

Aportes del Trabajo Social en el abordaje integral de la Salud Mental

Ruta crítica del sujeto con padecimiento mental en el segundo nivel de atención en salud y las implicancias de la actual coyuntura

Por M. Milagros Cepeda

M. Milagros Cepeda. Licenciada en Trabajo Social Universidad Nacional de La Matanza. Residente de 3° año en HIGA Dr. Diego Paroissien de La Matanza. Residencias de Trabajo Social en Salud de la Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Introducción

La elaboración del presente artículo surge a partir del recupero de la experiencia de rotación como residente de Trabajo Social en Salud con sede en el Hospital Interzonal General de Agudos “Dr. Diego Paroissien” de La Matanza (provincia de Buenos Aires, Argentina) por los Servicios de Guardia e Internación de Salud Mental del mismo. El proceso transitado ha convocado a problematizar el recorrido que atraviesan los sujetos con padecimiento mental y/o consumo problemático de sustancias en dispositivos de salud de segundo nivel de atención; así como también analizar las implicancias de la actual coyuntura socioeconómica y política en el abordaje de la problemática desde el ámbito de la salud pública.

Por otra parte, la participación en equipos de salud mental interdisciplinarios, tanto en el Servicio de Urgencia como de Internación, ha generado la necesidad de identificar los obstáculos que se presentan, así como los aportes del Trabajo Social en el abordaje de la Salud Mental -en adelante SM- tomando como eje una perspectiva de derechos y salud integral.

A partir del ingreso de un/a paciente por la guardia de SM, inicia un recorrido en el cual se entretejen diversas variables que determinarán la respuesta que el sujeto recibe frente a la problemática que lo atraviesa y las estrategias que el mismo desarrolla para superarla. Se trata de una ruta crítica donde entran en tensión una serie de dimensiones que van desde la historia del sujeto, su situación sociofamiliar y económica, sus redes de contención y sus capacidades para desarrollarse en forma autónoma; hasta las diversas miradas y estrategias de acción de los/as profesionales que intervienen. Todo ello en conjunción con el marco normativo vigente, las posibilidades del contexto, los escasos recursos que brinda el sistema de salud y las políticas públicas fragmentadas que caracterizan la actual coyuntura.

Es por ello que a continuación se propone desentramar las variables referidas, identificando finalmente los principales desafíos y propuestas en el campo de la SM desde el segundo nivel de atención.

Objetivos

Objetivo General

- Reconstruir la ruta crítica del sujeto con padecimiento mental y/o consumo problemático de sustancias que ingresa a un dispositivo de segundo nivel de atención en salud.

Objetivos específicos

- Analizar las implicancias de la actual coyuntura en el abordaje de las problemáticas de SM desde los equipos interdisciplinarios de Urgencia e Internación de SM en un hospital general.
- Identificar los aportes del Trabajo Social en el abordaje integral de las problemáticas de SM desde una perspectiva de derechos y salud integral.

Contextualización: marco normativo y coyuntura actual

Contextualizar el campo de la salud mental implica reconocer su trayectoria histórica, así como las concepciones y abordajes que el Estado ha implementado a lo largo del tiempo. Por ello, resulta necesario destacar que la actual legislación sobre SM, la Ley Nacional N° 26.657 sancionada en el año 2010 y su decreto reglamentario 603/2013 han significado un importante cambio de paradigma respecto al modelo tutelar, donde se ha comenzado a visualizar al sujeto con padecimiento mental como sujeto de derechos, presumiendo sus capacidades en vez de limitarlas. Asimismo, ha impulsado la conceptualización de la salud mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (Art. 3; Ley 26.657).

Se podría interpretar que esta concepción de la salud mental –categoría que incluye de forma novedosa las adicciones – entiende a la misma como un estado transitorio (no permanente sino potencialmente temporal) que a su vez es parte del proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado (en adelante SEAC) socialmente determinado. En ese sentido, advierte que las condiciones de vida y el acceso a los derechos básicos de vivienda, educación, empleo, alimentación, entre otros, inciden en la salud mental de las personas y las posibilidades concretas de mejorarla.

En esa línea, el nuevo **marco normativo** viene a deconstruir la antigua estrategia de *manicomialización* para pensar nuevas alternativas terapéuticas que *desinstitucionalicen* al sujeto y permitan abordar la problemática de SM integrando al mismo en su entorno socio familiar, afectivo y comunitario. En ese contexto, la internación es pensada como una estrategia terapéutica excepcional y temporal; quedando el factor institucional ligado sólo al acompañamiento ambulatorio a través de diversos dispositivos.

Finalmente, otro aspecto a destacar de la nueva legislación es la importancia que le otorga a los **equipos interdisciplinarios** para el abordaje del padecimiento mental. Este eje pretende *desjerarquizar* el modelo médico hegemónico que ubica al profesional médico (psiquiatra) como único capacitado para la atención del padecimiento mental, buscando así legitimar el saber de otras disciplinas que tienen injerencia en la temática. Esto permite proporcionar una mirada integral con mayor cantidad de herramientas para el diagnóstico, evaluación y estrategia terapéutica (en adelante ET).

Ahora bien, es posible visualizar los **obstáculos** que se presentan en la implementación de la letra de la ley, considerando las implicancias que la **actual coyuntura** socio-económica y política le imprimen a la misma.

