

Salud Mental y Trabajo Social: la R.I.Sa.M como instancia-potencia para pensarnos

Paola Vanina Fussi

Licenciada en Trabajo Social (Universidad
Nacional de Rosario)

Correo: paolavfussi.pf@gmail.com

Resumen

Esta publicación surge a partir de la experiencia realizada en la Residencia Interdisciplinaria de Salud Mental (RISaM) en el Hospital Eva Perón de la localidad de Granadero Baigorria. Tiene como objetivo generar una contribución para lxs profesionales del trabajo social y para aquellas disciplinas, profesiones y/o trabajadorxs de la salud mental en general. Nace a partir de dichos procesos de trabajo, intentando profundizar sobre el lugar del trabajo social dentro de los equipos interdisciplinarios en el campo de la salud mental. Intenta explorar, repensar y reflexionar, poniendo en juego la mirada y los conceptos de algunxs autorxs, sobre cómo se produce la articulación de los saberes ligados a nuestra formación con aquellos de las otras disciplinas intervinientes (campo “psi”) en función de la construcción de estrategias de salud. Sus tensiones y posibilidades de integración. A su vez, toma la iniciativa de contribuir al propio cuidado como trabajadorxs y al análisis de las condiciones institucionales en el contexto actual en relación a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. Se piensa la intervención del Trabajo Social desde una perspectiva restitutiva de los derechos de las personas con padecimientos subjetivos, que intenta trazar posibles líneas de trabajo integradoras, en contraposición a las lógicas de fragmentación e hiper-especialización en salud.

Palabras clave

salud mental, interdisciplina, Trabajo Social

Abstract

This publication emerges from the experience gained at the Interdisciplinary Residency of Mental Health (RISaM). It is aimed at making a contribution to professionals in the field of social work and to those disciplines, professions and/or mental health workers in general. It was born from the work processes carried out there. It focuses on the place social work has within work teams in the field of mental health. It attempts to explore, rethink and reconsider by putting into play the point of view and concepts of some authors about how the knowledge linked to our academic training articulates with that from other participating disciplines (the fields of psychology, for example) according to the design of health strategies. Their differences and possibilities of integration. This publication is also aimed at contributing to our own care as workers and to the analysis of institutional conditions within the current context and according to The National Mental Health Act No. 26.657. The intervention is thought in a restorative perspective of the rights of those people who suffer from subjective ailments and it attempts to open possible lines of action, more integrating ones, in comparison with fragmentation and hyper-specialisation.

Key words

mental health – interdiscipline – social work

Introducción

Esta producción surge a partir de la propia experiencia desarrollada en la RISaM⁶² como trabajadora social y residente, durante un proceso de tres años de duración (2015-2018). En este programa de formación la presentación de producciones disciplinarias e interdisciplinarias constituye un requisito obligatorio y regular a lo largo de la práctica. Fue durante el trayecto demarcado por dicho programa donde comenzó a cobrar mayores dimensiones, a nivel personal y profesional, el valor que adquiere el hecho de poder poner una pausa dentro de los procesos asistenciales para la reflexión, el intercambio y la producción conjunta con compañerxs de otras disciplinas y de la propia, acerca del quehacer profesional. Experimentando así que a medida que se realizaba este ejercicio reflexivo y se lo plasmaba en producciones escritas articuladas con un trabajo de indagación teórica, las ideas se modificaban en ese mismo acto, o se conectaban con otras impensadas anteriormente, o se contradecían, o se abrían nuevos interrogantes, etc. Por lo cual, en esa misma acción, ya se estaba produciendo una transformación del propio pensamiento inicial.

Diversxs autorxs han hecho hincapié respecto de las dificultades de lxs trabajadorxs sociales abocadxs al trabajo asistencial para el desarrollo de producciones teóricas que den sustento crítico al campo de intervención y a la conformación de una identidad profesional más sólida, así como las consecuencias que ello acarrea. Saul Karsz hace una analogía de esta carencia con una “hipoteca”, y afirma:

.....

62 La RISaM se crea en el año 1985 a nivel nacional. Es un sistema remunerado de capacitación, con actividades programadas y supervisadas en el marco de un sistema de formación en servicio que permite completar la formación integral del profesional, fortaleciendo el proceso de capacitación desde la óptica del equipo interdisciplinario. En la provincia de Santa Fe dependen de Residencias de la Salud del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe y de la Dirección Provincial de Salud Mental. Existen dos sedes: una en Granadero Baigorria y otra en Santo Tomé. La orientación principal de la formación es que el profesional en salud mental debe tener aptitudes para formarse como trabajador de la Salud Pública, integrando equipos interdisciplinarios dentro de la estrategia de APS -atención comunitaria, descentralizada, participativa, integral, continua y preventiva- y debe estar enmarcado en la perspectiva del Enfoque de Derechos. Cabe aclarar que, en el caso de Santa Fe, la RISaM comienza a funcionar en el año 1988. La incorporación de profesionales de trabajo social se dio a partir del año 2011, con lo cual es la disciplina que posee menor antigüedad en el programa en comparación con psiquiatría y psicología. (Para mayor información acerca de su historia y su programa de formación, se sugiere ingresar en el sitio web: <http://www.risamheep.com.ar/index.php/la-residencia/que-es-la-risam>).

Aquí está el núcleo duro del asunto: el Trabajo Social carece de una teoría de sus prácticas (...) Una carencia real y masiva, empero, y también aflictiva porque, encerrados en prácticas cuya teoría se encuentra masivamente ausente, los agentes no van más allá del caso por caso, del tramo de vida, de la anécdota más o menos pintoresca. La inexistencia de una visión de conjunto dificulta el diagnóstico pertinente de las situaciones, con conocimiento de causa, así como la identificación del poder y los límites de la intervención social (Karsz, 2007:16).

