casas (Mattioni, 2021:79).

Este apartado refleja algunas escenas cotidianas para quienes despliegan sus intervenciones en el campo. El trabajo con otros es un desafío constante; implica reconocer que la complejidad del contexto de las personas con padecimiento subjetivo va más allá de un fármaco, y en ese reconocimiento son necesarias todas las miradas, con la direccionalidad que apueste a achi-car esa parcelación por especialidad, característico del sistema de salud, sin que nadie sienta que está perdiendo algo.

La Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental (RISaM)¹ y la inserción en APS

La residencia se caracteriza por ser un sistema de formación de postgrado en servicio para profesionales del campo de la salud mental. Se rige por la Ley Provincial sobre Residencias de la Salud N° 9529. Es remunerada, de dedicación exclusiva, con una carga horaria de 44 horas semanales y con una duración de tres años. Como se dijo al principio, este trabajo recupera una experiencia en el marco de la RISaM con sede en el SAMCo “Dr. Ricardo Nanzer” de Santo Tomé. Los residentes tienen distribuida su carga horaria entre funciones de asistencia, formación e investigación. A su vez, realizan guardias interdisciplinarias en dicho SAMCo durante los 3 años de formación (Paye, 2021). El primer año en la RISaM con sede en Santo Tomé se realizó en el Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS) “Maria Eva Duarte de Perón”. En este efector se consolidó el dispositivo de entrevistas interdisciplinarias (que será descrito más adelante) como estrategia para las personas que solicitaron atención por razones de salud mental, de manera espontánea, desde otras instituciones estatales o bien, direccionados desde la guardia de salud mental del SAMCo.

El dispositivo de entrevistas interdisciplinarias

Como se anticipó, se adoptó una modalidad específica de atención a la demanda de les usuaries hacia el servicio de salud mental y para el abordaje de situaciones complejas. En este sentido, surge como respuesta por parte de las residentes –y acompañadas por el equipo de planta permanente– el dispositivo de entrevistas interdisciplinarias. Cabe aclarar que al hablar de dispositivo se abordará desde la conceptualización de Foucault (1977) como:

(...) un conjunto resueltamente heterogéneo que compone los discursos, las instituciones, las habilitaciones arquitectónicas, las decisiones regla-

.....

1 A partir del año 2023 la Dirección Provincial de Salud Mental de Santa Fe, en consonancia con la Dirección Nacional de Salud Mental, estableció para las cinco sedes de la provincia el cambio de nominación de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental, enfatizando la perspectiva comunitaria. A partir de ese momento se denominan Residencias Interdisciplinaria en Salud Mental Comunitaria (RISaMC), de lo que se infiere, un posicionamiento clínico y político de ubicar a la salud mental en el marco de la salud integral y comunitaria.

mentarias, las leyes, las medidas administrativas, los enunciados científicos, las proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas. En fin, entre lo dicho y lo no dicho, he aquí los elementos del dispositivo. El dispositivo mismo es la red que tendemos entre estos elementos. Por dispositivo entiendo una suerte, diríamos, de formación que, en un momento dado, ha tenido por función mayoritaria responder a una urgencia. De este modo, el dispositivo tiene una función estratégica dominante (citado en Agamben, 2011:250).

En relación a la demanda que tomó el dispositivo, mayoritariamente fueron turnos para psicología y/o psiquiatría que eran solicitados de manera espontánea, solicitudes de espacio de psicología para niños sugeridos por docentes y directores de las escuelas, y en el caso de psiquiatría solicitud para el comienzo de tratamiento o retomar el mismo, mayoritariamente adultos. Sin embargo, no se acotó el dispositivo a la toma de ésta demanda únicamente. La metodología de trabajo consistió en recibir a los usuarios, realizar la entrevista, debatir y construir en el interior del equipo la estrategia de abordaje, para posteriormente realizar una devolución a las personas consultantes y generar acuerdos en relación a la propuesta terapéutica.

De esta experiencia, se pueden recuperar las siguientes intervenciones: entrevistas con usuarios, comunicación con otros sectores del ámbito local y provincial de la red de salud, elaboración de informes, visitas domiciliarias, acompañamiento y solicitud de asistencia económica urgente para mujeres víctimas de violencia de género, intermediación para la incorporación a espacios de capacitación laboral y entrevistas con familiares de usuarios en tratamiento. En algunas situaciones el dispositivo constituyó la puerta de entrada para los usuarios y su primer contacto con el efector.