Para comprender y analizar las implicancias de la coyuntura actual, es preciso reconocer, en términos de Matusevicius (2014) la relación que la misma tiene con la **dinámica estructural** que “deriva de las relaciones sociales capitalistas, signadas por los intereses antagónicos y contrapuestos de clases sociales” (p. 174). La coyuntura se configura como el escenario histórico de un momento determinado donde se materializa y se da respuesta a tal estructura, ya sea desde movimientos sociales como desde el Estado. Según la autora, éste último genera políticas sociales que “expresan el carácter contradictorio de las luchas sociales [y] acaban por reproducir la desigualdad social de nuestra sociedad”. (2014, p. 180).

Es posible visualizar que, en nuestro país las políticas neoliberales de ajuste implementadas durante las últimas décadas, han repercutido gravemente en el deterioro del sistema de protección y promoción social, fomentando así la fragmentación y crisis de las instituciones públicas. En ese amplio espectro se ubica el sistema de salud en general y el campo de la salud mental en particular.

En el área de SM, históricamente las políticas públicas han tenido una orientación *asilar*, caracterizadas por generar programas focalizados para personas con padecimiento mental, cuyas alternativas eran el encierro y el aislamiento. Si bien hacia 1950, Ramón Carrillo **-I-** ya habría propuesto la atención de la salud mental en internaciones de hospitales generales y la necesidad de capacitar a los profesionales para su abordaje, sus aportes no prosperaron en los gobiernos de facto, donde se priorizó el recorte y la descentralización de políticas públicas sin las partidas presupuestarias correspondientes; estrategia que se mantuvo durante las décadas siguientes. (D'Agostino, 2016, p. 127-138).

Por su parte, la OMS (2013, p. 10) ya habría anticipado que “los sistemas de salud en todas partes del mundo deben enfrentar enormes desafíos para poder brindar atención y proteger los derechos humanos de las personas con trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias [debido a que] los recursos disponibles son insuficientes, no están distribuidos de manera equitativa y se usan de modo ineficiente. En consecuencia, una gran mayoría de las personas con estos trastornos no reciben ninguna forma de atención”.

Si bien el nuevo marco legal ha sido un importante avance del Estado democrático en términos de derechos – de forma contradictoria – la escasa voluntad política para destinar recursos y financiamiento, así como también implementar estrategias integrales de atención a las problemáticas de SM, generan importantes obstáculos para implementarlo. Todo ello deja en una situación de desamparo y desprotección a la población con tales padecimientos, la cual a su vez suele caracterizarse por un alto grado de vulnerabilidad socio-económica, familiar y habitacional, entre otras.

La ausencia concreta de políticas públicas a nivel general (cobertura sanitaria, económica, habitacional) y de dispositivos terapéuticos con las características adecuadas para cada situación en su particularidad (hogares terapéuticos, convivenciales, estancias de medio camino y centros de día especializados, entre otros) deja al descubierto un estado de vacío, o bien podría decirse un fuerte *vaciamiento estatal*.

Este vacío a su vez, suele ser ocupado de forma parcial por distintas **organizaciones sociales y comunitarias** preocupadas por dar una respuesta ante tales necesidades. No obstante, los dispositivos que brindan estas organizaciones –las cuales intentan abarcar heterogéneos y

complejos problemas sociales– muchas veces no coinciden con las estrategias terapéuticas más adecuadas para la atención del sujeto con padecimiento mental y/o consumo problemático de sustancias, a la vez que tampoco cuentan con profesionales capacitados en la temática. Esto genera muchas veces la encrucijada ética de lo/s profesionales de SM de optar por la alternativa posible y/o viable frente a la más eficaz o pertinente.

Ruta crítica del sujeto con padecimiento mental. Obstáculos y desafíos para su atención integral

El término **ruta crítica** suele ser utilizado en el área de género para definir el recorrido de las mujeres víctimas de violencia que intentan salir de tal situación. Teodori (2015, p. 181) la define como aquella que comprende tanto “las acciones por ellas emprendidas como las respuestas institucionales (obstáculos y facilitadores) que encontraron en ese proceso”. La alusión al término en el campo de la SM pretende dar cuenta de las dificultades y oportunidades que atraviesa tanto el sujeto con padecimiento mental y/o consumo problemático de sustancias como su grupo familiar y/o vincular al momento de ingresar a un dispositivo de segundo nivel de atención en salud; así como también la respuesta institucional y comunitaria que se le brinda para la situación que atraviesa.

Para comenzar a desandar tal recorrido, se considera necesario describir brevemente la **dinámica de los servicios y equipos de SM** donde se ha realizado la rotación, así como también las características de la población con la cual se interviene. Posteriormente, se analizarán los distintos momentos que componen la ruta crítica del paciente con padecimiento mental según lo observado, considerando los mismos no de una forma lineal sino como eslabones de un proceso que en muchas ocasiones se torna cíclico y perjudicial para el sujeto.