El autor propone como tarea clave, el poder realizar un trabajo teórico regular, a partir de la práctica misma, que no quede aislado de ella y exclusivamente en manos de especialistas o académicos: “Sobre todo porque, cuando uno sabe, tiene más posibilidades de hacer lo que imagina que puede o debe hacer. Cuando uno sabe, puede hacer menos por la gente y un poco más con ella.” (Karsz, 2007:16). Sobre este eje, considero que el modo de organización de la RISaM ofrece a lxs residentes las condiciones necesarias para llevar adelante determinadas funciones asistenciales, a la vez que genera y estimula espacios para pensar en equipo las situaciones abordadas y las estrategias de trabajo (mayormente con acompañamiento del/la instructorx, jefx de residentes, docentes y/o personal del servicio de salud mental, etc.), lo cual produce inevitablemente insumos y disparadores fundamentales para incentivar el deseo por la investigación y la producción de conocimiento, en una interrelación permanente con la práctica.

Se considera además que el trabajo teórico regular constituye para lxs trabajadorxs de “lo social” un modo de resistencia frente al riesgo permanente de alienación en los procesos de trabajo, permitiendo el fortalecimiento de nuestra autonomía y autocuidado⁶³.

.....
63 Esta idea se remite a aquellas situaciones en las cuales ante la falta de claridad respecto de la órbita de las incumbencias del Trabajo Social, se producen obstáculos en la intervención, situaciones de tensión excesiva y malestar frente a otras disciplinas en una disputa por cuestiones de reconocimiento, por la inclusión del trabajo social en criterios de intervención, en la asunción de roles auxiliares, en la falta de capacidad argumentativa o en la realización de tareas en paralelo a distintas especialidades sin producir entrecruzamiento alguno en la construcción de estrategias.

Metodología

A continuación, se desarrollarán ciertos ejes que intentan generar un aporte a las reflexiones actuales acerca de la intervención profesional del Trabajo Social dentro de procesos de trabajo interdisciplinarios en el campo de la salud mental. Para ello, se tomará como punto de partida el relato de la experiencia del propio tránsito por la RISaM en diálogo con distintos autorxs que se han considerado, al contribuir teóricamente en esta temática. Cabe aclarar que, si bien esta residencia posee un fuerte anclaje de sus prácticas asistenciales en el hospital general, se aspira a que este trabajo pueda colaborar en propiciar la discusión en la temática dentro de distintos niveles de atención, así como en dispositivos con diferentes modalidades de abordaje. Se parte de la idea de que la construcción de definiciones y conceptos, y/o el debate colectivo acerca de las incumbencias profesionales del Trabajo Social, no debieran abonar a la “hiperespecialización” del Trabajo Social en el sentido de una mirada fragmentada y/o médico-hegemónica de la salud como disciplina auxiliar, sino por el contrario, deberían encaminarse hacia el objetivo de incluirnos dentro de una perspectiva de salud integral dentro de un horizonte que tenga su norte en un proyecto societal más justo e igualitario.

Por otra parte, y en cuanto a la singularidad de la salud mental como campo, se entiende que existen sujetos en situaciones de padecimiento y sus procesos vitales se construyen desde múltiples determinaciones que lo afectan singularmente, sin poder escindirlos desde lo real. Por ello, y citando a Alicia Stolkiner, “el éxito del campo de la salud mental sería su desaparición para incorporarse en prácticas sociales de salud-enfermedad-cuidado en las que la dimensión social y subjetiva haya sido restituida.” (Stolkiner y Ardilla, 2012:3). No desde el borramiento de las especialidades, sino desde procesos de trabajo horizontales e integradores.

Por último, se considera que la *interdisciplina*, como categoría y posicionamiento transversal y central en este programa de formación, ha sido condición de posibilidad para la emergencia de la mayoría de los interrogantes y reflexiones desarrollados en este traba-

jo. Fue a partir del encuentro con otras disciplinas, del diálogo, del pensar colectivamente la complejidad del campo, que se arribó a la conclusión de que “esxs otrxs” son imprescindibles para la construcción de conocimiento y la elaboración de estrategias de trabajo que aprehendan aquella complejidad, desde un compromiso con la transformación social.

Trabajo Social y Salud Mental: ejes

A continuación, se dará cuenta de ciertos ejes planteados a los fines de exponer de manera sistematizada las reflexiones que han surgido a partir de la experiencia del tránsito por la RISaM. Ellos condensan los conceptos considerados más significativos para pensar el lugar del Trabajo Social en el campo de salud mental desde su intervención en los procesos de atención interdisciplinarios a personas con padecimiento subjetivo en la órbita de la salud pública.

a) Interdisciplina, restitución de derechos y Trabajo Social

Se entiende la interdisciplina como un modo de comprender la realidad y de posicionarse ante ella. En este caso particular, de trabajar sobre una problemática de salud. Se supone que esta no es algo dado, sino que forma parte de una realidad compleja, y es producto de una construcción social, económica, histórica, cultural y política. Si se piensa en términos de campo a partir de Pierre Bourdieu, se trata de un espacio donde confluyen interacciones de conflicto, colaboración, de alianza.

La existencia de la interdisciplina dentro del campo de la salud mental es producto de sucesivas disputas sociales, políticas e ideológicas por su sentido y sus modos de abordaje, lo cual ha dado como resultado su incorporación en la legislación vigente y un andamiaje institucional determinado en sus procesos de implementación actuales, orientados a producir una ruptura respecto del paradigma anterior: el médico-hegemónico.

Por ende, habiéndose reconocido al padecimiento subjetivo una serie de componentes otrora negados como factores constitutivos

y determinantes, las instituciones y los actores intervinientes en su abordaje debemos partir de considerar dicha complejidad como punto de partida para la construcción conjunta, desde cada disciplina y desde la voz de lxs propixs usarixs, de diagnósticos integrales y estrategias pertinentes que permitan desarrollar las alternativas terapéuticas más apropiadas. Según la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, la salud mental se define 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”. (Cap. 2. Artículo 3).

Desde los inicios de este tránsito por la RISaM y con el transcurso de la inserción en los dispositivos asistenciales -todos ellos interdisciplinariamente-, se volvió recurrente la pregunta por “lo propio del Trabajo Social”, por sus competencias, sus modos, y sus categorías específicas en la intervención al interior de los equipos. Psicólogxs y médicxs -futurxs psiquiatras-, impresionaban *a priori* tener sus fronteras disciplinares claramente demarcadas y legitimadas, lo que se contraponía a una recurrente sensación de desvalimiento en ese sentido en torno a la propia claridad y capacidad de enunciación en cuanto a las incumbencias del Trabajo Social. Fue a partir de esa incomodidad y de esa necesidad de construir respuestas en aquella dirección, donde apareció un fuerte interés por la indagación que dio origen a este trabajo.