Presentación y análisis de datos

En esta parte del trabajo se presentará una sistematización y análisis de los datos recabados que se desprenden del dispositivo durante el período de octubre de 2021 a octubre de 2022, con un total de 102 entrevistas. Se caracterizará la demanda que llegó al CAPS dirigida a salud mental, tomando como insumos las variables de género, edad y zona de residencia, así como la forma en que llegaron los usuarios a la consulta: si fue a través de derivaciones intrainstitucionales, derivaciones desde el dispositivo de guardia de

salud mental del SAMCO, demanda espontánea y/o desde otras áreas. Asimismo, se expondrán los motivos de consulta² y los abordajes propuestos a partir de la entrevista interdisciplinaria, tales como: turno consultorio de psicología, turno consultorio de psiquiatría, turno consultorio para ambas especialidades, entrevista interdisciplinaria de seguimiento, abordaje de situaciones complejas, espacios de escucha en los cuales se deja a disposición el espacio para nuevas consultas. También, se desarrollará qué cantidad de usuarios requirieron inicio de tratamiento farmacológico en la primera entrevista.

Comenzando con la sistematización, del total de personas que consultaron por motivos de salud mental en el período seleccionado el 79,4% se identificaron con el género femenino y el 20,6% con el género masculino. En relación a la composición por edad, la mayor cantidad se concentró en la franja de entre 30 y 44 años (29,4%) y entre 15 y 29 años (34,3%), continuando por la franja de 45 y 59 años (23,5%), la franja de 60 y 74 años (6,9%), los adultos mayores entre 75 y 89 años (2,0%), mientras que niños menores de 14 años constituyeron el 3,9% como la menor cantidad de consultas.

Con respecto al lugar de residencia, el 94,6% vivían en barrios aledaños al CAPS, el 4,3% eran provenientes de la ciudad de Santa Fe y un 1,1% del barrio “Costa azul”, que es un asentamiento correspondiente al área programática y constituye el barrio más alejado del efector, a 3 km aproximadamente.

En relación a la llegada al dispositivo, el 64,7% correspondió a la demanda espontánea –personas que se acercaban al CAPS solicitando iniciar tratamiento por psicología o psiquiatría–; el 12,7% se trató de solicitudes de interconsultas que llegaban a los residentes, el 15,7% eran personas que consultaron por guardia de salud mental y fueron redireccionados al CAPS, y el 6,9% fueron derivaciones realizadas desde otras instituciones estatales.

Sobre los motivos de consulta, el 38,2% correspondió a angustia, ansiedad, ataques de pánico; un 24,5% consultaron por familiares –niños, adolescentes, personas mayores–, el 11,8% correspondió a consumo problemático de sustancias –cocaína y alcohol–, el 7,8% a mujeres víctimas de

.....

2 Para ello se utilizó el Registro de Atenciones Ambulatorias en salud mental de la Provincia de Santa Fe.

violencia de género, el 4,9% a usuaries con cuadros clínicos complejos en salud mental, el 3,9% fueron situaciones de inequidad, el 3,9% problemas con el grupo primario de apoyo, el 2,9% correspondió a trámites relacionados al Certificado Único de Discapacidad y el 2,0% para interrupción legal del embarazo.

En relación al abordaje con les usuaries posterior a la entrevista, al 32,4% se realizó derivación con psicología en el efector donde se articuló el turno, al 10,8% derivación a consultorio de psiquiatría y a un 3,9% se le otorgó turno para ambas especialidades. Por otra parte, al 21,6% se le ofreció continuar con entrevistas de seguimiento con una frecuencia semanal, al 25,5% se le realizó sólo una entrevista y se dejó el espacio a disposición para nuevas consultas, y un 5,8% fueron abordajes de situaciones complejas a partir de las entrevistas donde se desplegó un acompañamiento integral. Del total de los entrevistados 81,4% no requirió iniciar tratamiento con fármacos, mientras que el 18,6% inició tratamiento supervisado por psiquiatra del efector realizando entrevistas semanales de seguimiento. Cabe mencionar que no se iniciaron tratamientos con niñes y adolescentes menores de 18 años.