El H.I.G.A. Dr. Diego Paroissien de La Matanza es un hospital provincial de referencia en segundo nivel de atención del partido, contando con una importante variedad de especialidades y un Servicio de Urgencias con guardia de 24 hs que recibe adultos, niño/as y adolescentes. Este servicio cuenta con un área de Salud Mental para la atención de pacientes adultos con padecimiento mental y/o consumo problemático de sustancias que se encuentren en una situación de descompensación; contando para ello con una disponibilidad de 4 a 6 camas. El abordaje de tales problemáticas es llevado a cabo por un equipo de SM de guardia (psicólogo/a y psiquiatra) y por una coordinadora de SM durante el horario diurno los días hábiles. Intervienen además, dos profesionales de psicología provenientes del CPA -2- que asisten dos/ tres veces por semana. Lo/as mismos/as no sólo responden a interconsultas de guardia sino también de la internación general. Su principal objetivo es identificar en las situaciones de consumo el tratamiento adecuado y generar la derivación/articulación correspondiente.

El Servicio de Internación de Salud Mental, por su parte, cuenta con 12 camas y se encuentra integrado por profesionales de psiquiatría y psicología –en su mayoría residentes- quienes tienen como principales objetivos la construcción de estrategias terapéuticas y alternativas de egreso adecuadas, generando redes de contención familiar e institucional. Ambos servicios demandan la intervención del Trabajo Social en determinadas situaciones como se mencionará luego, a modo de interconsulta.

Respecto a las **características de la población**, si bien el hospital se encuentra geográficamente ubicado en el segundo cordón del partido –el cual coincide en sus límites con el del conurbano- quienes acceden al mismo para la atención de segundo nivel provienen mayoritariamente del segundo y tercer cordón. Estos últimos se encuentran atravesados por mayores condiciones de

vulnerabilidad socio-económica respecto al primero, siendo más limitado el acceso a servicios básicos, vivienda, empleo, educación y salud hacia el tercer cordón -3-.

En ese sentido, la población que es atendida por lo equipos de SM en guardia si bien resulta heterogénea presenta ciertas características en común. Se trata de adultos, jóvenes y adolescentes (y en menor medida tercera edad), en situación de vulnerabilidad socio-económica, familiar, sin cobertura social o cobertura precaria, con redes de contención escasas o nulas y situación de calle o habitacional inestable; “siendo parte de la denominada población económicamente activa que actualmente se encuentra desocupada o realizando trabajos precarios en el sector informal” (Almeida et al., 2017, p. 4). Se incluye a lo/as adolescentes ya que, si bien no se constituyen en la población objetivo de ambos servicios, en diversas ocasiones son ingresados/as de forma excepcional -4-.

Los principales **motivos de consulta** se vinculan a cuestiones propias de la SM, entre ellas la alteración de hábitos de la vida cotidiana, patologías psiquiátricas prevalentes en condiciones de descompensación, diversos cuadros de excitación psicomotriz, alteraciones de la conducta, confusión mental, crisis de angustia o ansiedad, estados delirantes o alucinatorios, consumo problemático de sustancias, auto o heteroagresividad, intentos de suicidio o ideación de muerte, entre otros. La mayoría de estas situaciones se encuentran emparentadas por las variables sociales anteriormente referidas, así como dificultades en el sostenimiento de los tratamientos (ya sea por falta de acceso, dificultad en adherencia, escaso acompañamiento, entre otros), situaciones de violencia familiar o de género, ausencia o desactualización de documentación, discapacidad, dificultad de acceso a los recursos, entre otros.

Urgencia como puerta de acceso

La **urgencia** se configura como una de las puertas de acceso del paciente con problemática de SM al segundo nivel de atención. La misma es definida por el Ministerio de Salud de la Nación (2013, p. 10) como “un emergente del estado de malestar. No es un acontecimiento aislado sino parte del proceso de salud-enfermedad, en el que la persona debe ser asistida de manera integral (bio-psico-social) en el ámbito socio-sanitario y requiere de un seguimiento para evitar la recurrencia”. Puede inferirse que la urgencia en general se configura como una irrupción en la vida cotidiana del sujeto que demanda una atención particular.

Los lineamientos para la atención en la **urgencia en SM** (MSN, 2013) definen particularmente a esta última como “(...) toda situación transitoria que irrumpe y altera las funciones psíquicas, el desempeño habitual y que supone un alto nivel de padecimiento, de tal manera que la persona, el entorno y/o el personal sanitario, consideren que requiera atención inmediata. Implica una crisis que puede tener causas orgánicas, psíquicas y/ o sociales y constituyen una ruptura del equilibrio vital” (p. 10).

El objetivo primordial de la atención en la urgencia de SM se vincula generalmente con la compensación del paciente, propiciando su estabilización y disminuyendo en lo posible su padecimiento y/o sufrimiento psíquico. Cuando las posibilidades de la contención verbal llevada a cabo por psicólogo/as y psiquiatras no resultara suficiente, la alternativa farmacológica se torna la opción más adecuada. Posterior a esta compensación, inicia el proceso de evaluación de la situación del paciente y la elaboración de estrategias de acción a implementar. En ese punto cobra relevancia el desafío que deben asumir los/as profesionales de evitar la recurrencia del sujeto, construyendo para ello alternativas viables de egreso.

Resulta imprescindible, en términos de Panighetti (2012) decodificar el origen de la urgencia; es decir, si se trata de una demanda del paciente, de su grupo familiar, del profesional médico o de otras instituciones. Una vez despejada esa variable se hace posible reconstruir la historia del sujeto -vislumbrando que la situación no inicia con la intervención en la urgencia-, visualizar sus redes de apoyo y arribar a una aproximación diagnóstica. En esta instancia el abordaje interdisciplinario se constituye como una práctica necesaria.