Volviendo al Trabajo Social, y a esta carencia que Karsz menciona respecto de una práctica regular de sistematización crítica de la intervención profesional, se ha observado durante el pasaje por la residencia un analizador que refuerza esa idea: sucedía frecuentemente que, ante su desconocimiento, compañerxs residentes de las otras disciplinas planteaban sus inquietudes e incertidumbres respecto de las incumbencias del Trabajo Social. Esto se plasmaba principalmente a través de la pregunta por su función en los dispositivos (guardia, interconsulta, consultorio externo, etc.), durante la construcción de estrategias en el trabajo con lxs usarixs, y en las consultas y dudas expuestas por ellxs en las clases teóricas a cargo de las docentes tra-

bajadoras sociales que dictaban distintos seminarios. En estas instancias han expresado cierto asombro al percibir que quizás el Trabajo Social es una profesión que “va más allá” de las representaciones que tenían inicialmente, asociadas exclusivamente a la dimensión material de la asistencia (entrega de ropa, alimentos, asistencia económica, asistencia habitacional, etc.).

Es posible deducir que estas inquietudes eran aún más difíciles de saldar al no contar con una referencia estable en el Servicio de Salud Mental del hospital como parte del *staff* permanente que orientara a lxs residentes trabajadorxs sociales, es decir un/a Trabajador/a Social que integrara dicho servicio. Se hacía evidente entonces que la interdisciplina necesita, además, para materializar su existencia, de ciertas condiciones institucionales, laborales y profesionales; en este caso, que hicieran más igualitaria su posibilidad de participación en relación a las otras disciplinas.

Es importante mencionar que por año la residencia del Hospital Escuela “Eva Perón” incorpora a partir de la convocatoria a concurso cargos para dos psicólogxs, dos médicxs y sólo un/a trabajador/a social, por lo cual siempre hay una minoría de éstxs últimxs; y agregar que a diferencia de otras RISaM, no son parte de los equipos de residentes otras disciplinas y/o profesiones como enfermerxs, acompañantes terapéuticxs, abogadxs, etc. por nombrar algunos ejemplos, de quienes en la tarea cotidiana del trabajo cotidiano del trabajo en salud mental se constituyen como actores fundamentales.

Retomando la idea inicial acerca de la inserción del Trabajo Social en relación al campo de la salud mental: si entendemos que dicho campo ha sido (y tiende a ser en el contexto actual, ante el avance corporativo y económico de la psiquiatría, la genética y las neurociencias de corte biologicista) dominado y fragmentado por el discurso médico-hegemónico deshumanizante y funcional a un sistema desigual y segregador de los “improductivos” y de “lo diferente”, podríamos pensar dentro del campo de las resistencias, que a partir del reconocimiento de la interdisciplina en la salud mental, emerge como potencialidad de nuestra profesión, el asumirnos responsables

de ejercer una función restitutiva de derechos humanos fundamentales históricamente vulnerados a estas poblaciones.

Se piensa entonces al Trabajo Social como profesión que puede operar en esta dirección a través de la producción de mediaciones conceptuales y prácticas que introduzcan en el abordaje del padecimiento subjetivo y sus prácticas de cuidado, las dimensiones sociales, políticas y económicas que las fuerzas políticas y económicas hegemónicas intentan invisibilizar para acallar las razones estructurales que como sociedad debemos enfrentar para su verdadera integración. En palabras de Alfredo Carballeda: “Allí donde hay algo más que un cuerpo enfermo, un número de cama, un caso psiquiátrico, hay un sujeto que demanda ser escuchado en clave social. De este modo, la lógica de la inclusión social se relaciona en forma intensa con la salud mental” (Carballeda, 2012:9).

Ahora bien, como trabajadorxs sociales: ¿cómo leemos, asimilamos, incorporamos e interactuamos con las hipótesis diagnósticas a partir de las cuales nuestrxs compañerxs médicxs y psicólogxs parten para denominar los diversos padecimientos subjetivos con los que se trabajan desde el campo “psi”?

La realidad es que, en la práctica cotidiana, a partir de la interacción con estos otros discursos, se dialoga con ellxs permanentemente para arribar a una estrategia conjunta. Paralelamente, se construyen representaciones y conocimientos propios acerca de las incumbencias de los demás profesionales, así como criterios para convocarlos o no en determinadas situaciones que se presentan. Sumado a esto, en la residencia se participa de espacios de formación con distintxs invitadxs, docentes y profesionales de otras disciplinas (clases de psicofarmacología, semiología psiquiátrica, psicoanálisis, etc.), con lo cual se produce una profundización del conocimiento de estos discursos en relación a la formación de grado, ampliando las posibilidades de interacción e interpelación hacia los mismos.

Desde el Trabajo Social no se definen diagnósticos psicopatológicos en términos de CIE 10, DSM o “estructuras”, por ejemplo, en relación al dispositivo psicoanalítico, pero sí se recurre necesariamente a el/la compañerx del campo “psi” para comprender cómo esto opera

en la situación de salud que atraviesan las personas según sus dichas miradas e interpretaciones -no sin tensiones/desacuerdos o interrogantes propios de estos diálogos- y a su vez se realiza un aporte particular a la construcción del problema de salud en cuanto a la evaluación que se puede hacer desde el Trabajo Social a partir de lo que lxs usuarixs y sus familias pueden enunciar, las intervenciones que otras instituciones hayan realizado previamente, mediante el recupero y reconstrucción de sus trayectorias vitales, etc. Carballeda refiere que:

Las enfermedades son narradas, contadas desde diferentes formas de relato. Las narrativas de la enfermedad, desde la intervención del Trabajo Social en salud mental, construyen la escucha, la mirada y el registro. (...) Las narrativas de la enfermedad, dan cuenta del marco comprensivo-explicativo de la vida íntima, la cultura, de la explicación de lo mórbido desde quien narra. En definitiva, lo que se escucha desde el lugar de la intervención en lo social, está ligado a la experiencia singular del sujeto de la intervención mediatizada por sus aspectos histórico-sociales, por la cultura, las representaciones sociales, la construcción de significados dentro de una secuencia cronológica ligada a la concepción de enfermedad de quien está relatando. Desde el relato de la enfermedad, se ratifica el lugar del proceso histórico-social de la salud. (...) La narrativa le da entidad sociocultural a la enfermedad, la nombra, es determinada desde un determinado lugar signado por la experiencia personal, la cultura y el contexto (Carballeda, 2012:6).