Las propuestas de abordaje para les usuaries

De las 102 entrevistas el 64,4% fueron demandas espontáneas y el 13,6% fueron solicitudes de interconsulta con el dispositivo derivadas por parte del personal del efector. Si bien el abordaje se realizó de manera interdisciplinaria no dejó de ser en el interior del consultorio, donde le usuarie que traspasó la puerta ya no volvió a ser nombrado por la persona que le sugirió la consulta. En cuanto a la respuesta de las personas que pasaron por el dispositivo, quienes fueron derivados con turno para atención por psicología y psiquiatría no fueron abordadas por todo el equipo del CAPS, quedando la direccionalidad de la intervención mayormente a cargo de las residentes del dispositivo. Del mismo modo, la demanda hacia el dispositivo como tal generó una gran dificultad para pensar otras alternativas de atención que se vincula con el siguiente punto.

Sobre los motivos de consulta

El mayor porcentaje de consultas fueron clasificadas con los códigos de angustia, ansiedad y ataques de pánico. La propuesta a esas consultas fue la derivación a espacios individuales psi. Sería interesante leer éstos motivos de consulta, preguntarnos qué pasa con la angustia, cuáles son los motivos que generan ansiedad, insomnio, etc. Entonces, se comprende la angustia como inherente a la condición humana, pero no así al desempleo, la violencia de género, la pobreza, como causantes de sufrimiento. De esta manera, se engrosan las agendas que derivan en listas de espera para que la persona trabaje individualmente qué le pasa con la desigualdad, la incertidumbre laboral, la inseguridad en el territorio, etc.

Asimismo, el consumo problemático de sustancias fue el tercer motivo de consulta mayoritario. Si bien es una problemática de salud, esto evidencia lo desprovisto del territorio en materia de políticas públicas para su abordaje y, por consecuencia, se ofrece como única alternativa el consultorio de psicología y psiquiatría.

Una mirada disciplinar desde el Trabajo Social sobre el dispositivo

En esta parte del escrito se trabajará la escucha como herramienta de intervención que propone Alfredo Carballeda como un disparador para pensar el dispositivo. Seguidamente, se abordará la dimensión ético política del Trabajo Social en un contexto de individuación tomado de Merklen (2013) como aporte al campo de la salud mental. En relación a la escucha, Carballeda (2022) va a sostener lo siguiente:

Escuchar en términos de intervención en lo social implica acceder a un proceso de comprensión y explicación que intenta organizar los sentidos, pautas, códigos, implicancias y perspectivas de quien está hablando, como así también una búsqueda de elucidación y revisión crítica que conforma las circunstancias, valores y perspectivas del que está escuchando. La posibilidad de visibilizar y reflexionar sobre el poder de la escucha, el silencio y las palabras en todo proceso de intervención puede proveer de más instrumentos para comprender, explicar y hacer, entendiendo a ese Otro como sujeto de derechos y transformación social, recuperando así la noción del relato como constructor de sentido. Así, la escucha tiene la posibilidad de salir de los lugares establecidos (2022:52).

En la experiencia del dispositivo, la escucha fue primordial para los encuentros con les usuaries; para algunos constituyó la puerta de entrada o la primera aproximación al servicio de salud mental. Para algunos profesionales del CAPS fue incomprensible el tiempo dedicado en el interior del consultorio, realizando observaciones en relación a la extensión de las entrevistas. En algunos casos expresaban asombro cuando les usuaries desplegaban aspectos de su cotidianeidad que desconocían al momento de intercambiar con otros miembros del equipo, en función de elaborar estrategias, siendo ellos quienes solicitaban, sugerían o los derivaban al dispositivo.