Ahora bien, es importante recordar que el equipo de SM del hospital actualmente se constituye de manera bidisciplinar (psicólogo y psiquiatra) lo cual se considera como un factor obstaculizador hacia una mirada y estrategia integral. El Trabajo Social se incorpora en la modalidad de interconsulta, sólo cuando el equipo de SM considera pertinente su intervención, vinculada generalmente al imaginario de *lo social*.

En esa **construcción de lo social** o categorización de *paciente social* desde otras disciplinas de la SM, es donde se abre uno de los principales interrogantes respecto a la atención del padecimiento mental. Se le suele asignar a la disciplina del Trabajo Social la tarea de dar respuesta a lo social comprendiendo a ese campo en términos de Almeida y otros (2017, p. 6) como “todo aquello que queda por fuera de lo que el saber psi no puede resolver vía el tratamiento farmacológico o mediante la palabra. Este abordaje de lo social (...) aparece como una indefinición y resulta tan amplio, teniendo en cuenta que desde nuestra perspectiva [Trabajo Social] no existe relación o vinculación posible que no sea social”. Troiani (2011) reflexiona sobre ello y advierte que si por “paciente *psiquiátrico* se entiende a la persona que presenta padecimiento en su salud mental; entonces por *social* ¿cuál es el padecimiento social?” (p. 3).

Podría pensarse que esa necesidad de categorizar y estigmatizar lo social responde a la aparición de un *sujeto inesperado*, en términos de Carballada (2008), que accede a los efectores sanitarios con una serie de derechos vulnerados que se expresan en padecimientos subjetivos heterogéneos, para los que las instituciones de salud no se encuentran preparadas.

En este punto es interesante problematizar el recorte que se tiende a realizar del proceso de SEAC sesgando la variable social como un factor divisible. En esa línea, no sería posible disociar lo social de la salud mental, sino que es necesario comprender su integralidad. La *necesidad social* del paciente, en principio y en apariencia *imposible* de resolver o atender desde el sistema de salud en general o desde un hospital de segundo nivel en particular, no se encuentra aislada de la problemática de SM del sujeto, sino que la determina y atraviesa.

Es por ello que, la mirada médico hegemónica en términos de Menéndez (1998) sobre la SM como unidimensional y biologicista (causa patológica) reduce la problemática de SM y obstaculiza las posibilidades de abordarla desde una perspectiva de salud integral y de derechos.

Internación como puerta de *inacceso*

Una vez atendida y compensada la urgencia, inicia el proceso de construcción de alternativas conjuntas y devolución de la situación tanto al paciente como al grupo familiar si existiese. Ahora bien, cada patología y/o padecimiento mental tiene sus particularidades y, por tanto, muchas veces resulta necesaria la **internación como estrategia terapéutica excepcional**, cuando aún persiste en el sujeto el riesgo cierto o inminente para sí o para terceros. Se considera que este criterio es un gran avance respecto al reconocimiento de derechos, entre ellos el de la no privación de libertad al paciente con padecimiento de SM. De todas maneras y en cualquier instancia (en urgencia o internación) una vez compensado el paciente a nivel psiquiátrico y adecuado un plan farmacológico

si fuera necesario, surge la necesidad de construir estrategias de egreso. Ocurre en muchas circunstancias que, no habiendo lugar en internación o frente a las resistencias que se soslayan de internar *por razones sociales* el paciente queda internado en la guardia, dispositivo no preparado para una internación prolongada.

En la mayoría de los casos, el paciente se encuentra con **redes de contención debilitadas, escasas o nulas**; lo que dificulta elaborar alternativas de egreso. En relación a este último aspecto, es necesario tener en cuenta las estrategias previas llevadas a cabo por el grupo familiar del paciente como componente de esta ruta crítica; el cual va buscando respuesta en las instituciones solicitando que le provean de recursos y/o dispositivos para acompañar el padecimiento mental del miembro de la familia. Cuando el/la referente afectivo no encuentra respuesta ni orientación, sumándose a ello la complejidad propia de acompañar a un familiar en tales condiciones, se produce un *cansancio, desborde y desentendimiento* familiar que deja en una situación de suma desprotección al paciente.

Por su parte, el propio sujeto que se acerca a la guardia, ha transitado por lo general una trayectoria respecto a su padecimiento mental y/o consumo de sustancias; donde ha empleado las estrategias posibles para subsistir. Se elige el término subsistir y no desarrollarse, porque se trata de un intento por adecuarse a los escasos recursos económicos que brinda el sistema, las dificultades para obtener y/o sostener un empleo formal/informal, la cobertura de salud precarizada – en caso de tenerla – que implica ser beneficiario de una pensión por discapacidad u otro programa social, y la ruptura de lazos sociales (no sólo familiares sino también con grupos de pares, entre otros) que los/as lleva indefectiblemente al borde de la marginación.