Así, se indaga en qué medida y de qué manera un padecimiento afecta la vida cotidiana de ese sujeto y su familia e interrumpe o no su biografía negativamente. Las marcas objetivas y subjetivas de la institucionalización. Entonces, “la intervención puede ser entendida como un proceso del análisis del contexto y los diferentes escenarios donde transcurre la vida cotidiana, su devenir y el impacto en la esfera de lo subjetivo” (Carballeda, 2012:1).

He aquí, a partir del aporte de este autor y dentro de la función restitutiva mencionada anteriormente, que se puede pensar uno de los aportes fundamentales del Trabajo Social dentro de las prácticas interdisciplinarias en los procesos de salud-enfermedad-atención: la

lectura de la entidad sociocultural que posee la enfermedad en los sujetos a partir de su relato singular.

Se puede pensar que, en contraste con la formación académica de grado como trabajadorxs sociales, en la cual predominan el estudio de categorías teóricas mayormente ligadas a la sociología y la ciencia política (al menos en la UNR, no es un dato menor dónde que la Escuela de Trabajo Social se emplaza en la Facultad de Ciencia Política y Relaciones Internacionales), en la instancia de la residencia emerge con fuerza la pregunta por el modo de poner en relación aquellas nociones del campo “psi” con la propia intervención disciplinar, dentro de un proceso de salud-enfermedad-atención y en el trabajo sobre el sufrimiento subjetivo. Al respecto, Karsz plantea que si

las tensiones entre la clínica psicológica (que es necesaria) y la clínica de la intervención social (que es indispensable) no se ocultan, si sus convergencias y divergencias aparecen con nitidez, pueden nacer oportunas sinergias y reconocerse las deudas recíprocas-teóricas y prácticas- que enlazan, y separan a trabajadores sociales e intervinientes “psi”. Evitar las relaciones de amo a vasallo, para construir alianzas críticas (Karsz, 2007:168).

Para ejemplificar estas reflexiones, se puede pensar en aquellas situaciones en las cuales se evalúa la tramitación de una pensión por incapacidad laboral: he aquí la importancia de realizar un diagnóstico integral que contemple, además del diagnóstico actual del/la paciente, su trayectoria vital en relación a su padecimiento, sus procesos de institucionalización y las marcas que esto ha dejado en él/ella, los recursos que posee para su propia integración, los lazos sociales que lo sostienen, las posibilidades de profundizar sus grados de autonomía, las oportunidades reales de inserción que ofrece cada contexto a través de las políticas públicas en curso. Esta evaluación es siempre singular, así como lo serán los impactos de los efectos de las intervenciones a realizar en la vida de cada persona.

En ese sentido, si entendemos que las situaciones abordadas por su complejidad se configuran a partir de múltiples inscripciones, tal vez

pueda pensarse que es en ese ejercicio de “ir y volver” entre el plano singular y el plano institucional-político-estatal, es donde el Trabajo Social podrían generar un aporte significativo al campo de la salud mental, por su trayectoria formativa, en el proceso de construcción y deconstrucción de dichas situaciones.

*b) Políticas públicas y protecciones sociales:
riesgo y vulnerabilidad social*

Para continuar, y en relación al punto anterior, otro de los aspectos que ha podido recuperarse a partir de la práctica en los distintos dispositivos en cuanto al lugar del Trabajo Social y que se da a través de la interpretación de las narrativas singulares de estos sujetos que menciona Carballada, son la caracterización y la evaluación de las protecciones y recursos (materiales y simbólicos) que lxs mismxs y su red vincular más próxima disponen para hacer frente a la complejidad que conlleva ese padecimiento en relación al riesgo social. Esta instancia será crucial a los fines de contribuir y propiciar una mejora en las condiciones de salud y cuidado en determinados escenarios y territorios, así como el acceso a derechos fundamentales en función de su integración social.

Se puede citar como ejemplo, al momento de entrevistar a una persona que ingresa por guardia por crisis subjetiva (a sus familiares y/o vínculos más cercanos), la importancia que adquiere la indagación realizada acerca del nivel de escolarización de esa persona, su situación laboral y habitacional, su cobertura de salud, etc. por nombrar algunos aspectos, para determinar con qué tipo de soportes cuenta el/la paciente para la construcción de estrategias en conjunto con el equipo.

Ahora bien, se torna entonces necesario responder qué es estar protegido desde el punto de vista social en una sociedad de individuos. Rober Castel responde a este interrogante comenzando por definir el significado de la inseguridad:

Vivir en la inseguridad día a día es ya no poder hacer sociedad con sus semejantes y habitar en su entorno bajo el signo de la amenaza y no de la acogida y el inter-

cambio”. Por ello, “la seguridad debería formar parte de los derechos sociales en la medida en que la inseguridad constituye una falta grave al pacto social (Castel, 2013:2).

Afirma entonces que estar protegido es disponer por derecho de las condiciones sociales mínimas de interdependencia:

La protección social es así la condición de posibilidad para formar lo que he llamado, siguiendo a León Bourgeois, una sociedad de semejantes: un tipo de conformación social en cuyo seno nadie está excluido porque cada uno dispone de los recursos y de los derechos necesarios para mantener relaciones de interdependencia (y no solamente de dependencia) con todos. Es una definición posible de ciudadanía social. Es asimismo una formulación sociológica de lo que en términos políticos se denomina una democracia (Castel, 2013:3).