Por otra parte, suele ser tentador abocarse a enumerar las actividades que despliega en salud mental el Trabajo Social. Sin embargo, el mayor aporte al campo está relacionado con la cuestión de lo ético-político de la profesión, que entran en juego al momento de interpretar e intentar comprender los escenarios de intervención. Si bien no es el propósito profundizar en ello, este debate se vincula con el punto siguiente y es pertinente, en función de rever estrategias, replantearse objetivos y analizar la praxis. En este sentido, Miguel Lopez (2019) realizó una caracterización de la dimensión ético-política del Trabajo Social, en conjunto con las categorías de trabajo, vida cotidiana, cuestión social, la relación entre lo ético y lo político, y refiere lo siguiente:

(...) la vida cotidiana es un aspecto central de la intervención profesional del Trabajo Social, teniendo como opción ética-política-moral la posibilidad de prácticas transformadoras. Este horizonte de la intervención, se establece en el cotidiano profesional generando prácticas transformadoras, en contraposición a las intervenciones rutinarias y conservadoras. Para este fin, es necesaria la formación permanente de los profesionales, la supervisión de las intervenciones cotidianas, la problematización sobre los valores que posee el profesional ante determinadas situaciones problemáticas que deba intervenir, la lectura crítica de la teoría, el conocimiento de hábitos y costumbres del profesional y del sujeto de la intervención, como también exhaustivos análisis sobre la realidad en la cual desarrolla su ejercicio profesional. Además, la práctica transformadora supone garantizar la asistencia concreta de recursos a los sujetos de la intervención, así como generar procesos colectivos de organización que favorezcan un movimiento tendiente a la emancipación humana. Estas acciones no son

individuales y se encuadran en el contexto de proyectos societarios y de proyectos socio- profesionales en disputa (Lopez, 2019:220).

Este autor sostiene que comprender lo ético-político-moral de la profesión está íntimamente vinculado a cuestiones culturales, morales, a la explicación, comprensión y vivencia de la categoría trabajo, la cuestión social, los principios y los valores entre otros, como el resultado objetivo de aspectos singulares de cada uno y del colectivo profesional, de la función social que cumple la profesión en un momento histórico determinado. Entiende a la cuestión ético-política como una categoría capaz de explicar la vida cotidiana de los usuarios, los valores y las intervenciones, la cual debe ser problematizada dentro del colectivo profesional para comprender la función social que se cumple (López, 2019:234).

Volviendo a los aportes al campo de la salud mental, resulta interesante retomar el análisis exhaustivo de la realidad desde la perspectiva de Denis Merklen (2013). El mismo sostiene que nos encontramos atravesando un proceso acelerado de modernización social impulsado no solo por el capitalismo y las empresas, sino también por el propio Estado e instancias de gobierno (Merklen, 2013). El autor va a ubicar, por un lado, una coyuntura labrada por lo que llamará las dinámicas de individuación a partir de los años 80. Por otra parte, va a definir las políticas de individuación o políticas del individuo, entendiendo que la coyuntura actual no resulta del hecho de una evolución automática, sino que también está marcada de iniciativas que dan lugar a un orden social donde tienen cabida las políticas de individuación (Merklen, 2013:46). Sobre las dinámicas de individuación el autor va a sostener lo siguiente:

(...) encontramos una potente exigencia de individuación que recorre la totalidad de las instituciones, penetrando hasta los intersticios más íntimos de la vida social, la mayoría de las veces esta presión ejercida sobre los individuos toma la forma de una “responsabilización”. Cada cual es declarado responsable de su propia suerte sino también de su actuación social y de las consecuencias de su participación en la vida social. Estos mandatos de individuación encarnan a su vez una exigencia generalizada de “activación” de la voluntad individual. Ella obliga al individuo a la mejora de su desempeño, a invertir en su futuro o asegurarse contra los avatares de la existencia (Merklen, 2013:47).

Según Merklen (2013) se articulan dos dinámicas de individuación, desde arriba y desde el centro, en las cuales se despliegan fuertes exigencias institucionales de individuación sobre las personas, con una demanda difusa que toma la forma de subjetividades que parte desde lo social y se les presenta a las instituciones como una exigencia de mayor libertad individual. La conjunción de estas dos dinámicas se traduce en el despliegue de renovadas energías sociales, ya sea en el plano económico, político o social. Entonces, entre la demanda de autonomía personal y las exigencias de responsabilidad, las personas se encuentran atrapadas en situaciones paradójicas, de bloqueo o de verdadero *impasse*. Por un lado, la individuación se convierte frecuentemente en la implementación de nuevas formas de control social; por el otro dado, frente al debilitamiento de las protecciones sociales la individuación provoca una cierta parálisis, dejando a las personas empantanadas y sin los recursos esenciales para la acción. El ejemplo paradigmático de este tipo de bloqueo es el del desempleado, cuya fuerza laboral se ve invalidada por la coyuntura económica –quiere trabajar pero no hay trabajo– y al que se le exigirá que trabaje sobre sí mismo para reactivarse (Merklen, 2013:18).