No obstante, y considerando que la internación por SM no debe pensarse como recurso sociofamiliar ni habitacional según lo propone la normativa vigente **-5-** -en ese intento desarticulado de propiciar la desmanicomialización del sujeto sin proponer alternativas viables para ello- surge en la práctica cotidiana el **dilema ético profesional** de cómo abordar el egreso del paciente. Podría inferirse que allí radica el punto más crítico de la ruta del paciente, donde se tiende a disociar su padecimiento de la situación social que lo atraviesa. En el contexto actual, cada vez con mayor frecuencia se presentan situaciones con tales características, donde cada vez con mayor intensidad las políticas de ajuste y fragmentación determinan el proceso de SEAC de la población y dejan importantes marcas en su salud mental.

Se abren entonces una serie de interrogantes tales como ¿Es ético que el paciente egrese sin contar con una vivienda ni contención familiar o de referencia para alojarse? ¿Qué alternativas brindar si no existen redes ni dispositivos acordes a las necesidades del sujeto? ¿Es viable que el paciente vuelva compensado a un entorno social donde no contará con acompañamiento para la toma de medicación o bien para el tratamiento psicoterapéutico ambulatorio? ¿Es contradictoria o ilegítima una internación por criterio “social” cuando la ley no permite que la misma sea un recurso habitacional? ¿No es acaso pertinente la internación de SM por situación habitacional o socioeconómica vulnerable considerándose ello como una dimensión del padecimiento mental que requiere de estrategias de externación a mediano/largo plazo?

La mayor encrucijada y tensión entre profesionales – incluyendo los cargos jerárquicos – se origina en que se trata de un hospital de agudos y segundo nivel de atención. Por tanto, una vez compensada la urgencia el paciente debería egresar. En conjunción con ello, se genera la puja de las distintas disciplinas por imponer su comprensión de la problemática de SM de forma sesgada (bio-psico-social) sin lograr consolidar una mirada y abordaje integral. Sin embargo, cabe preguntarse en qué medida la actual coyuntura de fragmentación social posibilita pensar lo integral. En ese sentido, ¿Qué alternativas posibles hay en un contexto de ajuste sin políticas públicas que permitan

implementar la letra de la ley? ¿Cómo se configura la construcción de estrategias de corto/mediano/largo plazo en un contexto de urgencia o dificultad para sostener una internación (por cuestiones o limitaciones institucionales) y sin dispositivos adecuados que generen contención y/o acompañamiento? ¿Permite la internación como estrategia a mediano plazo garantizar ciertos derechos? ¿O más bien se configura como una puerta de inaccessión a otros?

Los alcances del presente artículo no permiten profundizar ni dar respuesta a tales interrogantes, considerando los mismos como desafíos aún pendientes. Sin embargo, resulta necesario interpelarse respecto al abordaje de la SM como un **proceso socialmente determinado**. Esto permite correr la responsabilidad del sujeto, evitando culpabilizarlo o estigmatizarlo, para poder comprender que su padecimiento mental se encuentra determinado por las condiciones de vida propias de las contradicciones del sistema capitalista y las desigualdades que el mismo genera. De esa manera se hace posible identificar las implicancias del contexto macro social – caracterizado por la ausencia de políticas públicas – en el sujeto con padecimiento mental y la necesidad de repensar nuevas alternativas de acción.

Alternativas de egreso

En línea con lo hasta aquí planteado, es posible visualizar que la cuestión de las **alternativas de abordaje para el egreso**, reflejan con claridad la característica *cíclica* de la ruta crítica del sujeto. Una perspectiva integral debería incluir el abordaje con la familia o grupo de contención que el sujeto posea, la articulación con un dispositivo o institución acorde a sus necesidades terapéuticas que a su vez acompañen la resolución de otras necesidades del sujeto y la restitución de sus derechos. La internación podría pensarse como una estrategia de mediano plazo en tanto se logre intervenir sobre tales variables. Ahora bien, la ausencia de redes familiares, territoriales y comunitarias dificultan la posibilidad de arribar a tales estrategias.

En esa línea, un segundo obstáculo se plantea cuando habiendo conciliado la alternativa de internación por la situación socioeconómica y familiar vulnerable del paciente -considerándose ello como un riesgo cierto o inminente para el sujeto- la ausencia de red familiar y la falta de recursos y/o dispositivos operan como impulsores de la estrategia de *judicialización del paciente -6-*.

La misma se configura como una última opción viable para facilitar el acceso a un dispositivo adecuado. La respuesta del **sistema judicial** frente a este tipo de situaciones no sólo es escasa, sino que además es prolongada en el tiempo. El hecho de que los recursos públicos sean escasos y se encuentren desbordados – considerando que muchas instituciones prestadoras de obras sociales o programas de salud propias de beneficios sociales han dejarlo de serlo por falta de pago del sector público– y que no se disponga a nivel estatal de financiamiento para solventar otras privadas, ubica al organismo judicial en una imposibilidad de brindar una solución.

Durante el proceso de rotación se ha observado que todo este recorrido de *no respuestas*, tanto en el ámbito de la salud como en el judicial, tiene **implicancias desfavorecedoras** en el sujeto con padecimiento mental. Mientras que las alternativas se agotan, la internación se prolonga y el sujeto queda *sujeto* a un proceso de institucionalización que lejos está de garantizarle sus derechos y promover su autonomía.

La atención del sujeto con padecimiento mental se convierte así en una **revictimización** del mismo.