El autor afirma que habría que salvar el Estado Social, es decir, la preeminencia de un garante del interés general sobre la competencia entre los intereses privados. Sin embargo, el contexto actual da cuenta de una profunda crisis que nos ubica en las antípodas de lo que sería el modelo de Estado Social. Por el contrario, los lazos sociales productores de subjetividad adquieren como rasgos distintivos su fragilidad e inestabilidad. El Colectivo Juguetes Perdidos denomina a esta situación el “*totalitarismo de la precariedad*”, afirmando que: “

La precariedad es totalitaria cuando es el suelo de todo lo que se arma para vivir (relaciones, redes, amores, trabajo, consumo), cuando toma y actúa sobre la totalidad de la vida. Cuando no es posible pararse sobre otra superficie que estructure y lo que queda entonces es la contingencia del día a día. (...) cualquier cosa puede desarmar el frágil equilibrio cotidiano (...) cualquier secuencia se vuelve un riesgo vital (...) secuencias que muestran en la superficie social, el miedo al despojo de la propiedad privada o la violencia contra el cuerpo, secuencias que dejan entrever un fondo de terror anímico incuestionable”. Aun así, no todos estamos a la misma distancia de ese abismo (...) Quizás, la lucha por correrse de la exposición violenta a ese fondo, la lucha por salir de sus efectos inmediatos, sea la forma de la lucha de clases actuales; existe una desigual distribución social, geográfica, etaria, y de

género a la exposición a la precariedad, a los desbordes y violencias que contiene (Colectivo Juguetes Perdidos, 2014:50).

Ante el hecho evidente de dicha ruptura del tejido histórico-social producto de las transformaciones ocurridas en las últimas décadas, y de la profunda crisis que atraviesan las instituciones hasta el día de hoy, durante la residencia se ha podido ubicar que lxs pacientes que llegaban al hospital encontraban en él (a veces hasta de modo inconsciente) un alojamiento que representaba para ellxs su asistencia en cuestiones básicas y fundamentales ante los arrasamientos vivenciados en sus trayectorias de vida, donde primaba la soledad y la inestabilidad.

Concretamente, recibir un techo, calor, alimento, higiene, palabras... en definitiva se hace referencia al cuidado y los lazos. Como equipo se evidenciaba, en contraste con las ansias (¿o ansiedades?) de intervenciones desmanicomializantes, pacientes (y/o sus propixs familiares) que solicitaban internaciones a modo de estrategia de supervivencia para preservarse del desamparo y de la inexistencia de redes vinculares afectivas alternativas en sus comunidades de origen.

Quizás, y tomando prestado el concepto de “puerta giratoria”, el hospital general ha retornado en ciertos aspectos a suplir una de las funciones que le dio origen: una institución que aloja, que asiste mucho más que desde un servicio sanitario, y dejando en evidencia a todo aquello que la sociedad no está pudiendo generar desde su propia integración comunitaria e intersectorialidad institucional. Puerta giratoria de pacientes que entraban y salían cíclicamente: desde un hospital monovalente al hospital general, de éste al centro de salud, y de este último nuevamente al hospital general, de allí al monovalente.

Retomando los conceptos de sostén y de constitución del psiquismo en relación al derecho a la humanización a partir de Ulloa (Ulloa, 2012:118), se podría pensar en el hospital como una institución que a pesar de ejercer prácticas que se corresponden mayoritariamente con el modelo médico hegemónico, es una institución asociada por muchxs pacientes, con un suministro en la empatía y miramiento, ambos propios de la ternura. En este sentido, emerge un claro analizador que

trasluce una tensión constante y obliga a seguir bregando por la profundización de las transformaciones en relación a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 ante la insuficiencia e inexistencia de servicios apropiados en la comunidad que derivan y fortalecen el modelo “hospitalocéntrico”.

Otro dato relevante para pensar sobre la función desarrollada desde el hospital, es que dentro de las situaciones abordadas, un significativo número de pacientes que llegaban a este efector a través de su ingreso por la guardia general (atendidos por la guardia interdisciplinaria de salud mental vía interconsulta), eran personas que nunca antes habían tenido referencia a ningún equipo de salud, y que se hallaban en una situación de gran vulnerabilidad y desafiación. Esto hacía que el trabajo a realizar en el contexto de internación se pusiera entre sus objetivos principales el desafío de iniciar la construcción de referencias institucionales en su comunidad y el acceso a distintos derechos, aún con las limitaciones anteriormente mencionadas (por ejemplo, la notoria escasez de recursos para la atención en salud mental que existe en los efectores de primer nivel, donde la matricialidad no logra dar cuenta del alto nivel de demanda que reciben diariamente).

Para profundizar sobre las políticas públicas de salud mental en nuestra provincia, es importante traer a colación las reflexiones que se han compartido en la publicación realizada a partir de la Jornada de Salud Mental, llevada a cabo en el mes de diciembre de 2015 en la ciudad de Rosario, a cinco años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657. El Área de Salud Mental de Asociación de Trabajadores del Estado (ATE) expuso en su diagnóstico:

Las casas compartidas, los espacios de producción de objetos para el intercambio, las internaciones y tratamientos ambulatorios incluidos como problemas de salud en los hospitales generales, los equipos soportes para éstos en los fines de semana, las estrategias sostenidas con los acompañamientos terapéuticos, las estrategias comunitarias en la A.P.S con equipos que intentan la “matricialidad” (considerando que lo matricial no se constituye como tal sin una estructura básica que soporte el proceso de atención cotidiano), todos estos dispositivos se han

ido creando sin planificaciones que trasciendan la oportunidad de un eventual y magro presupuesto; sin la necesaria articulación con la red de servicios del sistema de salud, sin un relevamiento epidemiológico acerca de las modalidades del padecimiento subjetivo en nuestras poblaciones, sin instituir cuál es el circuito derivatorio entre los distintos niveles de atención (...) Al ser escasos y al estar tan condicionados por esta precariedad el resultado de sus intervenciones y el acceso a los usuarios a éstos es muy reducida. Sucede finalmente una especie de convivencia entre la lógica manicomial-que sigue hegemonizando el campo- y los intentos de sustituirla con estos dispositivos. El resultado no es ni un empate, termina siendo una opción alternativa, y no sustitutiva (Coll y Almeida, 2016:106).