A su vez, en relación a las políticas del individuo o políticas de individuación, va a decir que no se limitan a esta constelación de intervenciones públicas –que son las políticas sociales–; más bien, se trata de una profunda reorientación de la forma de relación entre el Estado y la sociedad. Afirma que, si bien las políticas sociales se ven fuertemente afectadas por las definiciones que entraña la instalación de políticas de individuación, las políticas del individuo superan ampliamente el dominio de lo social (Merklen, 2013:73)

Sobre la metodología de implementación de estas políticas, Merklen (2013) sostiene que el objetivo de las instituciones ya no sería la socialización o la integración de las personas a la vida social, sino más bien una intervención sobre lo otro, con el propósito de transformar a cada persona en un individuo de acuerdo a los valores de la autonomía, la responsabilidad, la activación y el seguro de sí mismo ante los riesgos. Puede entenderse a las políticas de individuación observando el modo en el que definen su objeto y la naturaleza de sus intervenciones o la tecnología que le es característica (Merklen, 2013:73).

Ahora bien, ¿qué relación se puede establecer entre la dimensión ético política del Trabajo Social y esta lectura desde la sociología que establece el autor sobre las dinámicas actuales a las que asistimos? Y en relación al dispositivo, ¿cómo establecer otra cosa entre la escucha que propone Carballada como complejo proceso de comprensión y explicación de lo que el otro lleva como padecimiento y la revisión crítica de quien está del otro lado, dentro de lo que llama Merklen la prolongación de la política clásica de la escucha y reparación, en un contexto dónde ese otro se encuentra sorteando obstáculos para sobrevivir? O mejor aún, ¿por qué todo esto constituye un aporte al campo de la salud mental?

Se podría decir que las políticas de individuos moldean las intervenciones de las instituciones, necesarias para sostener las dinámicas de individuación; pero sería algo muy distinto sostener que, por ende, direcciona la práctica. El desafío está en analizar estas coyunturas a través de la lectura ético política de la profesión, y es posible al menos problematizar qué se espera que realice el Trabajo Social con ese usuario. Es necesario repensar la práctica, tener intervenciones respetuosas, lectura crítica, aún sabiendo que no alcanza. Es entonces donde cabe la pregunta ¿estamos siendo partícipes necesarios de este proyecto societario marcado por la responsabilización y la activación del individuo?

Reflexiones finales

Para finalizar el escrito se desprenden algunas reflexiones. En primer lugar, interesa retomar la cuestión de la salud mental centrada en la comunidad, que se mencionara al principio del trabajo, donde se destaca la cercanía del usuario al lugar del tratamiento, atender al lazo social y la importancia de dispositivos ambulatorios. Resulta inevitable hacerse ciertas preguntas en lo que respecta al dispositivo interdisciplinario y pensar en el vínculo que se establece entre las intervenciones realizadas y las políticas de individuo de las que habla Merklen (2013). Mientras que en la salud comunitaria se insiste en la participación en el proceso de atención de la persona como pilar fundante, en la experiencia recuperada del dispositivo se evidenció una propuesta de corte individual con psicología y psiquiatría mayoritariamente. Entonces he aquí la paradoja: en un sistema de salud dónde al usuario se le dan dos alternativas como propuesta terapéutica (de

corte individual y en consultorio) no sólo no puede elegir, sino que también se le pide que sea responsable y activo o activa en el tratamiento. Por eso es importante realizar el esfuerzo de reflexionar qué oferta se le hace a la persona, como así también la direccionalidad política de la intervención.