Dupret y Unda (2013) definen la revictimización como “la repetición de violencias contra quien

ha sido previamente víctima de alguna agresión, aunque sea por omisión” (p. 103). Asimismo, el concepto también alude a la “implementación de procedimientos de atención inadecuados que trazan una ruta llena de obstáculos (...) y a la falta de coordinación interinstitucional” (p. 102). Se incluye así la ausencia de respuesta, la demora y obstaculización de procesos que faciliten la protección y promoción de derechos del sujeto.

Se podría inferir que, la ausencia de respuestas adecuadas y la dificultad para generar un alojamiento institucional agudizan el padecimiento del sujeto de la misma manera que profundizan su situación problemática a través de la implementación de intervenciones fragmentadas.

Como salvedad, sería interesante – aunque no posible en los alcances de este artículo – ahondar sobre las particularidades del **consumo problemático de sustancias** que, si bien guardan similitudes con otros padecimientos mentales, su abordaje se complejiza aún más debido a los obstáculos que se producen al momento de definir la metodología de abordaje. Existen institucionalmente diversos criterios entre los/as profesionales en tanto comprensión de la problemática y estrategias de intervención posibles. La normativa vigente respecto a las adicciones, incluidas en el campo de la SM proponen un abordaje de reducción de riesgos y daños que propicien la autonomía progresiva del sujeto en su recuperación y propongan alternativas viables al abstencionismo. No obstante, como se refirió hasta aquí, suele operar en términos de estrategia lo posible frente a lo adecuado o necesario para cada situación.

Rol de las organizaciones comunitarias

En ese proceso espiralado que genera la ruta crítica mencionada, la **comunidad** en general y las **organizaciones sociales** en particular, juegan un papel con cada vez mayor visibilidad. Como se analizó previamente, la preocupación por las mismas de dar una respuesta frente al *vacío* del Estado, las ha llevado a conformar distintos dispositivos que intenten abordar de alguna manera las problemáticas sociales de los sujetos atravesados por esta coyuntura, aunque no necesariamente o de forma específica las problemáticas de salud mental.

Tales dispositivos, impulsados en muchas ocasiones por referentes religiosos y/o barriales de zonas particularmente vulnerables, podría decirse que se configuran como *baches*; como respuestas parciales y posibles en un contexto desfavorecedor. Se conforman como paliativos en términos de reivindicación de derechos, considerando que intentan alojar, evitar la marginación del sujeto y favorecer –en algunos casos- el desarrollo de su autonomía, aunque no logran brindar en términos normativos las estrategias adecuadas de atención al padecimiento mental. No contando con profesionales o equipos especializados, indefectiblemente presentan limitaciones para su abordaje integral. No obstante, cabe preguntarse qué sucedería con los pacientes si estos dispositivos – en su mayoría hogares convivenciales – no existiesen.

Ahora bien, considerando las facilidades en términos temporales y burocráticos que proveen estas instituciones para alojar a los pacientes con padecimiento mental y/o consumo problemático de sustancias, sería interesante preguntarse qué esfuerzos y recursos podrían articularse en los distintos niveles estatales para fortalecer el abordaje de tales dispositivos. Es decir, resultaría propicio comenzar a generar **oportunidades** que mejoren la calidad de atención y reconstruyan los recursos disponibles a fin de brindar alternativas más integrales ante las problemáticas de SM de la población.

Aportes del Trabajo Social desde una perspectiva de derechos y salud integral

La intervención del Trabajo Social en el campo de la SM, adquiere características y aportes particulares que a continuación – y retomando los ejes ya analizados – se intentará delimitar. Resulta necesario destacar que, si bien en el marco normativo actual el Trabajo Social se configura como una disciplina que incide en el campo de la SM, en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires no integra formalmente los equipos interdisciplinarios en los Servicios de Urgencia. Generalmente participa desde un lugar anexo mediante la modalidad de interconsulta a demanda y criterio de los/as demás profesionales intervinientes.

Para analizar la especificidad de la disciplina, resulta necesario posicionarse desde un marco teórico, ético y político vinculado a la vertiente crítica de la profesión. Montañó (2014) define a la **crítica** como herramienta de análisis cuyo motor es la indignación (con las formas de desigualdad, dominación, entre otras) que permite generar un horizonte de acción. Esta concepción facilita la comprensión del proceso de SEAC en su determinación social vinculada a las relaciones desiguales de poder producto de las propias contradicciones del sistema capitalista.

Ante ello, surge la pregunta de “qué hacer desde el Trabajo Social ante la política social que, por acción y por omisión, es un instrumento al servicio de la reproducción de intereses de las relaciones dominantes” (Matusevicius, 2014, p.185). En ese sentido, es posible plantear que el Trabajo Social “debe intervenir no solamente en lo relacionado con la subsistencia material de los sujetos, sino que debe incorporar aquellas variables que están relacionadas con las marcas que dejan en los mismos la degradación de la condición humana, y la particularidad que adquieren en la trama microsocioal”. (Madeira, Fernandez Vecchio, Grondona, Ismach y Riqué, 2011: p. 26).

En relación a ello, y en el campo de la SM, cobra relevancia el protagonismo del sujeto y su narrativa respecto a su padecimiento. En términos de Carballeda (2005):

Las problemáticas relacionadas con la socialización y la construcción de identidad; el incremento de las dificultades de accesibilidad; la incertidumbre con respecto a la disponibilidad de insumos (...), la aparición de problemáticas emergentes relacionadas con procesos de exclusión social (...) [se constituyen] en un nuevo escenario que en definitiva constituye nuevas formas de demanda relacionadas con la salud mental entendida como *padecimiento subjetivo* (p.3).