c) Producción de subjetividad: relaciones de poder, discursos y racionalidades en las políticas sociales

En reuniones de equipo, retrabajo de situaciones clínicas, presentaciones y/o distintas instancias de reflexión acerca de las prácticas de lxs residentes, es habitual poner en común aquello que parece pertinente para el caso sobre los “modos de habitar o circular” de determinadxs usuarixs por la institución (por ejemplo en consultorios externos, en la guardia, en el servicio en que se encuentra internado, el centro de salud al que fue derivadx, etc.), y las tensiones que estos producen en las mismas. Son datos a considerar, por ejemplo, cómo la persona habita su internación: si tiene una posición demandante con el personal de enfermería, si solicita a menudo más medicación que la indicada, si puede tolerar las esperas en las atenciones, si logra respetar las pautas de la institución en cuanto al no consumo de sustancias, etc. Se podría decir que hay ciertos umbrales en los comportamientos de lxs pacientes que logran ser admitidxs y alojadxs por el hospital, y dentro del mismo, según de qué servicio se trate –clínica médica, pediatría, cirugía, guardia, ortopedia y traumatología, maternidad, salud mental, etc.-, no obstante otro tipo de conductas pueden ser rápidamente motivo de sanción y altos grados de tensión institucional al punto de movilizar a las autoridades superiores, quienes luego solicitan al equipo tratante de salud mental explicaciones acerca del motivo de internación de esa persona y su

proyecto terapéutico para poder mediar ante las tensiones suscitadas con los otros servicios.

Cabe aclarar que también operan ciertos umbrales de este tipo dentro de los equipos de salud mental: no todos los pacientes son igualmente alojados, no todos los marcos de tratamiento serán flexibilizados en función de los mismos para mejorar su accesibilidad. Muchas veces los límites se establecen arbitrariamente, consciente o inconscientemente, desde reacciones de rechazo que deben ponerse a trabajar para no perjudicar el vínculo terapéutico o incurrir en modos expulsivos.

Por ello, se torna necesario y con la misma importancia, incorporar en estos espacios de trabajo de equipo, los modos en que se ejerce el propio rol como trabajadorxs de la salud dentro de las lógicas y procesos de construcción e implementación concreta de las políticas públicas, materializadas en procesos de atención en salud, intentando percibir, captar y considerar cómo los vivencian los usuarios, así como los impactos en sus cuerpos, en sus cotidianidades, en su subjetividad. Se trata de una dimensión que es política e ideológica, inescindible de la clínica, o dicho de otro modo, la dimensión política como texto de la clínica (y no como contexto). De lo contrario suele caerse rápidamente en determinaciones acerca de lo “que no corresponde tomar” porque el/la paciente “no sabe esperar”, “manipula”, “se aprovecha”, “nos roba”, “es irrespetuoso”, etc. Determinaciones que muchas veces se encuentran atravesadas inevitablemente por cuestiones de clase y barreras socio-culturales no elaboradas lo suficiente por parte de los equipos.

Karsz refiere que como trabajadorxs sociales participamos del proceso de reproducción social dentro de determinada formación económica-social, o mejor dicho, intervenimos en una serie de sectores, campos y segmentos reservados al ámbito de las intervenciones sociales (o “misericordia solvente”). Las instituciones no inventan las situaciones, más bien definen el modo de tratarlas y por lo tanto las características que la población deberá tener para el acceso a dicho tratamiento específico. Se interpreta de un modo,

se subrayan y privilegian ciertos rasgos, se construye una mirada particular con un sentido que define al objeto, a partir de la consideración de ciertos datos, elementos, fechas, actitudes, comportamientos. En función de esto se producen equipos, equipamientos, circuitos, requerimientos profesionales, recursos asignados acorde a ciertos cánones.

Para resumir entonces, podemos decir que este eje permite visibilizar los siguientes puntos presentes en todo proceso de trabajo y de atención en salud:

- Las lógicas y racionalidades políticas subyacentes
- El modo en que como sociedad respondemos al problema de la integración
- La determinación hegemónica de “lo normal” y “lo anormal”
- Las trayectorias de vida que se favorece u obstaculiza según el perfil poblacional del que se trate
- La relación que se establece con la propiedad privada y la distribución de los recursos
- Las normas dominantes que rigen la constitución de subjetividad
- El modelo de relaciones humanas que se privilegia
- La cultura que se propicia y la que se sanciona, las ideologías en juego, etc.

Karsz afirma que el proceso de reproducción social comprende condiciones políticas, económicas, ideológicas, culturales, psíquicas, etc. Por ello, insta a no partir de “omniexplicaciones” ni reduccionismos económicos o psicológicos. Llama a considerar las

condiciones psíquicas que son al mismo tiempo, indisolublemente, condiciones ideológicas de reproducción. En efecto, cumplen un papel activo las ideas que las personas tienen en su mente y que realizan o esquivan en su cuerpo, sus resignaciones y rebeliones, los ideales por los que luchan, los principios por los que se comprometen o que en cambio traicionan, los pánicos y las osadías subjetivas, íntimas. Valores, normas, representaciones, sentimientos relativamente privados juegan un rol indispensable para que prosiga la pro-

ducción y más allá, la perpetuación o para la transformación de la formación económico-social (Karsz, 2007:37).

d) Paradigma de la redistribución y paradigma del reconocimiento

El Trabajo Social, como partícipe de los procesos de producción y reproducción social, posee una autonomía relativa en su ejercicio profesional. Se considera que esta autonomía podrá ejercerse con mayor fuerza si el profesional logra tomar distancia crítica respecto del lugar que es llamado a ocupar, y asume una mediación en favor de la población con la cual trabaja, teniendo en cuenta los elementos anteriormente mencionados, acorde a las posibilidades y limitaciones que las relaciones de poder y de fuerza plantean en cada contexto.

En este escenario, será fundamental aquel trabajo interdisciplinario y participativo que realice una lectura integral de la complejidad de esta problemática y apueste al fortalecimiento de la autonomía de las personas con padecimientos subjetivos, poniendo al mismo tiempo en agenda colectivamente aquellos reclamos por los derechos de usuarixs y trabajadorxs respecto de aquellas condiciones que están por fuera del alcance.