En segundo lugar, relacionado con la estrategia de APS –la cual propone colocar la salud al alcance de las personas y las familias, mediante su plena participación, conformando el primer contacto con el sistema de salud, y recuperando el espíritu de la ley nacional que refiere–, el Estado debe promover dispositivos alternativos de atención en salud mental. No puede pasar desapercibido el hecho de haber realizado 102 entrevistas interdisciplinarias en atención primaria, teniendo en cuenta el tiempo y el recurso de profesionales que se destinó a dicho dispositivo, profesionales en formación que respondieron a la demanda institucional de asistir a la población lo antes posible, recayendo la misma mayoritariamente en los residentes. Que una institución esté en un barrio no garantiza que los postulados de APS sean concretados. Para ello, son sumamente necesarias otras condiciones: una predisposición institucional a llevarlos adelante, a escuchar lo que la gente necesita, a abrirle la puerta para empezar. Si bien la inserción se llevó adelante en el 2021, aún en contexto de pandemia de COVID-19, en ese momento se solicitaba a la población distanciamiento, que concurra con determinadas condiciones; se generó incertidumbre, se propuso una barrera simbólica y material que aún persiste en el efector. Frente a esto, la pregunta es ¿cómo lograr acercamiento, construir con otro lo opuesto al distanciamiento, que sea el afecto? Por otra parte, en tanto no se ofrezca a la comunidad dispositivos grupales con miras a sustituir la lógica manicomial no dejará de persistir como respuesta a la demanda la reproducción del modelo médico hegemónico, la medicalización como única oferta disponible y el confinamiento de los padecimientos subjetivos al interior de un consultorio.

En tercer lugar, respecto del abordaje de los padecimientos subjetivos, Mara Mattioni (2021) refiere que existe un denominador común y es la marginalidad:

Así como los locos históricamente fueron exiliados de los centros urbanos para alejarlos de la mirada de los normales y poder ser disciplinados (Gallende, 2006 citado en Mattioni 2021), en función de la coyuntura epocal,

la salud mental se transforma y se consolida como un gueto en sí mismo dentro de la salud pública, caracterizada como una especialidad escindida del resto de la formación sanitaria. Por dicho motivo, los profesionales vinculados con la salud mental y los usuarios de dichos servicios parecieran haber sido condenados a dispositivos especializados, atravesando el confinamiento espacial al que alude Wacquant de la mano de la atención centralizada en hospitales monovalentes, “loqueros”, “manicomios” o “neuropsiquiátricos” que históricamente fueron construidos en las afueras de los centros urbanos (Mattioni, 2021:65).

Este análisis es posible de contrastar con la experiencia, no sólo del dispositivo, sino también en la inserción como residentes. El efector dispone de tres consultorios y de un número y concentración de trabajadores que requirió de una organización para la atención, la cual implicó dificultades para la utilización de espacios. En este marco, las entrevistas en salud mental parecían tener una extensión de tiempo distinta, difícil de comprender para el resto de las profesiones, sugiriéndose acotar las mismas, como así también la utilización de un espacio público (la plaza) para su realización. Estas tensiones y resistencias pueden ser percibidas en otros espacios de trabajo en salud, donde aún persisten resistencias a trabajar con usuarios del servicio de salud mental.

Por último, en cuanto a lo disciplinar, desde el Trabajo Social, la intervención consistió en una búsqueda permanente de establecer estrategias que impliquen el comienzo o sostén de un tratamiento, desde una perspectiva integral. Se trabajó con la escucha, brindar un espacio, una pausa, sabiendo que el trabajo en consultorio con psicología o psiquiatría es irremplazable; entender que abrir la puerta es invitar a ese otro que despliegue lo que le duele. El Trabajo Social dentro del dispositivo aportó herramientas para la lectura de las situaciones complejas, incorporando aspectos políticos, económicos y culturales necesarios para la intervención y la planificación terapéutica. Sin negar la necesidad de lo asistencial, es imprescindible pensar, problematizar y elaborar qué vínculo se establece entre la respuesta y la demanda, si está en línea con el proyecto de sociedad imperante en un momento histórico determinado o se proponen nuevos proyectos de vida para todos.