Es posible coincidir con Fernández y Portel (2017) respecto a que el primer encuentro se constituye como “un espacio propicio para alojar un padecimiento que no pudo ser alojado en otro momento o por otras instituciones. Es decir, es una oportunidad para diagnosticar e intervenir de manera pertinente y abrir las puertas del sistema de salud” (p. 4).

Según los autores, el Trabajo Social aporta de forma específica, aunque no excluyente, en la contextualización histórica de la situación del sujeto, el recupero de la dimensión social de su padecimiento y el recorrido institucional, poniendo el foco en la demanda y participación de la familia, e incluyendo una perspectiva de género. También orienta en torno a programas o planes; articula con otros efectores de salud de primer nivel de atención, y contribuye o facilita la referencia territorial.

Visualizar el rol profesional desde un posicionamiento crítico, permite, además, pensar ciertas estrategias de tipo burocráticas (gestión de recursos, documentación, etc.) como parte de una estrategia asistencial integral que facilite la promoción de los derechos y autonomía del sujeto. Asimismo, el rol se encuentra configurado por aquello asumido y atribuido a la profesión, que coincide con las demandas externas (tanto de profesionales como pacientes) de intervenir en lo

social. Como se refirió anteriormente, el desafío del Trabajo Social se ubica en reconocer la integralidad de la salud y facilitar los mecanismos para que ese *otro* –profesional, paciente, institución, familia – pueda identificarlo e intervenir de forma conjunta con criterios en común.

Si bien existen ciertos límites que se asocian a los obstáculos de trabajar de forma multidisciplinaria, donde se entrecruzan distintas miradas y la posibilidad de generar acuerdos es más escasa, el desafío también se ubica en buscar la **interdisciplina** como horizonte de trabajo. La misma, según Stolkiner (1999) supone la necesidad de construir un conocimiento y abordaje común y no sólo propiciar superposición de saberes o esfuerzos. Implica reconocer las limitaciones de cada disciplina y encontrar puntos de encuentro. La autora agrega la importancia de incluir “una gama de saberes que no son disciplinarios” (p. 2); incorporando al sujeto en la mirada interdisciplinaria, considerando el saber de la comunidad como indispensable para la construcción de alternativas. En ese sentido, es posible recuperar las propuestas de Matusevicius (2014) respecto al reconocimiento por parte del Trabajo Social de las formas de organización comunitaria y el fortalecimiento de su autonomía para facilitar la independencia política en función de un proyecto distinto de sociedad. Es decir, la autora remarca la importancia de interactuar como *punte* entre los esfuerzos de las organizaciones sociales, sus saberes y acciones, así como también en las propias capacidades del sujeto, para generar propuestas alternativas y superadoras.

Desde una metodología de reducción de riesgos y daños, en un contexto de fragmentación y crisis, el Trabajo Social -a través de un arduo ejercicio de creatividad- tiene el desafío de ubicarse como facilitador de mecanismos que generen estrategias de acción que medien entre lo ideal, lo posible y lo viable en favor de los derechos del sujeto y una mirada integral de su proceso de SEAC.

Consideraciones finales

La actual coyuntura de fragmentación y ajuste ha tenido graves implicancias en las instituciones y sistemas de protección social del Estado, dejando al sistema de salud en una condición devastadora. Los obstáculos que el mismo presenta para brindar recursos y/o respuestas acordes a las necesidades de los pacientes en general y a la población con problemáticas de salud mental en particular, impiden llevar a cabo una atención integral de su proceso de SEAC así como fortalecer su autonomía y promover sus derechos.

Desandar la ruta crítica del paciente con padecimiento mental, reconocer la *no respuesta* institucional, así como los abordajes fragmentados de las problemáticas que lo atraviesan, ha permitido visualizar la necesidad de generar nuevos mecanismos que eviten la revictimización del sujeto y la agudización de su padecimiento.

El principal desafío se ubica en dar respuesta a los interrogantes respecto a cómo hacer posible la implementación de la ley ante la falta de compromiso por parte del Estado y la escasez de políticas públicas que se adecuen a las características de este nuevo contexto.

Para ello resulta necesario no sólo la conjunción de esfuerzos de los/as distinto/as profesionales sino también la articulación intra e extra institucional, así como el fortalecimiento de organizaciones sociales autónomas para propiciar alternativas superadoras y fortalecer los recursos disponibles. El trabajo en red permite visualizar los actores que participan en el abordaje de las distintas problemáticas sociales, identificando aquellos dispositivos que puedan alojar de forma adecuada el padecimiento mental.

En ese camino, lo/as distintas disciplinas que conforman el campo de la SM se encuentran con la responsabilidad y el desafío de impulsar distintos espacios tales como reuniones de equipo para generalizar criterios, fomentar la permanente capacitación en las diversas temáticas que integran la salud mental, así como propiciar encuentros de articulación y trabajo en red con los distintos actores locales.

Notas

-1- Primer Ministro de Salud de la República Argentina (1946-1954).

-2- Centro de Prevención de Adicciones.