Tomando los aportes de José María Alberdi, se debe ser conscientes de que se trabaja con la “minoría portadora de la desrazón”, en tensión constante con la concepción hegemónica de ciudadano moderno: racional, libre y autónomo. Esta última constituye una barrera en el avance a la ciudadanía del “loco”. Por lo cual, cuando se brega por el bienestar de estas poblaciones, debe haber una implicancia en la lucha por una “ciudadanía que integre la diferencia, el conflicto y la desrazón como propias” (Alberdi, 2006:40) (“des-razón emancipatoria”).

Para hablar de políticas de salud mental, (la cual no sólo tiene que ver con una discusión técnica de cómo tratar la locura, sino que lo que está en cuestión son los procesos y estrategias de subjetivación, así como los destinos sociales de los sujetos que poseen sufrimiento psíquico y por ende interviene la cuestión política), Alberdi recupera

la producción de Fraser (1998) para pensar en la relación entre los Derechos Humanos y la Salud Mental:

La autora reconoce dos paradigmas principales en esto de producir justicia social: el paradigma más tradicional de la redistribución, que reclama un reparto más justo de recursos y bienes en el sentido de la igualdad; y el paradigma del reconocimiento que ejerce un tipo de reclamo en el sentido de la diferencia, es decir, un mundo que acepte las diferencias en el que la asimilación a las normas culturales dominantes de la mayoría ya no sea el precio a pagar por un respeto equitativo, línea reconocida más clásicamente como las políticas de identidad: minorías étnicas, sexuales, diferencias de género, de desrazón, etc. (Alberdi, 2006:43).

Fraser insta a recuperar ambas matrices en sus aspectos más emancipatorios, sin reducir la una a la otra. Frente a los universalismos abstractos promueve universales de la diferencia construidos socio-históricamente: “(...) Todo depende de qué es, precisamente, lo que las personas que hoy son segregadas necesitan para poder participar como pares en la vida social, ya que no hay razón para suponer que todos ellos necesitan lo mismo en cualquier contexto (...)” (Alberdi, 2006:45).

Desde el Trabajo Social, ubicarse en el marco de estos lineamientos produce un posicionamiento activo ante un desafío interesante, aunque no exento de permanente tensión: poder abonar la autonomía de los sujetos y el respeto de la diferencia segregada por la cultura dominante y los patrones vigentes de normalidad, pero sin caer en un *laissez-faire* que ignore la necesidad de trabajar en la incorporación de ciertos apoyos necesarios para la el cuidado de la salud y la vida en sociedad y en el respeto por sus derechos.

Es recurrente y notoria la contradicción que aparece cuando se trabaja en pos de la inserción laboral de las personas con padecimientos subjetivos. Allí se puede observar la gran deuda que existe al respecto de políticas de empleo genuinas que tengan incorporados en sus modos de implementación los apoyos que estas poblaciones necesitan realmente para poder sostener actividades ligadas al mundo del trabajo y en relación al resto de la ciudadanía, contemplando que

muchas de estas personas poseen crisis recurrentes que requieren internaciones, o se encuentran más limitadas para cierto tipo de tareas, según cada caso. La mayoría de las veces se llega a un límite que se materializa en una inclusión restringida a los espacios de formación laboral en dispositivos específicos de salud mental que lamentablemente no producen un pasaje hacia otras instancias de trabajo como un/a “ciudadanx común”.

Como contracara, y para ejemplificar práctica que emerge desde la perspectiva de inclusión y reconocimiento, puede mencionarse el proyecto que nació a partir de la Secretaría de Extensión Universitaria de la UNR en articulación con el Servicio de Salud Mental del hospital. Comenzó a funcionar un taller de radio coordinado conjuntamente por un docente y Lic. en Comunicación Social (principal referente del proyecto de espacios radiales en efectores de salud) y residentes de tercer año, destinado a la comunidad en general. Esta experiencia permitió la construcción de otro tipo de lazos entre sus miembros, generando grupalidad con participantes provenientes de distintos ámbitos, redes con otras instituciones, debates acerca de distintos temas de actualidad y a su vez un lugar activo en la defensa de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y los derechos de lxs usuarixs siempre desde el respeto por la diversidad de sus participantes, más allá de cada padecimiento. El relato de esta experiencia amerita mayor extensión, lo cual excede las posibilidades de trabajo, pero a resumidas cuentas se trae a colación al ser un ejemplo de que es posible generar proyectos de salud desde un enfoque de derechos.

Conclusión

Para finalizar, y retomando título de este escrito, *Salud Mental y Trabajo Social: la R.I.Sa.M como instancia-potencia para pensar-nos*, cabe destacar nuevamente el valor de este programa de formación en tanto espacio que ofrece condiciones de posibilidad para el desarrollo del “trabajo teórico regular”, anteriormente nombrado.

Generalmente, al concluir la formación de grado como trabajadorxs sociales, se produce una inserción profesional dentro de dife-

rentes campos de intervención, con lo cual gran parte del aprendizaje acerca de dichos campos se va construyendo a partir de la experiencia y el hacer cotidiano ante las situaciones que se abordan. A su vez, las dinámicas de trabajo normalmente van demandando en grados cada vez mayores, respuestas inmediatas frente a lo urgente de las problemáticas emergentes. Esto va produciendo un movimiento paulatino en la rutina diaria que tiende a generar un corrimiento de la práctica de introducir una pausa dedicada al estudio, la reflexión y la producción escrita sobre nuestras que hacer.

Ahora bien, la RISaM implica para el/la residente, además de funciones asistenciales en distintos dispositivos, la obligatoriedad de realizar producciones teóricas (individuales y grupales) vinculadas a dichas funciones como parte de la currícula propuesta por la/el instructor/a de turno. Esta situación favorece la propia organización del tiempo en pos de poder viabilizar esa tarea y cumplir con los requerimientos correspondientes, y a su vez, incita al ejercicio de la indagación bibliográfica y la reflexión sobre la práctica.