Referencias bibliográficas

- Agamben, Giorgio (2011). ¿Qué es un dispositivo? *Revista Sociológica*, 73(26), 249-264. Recuperado de: <http://www.sociologicamexico.azc.uam.mx/index.php/Sociologica/article/view/112/103>
- Ardila, Sara y Galende, Emiliano (2011). El concepto de Comunidad en la Salud Mental Comunitaria. *Revista Salud Mental y Comunidad*, 1(1), 39-50. Recuperado de: https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/194415/CONICET_Digital_Nro.64e101b0-804e-428e-aa4a-f7c5fdc37cf2_L.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- Benassi, Evangelina y Serra, María Florencia (2015). “Debates en torno a las políticas de salud mental. ¿Nuevo paradigma? ¿Nueva institucionalidad?” En: *Saberes Nómades. Cruces entre la formación profesional y las prácticas en el campo de la salud mental*. Facultad de Trabajo Social UNER, Paraná, Argentina.
- Carballeda, Alfredo (2012). La intervención del Trabajo Social en el campo de la salud mental. Algunos interrogantes y perspectivas. *Margen*, (65), 1-13. Recuperado de: <https://www.margen.org/suscri/margen65/carballeda.pdf>
- Carballeda, Alfredo (2022). *La subjetividad como terreno de disputa*. Margen, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
- Chiavertti, Susana (2008). La reforma en salud mental en Argentina: una asignatura pendiente. Sobre el artículo: hacia la construcción de una política en salud mental. *Revista Argentina de clínica Psicológica*, 17(2), 173-182. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921780012>
- Conferencia Internacional De Atención Primaria De Salud (16 de septiembre 1978). Declaración de Alma-Ata. OPS. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-alma-ata>
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (14 de noviembre de 1990). Declaración de Caracas. *Conferencia Reestructuración De la Atención Psiquiátrica en América Latina*. Recuperado de: https://www.oas.org/dil/esp/declaracion_de_caracas.pdf
- Faraone, Silvia y Valero, Ana Silvia (2013). *Dilemas en salud mental. Sustitución de las lógicas manicomiales*. Buenos Aires, Argentina, Madres de plaza de Mayo.
- Gorbacz, Leonardo (2013). Reflexiones sobre la aplicación de la Ley Nacional de Salud Mental. *Estrategias Psicoanálisis y salud mental*, (1), 36-41. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4760776>
- Ley N° 10772 de Salud Mental (1991) Legislatura de la Provincia de Santa Fe. Santa Fe, Argentina Recuperado de: <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/33098/171113/file/LeyProvincial10772.p>
- Ley N° 26657 de Derecho a la Protección de la Salud Mental (2010). Ciudad de Buenos Aires, Argentina, Congreso de la Nación Argentina. Recuperado de: <https://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

Lopez, Miguel (2019). La dimensión ético-política en Trabajo Social. Algunas categorías analíticas. *Revista Plaza pública*, 12(22), 219-235. Recuperado de: <https://ojs2.fch.unicen.edu.ar/ojs-3.1.0/index.php/plaza-publica/article/view/705/654>

Paye, Gonzalo (2021). Proyecto de gestión de instructoria. Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental

Mattioni, Mara (2021). El caleidoscopio de la interdisciplina: la construcción de prácticas profesionales en una guardia de salud mental. Buenos Aires, Argentina, Entreideas.

Merklen, Denis (2013). Las dinámicas de individuación. En R. Castel (Ed). *Individuación, precariedad, inseguridad. ¿Desinstitucionalización del presente?* (45-86). Buenos Aires, Argentina, Paidós

Stolkiner, Alicia (1987). De interdisciplinas e indisciplinas. En N. Elichiry (comp) *El niño y la escuela. Reflexiones sobre lo obvio*. Buenos Aires, Argentina, Nueva Visión. Recuperado de: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_3/stolkiner_interdisciplinas_e_indisciplinas.pdf

Stolkiner, Alicia y Solitario, Romina (2007). “Atención Primaria de la Salud y Salud Mental: la articulación entre dos utopías”. En D. Maceira (Comp). *Atención Primaria en Salud-Enfoques interdisciplinarios* (121-146). Buenos Aires, Argentina, Paidós. Recuperado de: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad2/subunidad_2_3/stolkiner_solitario_aps_y_salud_mental.pdf

Recibido: 19/03/2024

Aceptado: 21/10/2024