-3- Información recabada en *Objetivos para el nuevo milenio en La Matanza* (2008) Jefatura de Gabinete. Los datos que arroja el estudio develan que en el segundo cordón aproximadamente el 50% de la población posee servicios de agua potable y cloacas y sólo la mitad de las calles se encuentra asfaltada. En tanto en el tercer cordón, la accesibilidad a servicios, centros educativos y de salud disminuye, llegando en algunos lugares a la nulidad. Se ubican allí los mayores índices de pobreza siendo el porcentaje de desocupación de un 14,7 %.

-4- Respecto a la población adolescente, es posible visualizar la ausencia de dispositivos y de políticas públicas sanitarias focalizadas en tal franja etaria considerando sus particularidades y necesidades.

-5- Art. 15. Ley 26.657: “En ningún caso la internación puede ser indicada o prolongada para resolver problemáticas sociales o de vivienda, para lo cual el Estado debe proveer los recursos adecuados a través de los organismos públicos competentes”.

-6- La Ley 26.657 establece la obligatoriedad de informar al juzgado competente la internación voluntaria (48 horas) y la involuntaria (10 horas); así como notificar a los órganos de revisión a los 30/60 días para evaluar la pertinencia de la misma. La judicialización se entiende como el proceso en el cual se solicita al sistema judicial que garantice determinados dispositivos/recursos necesarios para concretar la internación conforme al art. 15 anteriormente referido.

Bibliografía consultada

ALMEIDA, V. et al. (2017). “Aportes del Trabajo Social en una Guardia de Salud Mental”. En *Dispositivos terapéuticos de atención en Salud Mental y Adicciones*. Ponencias. Residencia de Trabajo Social- Servicio Social del Hospital Dr. Alejandro Korn, Melchor Romero.

CARBALLEDA, A. (2008). “Los cuerpos fragmentados: La intervención en lo social en los escenarios de la exclusión y el desencanto”. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

CARBALLEDA, A. (2005). “La intervención en lo social y el padecimiento subjetivo”. En *Revista Margen* N° 35. Buenos Aires. Argentina.

D’ANGELO, A. (2016). “Políticas sociales en Salud Mental y transformaciones del Estado en Argentina (1945-1990)”. En *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*; vol. 62, n° 2. Disponible en http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/60891/Documento_completo_.pdf-PDFA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

DUPRET, M.A. y UNDA, N. (2013). “Revictimización de niños y adolescentes tras denuncia de abuso sexual”. En *Universitas*, XI (19), Julio-Diciembre, p.101-128. Quito: Editorial Abyayala/ Universidad Politécnica Salesiana.

MADERIA, S. y otros. (2011). “El Trabajo Social en los Servicios de Urgencia: Una experiencia en el hospital Piñeiro”. En *Debate Público: Reflexión de Trabajo Social*. Vol 1, Nro. 2. Sección Miradas sobre la Intervención.

MATUSEVICUIS, J. (2014). “Intervención profesional en tiempos de precarización laboral. Contrapoder instituyente y articulación con Movimientos Sociales”. En *Mallardi, M (comp) Procesos de intervención en Trabajo Social: Contribuciones al ejercicio profesional crítico*, pp 173-202. La Plata: Colección Debates en Trabajo Social. ICEP. Colegio de Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires.

MENÉNDEZ, E. L. (1988) Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires.

MONTAÑO, C. (2014). “Teoría y Práctica del trabajo social crítico: desafíos para la superación de la fragmentación positivista y post-moderna”. En *Mallardi, M (comp) Procesos de intervención en Trabajo Social: Contribuciones al ejercicio profesional crítico*, pp 173-202. Colección Debates en Trabajo Social. ICEP: La Plata, Buenos Aires.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (2013). Lineamientos para la atención de la Urgencia en Salud Mental. Buenos Aires.

PANIGHETTI, M. L (2012). “Intervenciones en una Guardia de Salud Mental en un Hospital General de Niños y su relación con la Psicología Evolutiva”. Recuperado de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/053_ninez1/material/descargas/intervenciones_en_una_guardia_de_salud_mental_panighetti_2012.pdf

PORTEL, C. y FERNÁNDEZ, F. (2017). “Trabajando en la urgencia... tomémonos un tiempo”. 1º Congreso Provincial de Salud Mental y Adicciones. Recuperado de <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/congresosaludmentalyadicciones/2017/05/13/trabajando-en-la-urgencia-tomemonos-un-tiempo/>

STOLKINER, A. (1999). “La interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas”. *Revista El Campo Psi*, p. 1. Buenos Aires. Recuperado de <http://www.campopsi.com.ar/> .

TEODORI, C. (2015). “Rutas Críticas de mujeres en situación de violencia familiar. Estudio de casos en la ciudad de Buenos Aires”. En *Revista Int. Investigación. Ciencias Sociales*, vol. 11, nº 2; (pp. 174-194). Buenos Aires.

TROIANI, M. (2011). “Intervención con pacientes sociales. La identidad profesional del Trabajo Social en la Guardia de Urgencias”. En *Revista Digital Psicosocial y Emergencias*. Recuperado de <http://www.psicosocialyemergencias.com/intervencion-con-pacientes-sociales-la-identidad-profesional-del-trabajo-social-en-la-guardia-de-urgencias/>

Instrumentos Legales

Ley Nacional Nº 26.657 (2010). Ley Nacional de Salud Mental.