Sumado a esto, se considera fundamental la formación en la propia práctica con compañerxs de otras disciplinas, gracias a lo cual se ha generado un espacio de debate continuo, de aprendizaje en coincidencias y disidencias ante trayectorias formativas y posicionamientos diversos.

Otra cuestión interesante es que la RISaM, como espacio de formación en asistencia de tres años de duración, instala el desafío de trabajar sobre “lo instituido” del ámbito hospitalario y la política sanitaria, sabiendo que como residente se estará un tiempo delimitado allí. Un pasaje acotado, pero quizás es justamente en ese aspecto donde reside el potencial. Sucede generalmente que cuando se inicia el proceso de inserción en la institución, se produce una primera impresión a partir de la percepción inmediata, que cobra gran valor debido a que no se encuentra teñida por el acostumbramiento, la naturalización o la burocratización que tienden a generar muchos años de trabajo en un mismo espacio. Esto impacta en una mayor capacidad de realizar preguntas o críticas al respecto, y como consecuencia, mayor interés por modificar las condiciones desfavorables que existen

en la atención. Es un dato interesante el hecho de que el grupo de residentes cuentan con un espacio semanal de reunión en el cual se discuten colectivamente los temas de interés: las reuniones de residentes y reuniones generales con todo el *staff* del Servicio de Salud Mental.

Teniendo en cuenta todo esto, se piensa en la residencia como “permanente instituyente”, desafiada a instituir, en un lapso de tiempo determinado, condiciones superadoras. No obstante, como contracara, si esto no se produce, predominan marcos de trabajo endebles e inestables que también producen serios desgastes en lxs profesionales.

Al escribir estas líneas, se piensa también en el proceso que han realizado la primer camada de estudiantes de pre-grado de la Escuela de Trabajo Social de la U.N.R que realizaron sus prácticas en la RISaM, quienes a partir de sus primeras observaciones institucionales han logrado producir proyectos tendientes a mejorar la recepción, aumentar la participación y favorecer el lazo social de lxs usuarixs en la sala de espera mediante la instalación de una biblioteca, elaboración de una encuesta, difusión de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, contribuciones en el Taller de Radio. Todo ello, que forma parte del derecho a la accesibilidad y con la dificultad que conlleva en un hospital general de tercer nivel con amplia población a cargo, fue un trabajo que surgió a partir de la observación que realizaron en su primera etapa de inserción institucional los primeros días de práctica. Esto da cuenta del valor que tiene el poder incluir la mirada y la lectura del Trabajo Social a la institución.

Es importante, por último, hacer alusión a la práctica realizada en Brasil durante tres meses en un Centro de Atención Psicosocial para usuarixs de Alcohol y otras Drogas (CAPS AD) desde el mes de febrero hasta abril de 2018. La RISaM como otras residencias en salud, solicita a lxs residentes del último año, una rotación en algún servicio de salud mental dentro o fuera del país a partir de los intereses particulares de cada unx.

Esto permitió la realización una experiencia en Salvador de Bahía que luego fue presentada como trabajo final, pudiendo compartir y discutir con el equipo los conocimientos adquiridos acerca de la historia del sistema de salud brasilero (una importante referencia en la

temática) y particularmente sobre la reforma psiquiátrica y su red actual de servicios de salud mental. A partir de allí fue posible problematizar acerca del propio sistema de salud y recuperar posibles contribuciones para el funcionamiento del servicio de salud mental del hospital.

El CAPS AD “Gregorio de Mattos” es un servicio especializado matricial que aborda situaciones de consumo problemático de sustancias en la ciudad de Salvador, trabajando en red con todos los actores del sistema de salud y con otras instituciones y movimientos sociales desde una perspectiva intersectorial. En esta ciudad han nacido las primeras iniciativas del país en relación al trabajo en salud desde el paradigma de reducción de riesgos y daños, primando un enfoque de derechos de las personas consumidoras de sustancias.

Hay mucho más para decir y ha quedado mucho por fuera. La experiencia ha sido amplia e intensa. Habiendo finalizado este ciclo de formación, “paso la pelota” a lxs futurxs compañerxs y colegas que se harán por allí su experiencia, para seguir haciendo camino al andar...

Referencias bibliográficas

- Alberdi, J. (2006). El estado pavoroso de la locura en la Argentina. *Cátedra Paralela Número 3*, 37-47.
- Carballeda, A. (2012). La intervención del Trabajo Social en el campo de la salud mental. Algunos interrogantes y perspectivas. *Margen Número 65*, 1-13.
- Castel, R. (mayo de 2018). *La inseguridad social: ¿Qué es estar protegido?* Obtenido de Revista Sin Permiso: <http://www.sinpermiso.info/textos/la-inseguridad-social-qu-es-estar-protegido>.
- Coll, L., & Almeida, V. (2016). Políticas e intervenciones en salud mental sustitutivas del paradigma manicomial. En C. Augsburger, G. S., & T. E., *Jornadas de Salud Mental: las políticas públicas en Salud Mental a 5 años de la sanción de la Ley Nacional* (págs. 99-120). Instituto de la Salud Juan Lazarte, Rosario, Argentina: Editorial Amalevi.
- Karsz, S. (20017). *Problematizar el trabajo social. Definición, figuras, clínica*. Barcelona, España: Gedisa.
- Perdidos, C. J. (2014). *¿Quién lleva la gorra? Violencia, nuevos barrios, pibes silvestres*. Buenos Aires, Argentina: Tinta Limón.

RISaM Heep. (agosto de 2019). Obtenido de Breve historia de la RiSaM en el plano nacional y provincial: los fundamentos y extravíos de la historia de la RISaM en el espejo de los fundamentos y extravíos de las políticas de Salud: <http://www.risamheep.com.ar/index.php/la-residencia/historia>

Stolkiner, A., & Ardilla Gomez, S. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. *Vertex-Revista Argentina de Psiquiatría XXIII*, 52-56.

Ulloa, F. (2012). *Novela clínica psicoanalítica. Historial de una práctica*. Buenos Aires, Argentina: Libros del Zorzal.

Recepción: 04/11/2018

Aceptación: 20/08/2019