

# CONFLUENCIAS

*del Trabajo Social*

**CPSSPC SEDE CENTRAL**  
CÓRDOBA Capital  
Jujuy 330 Centro (5000)  
Tel/Fax 0351 - 4226771  
+54 9 351 276 9333  
cpsscordoba@gmail.com

## SUBSEDES

### Punilla

subsedepunilla19@gmail.com

### Calamuchita

subsedecalamuchitacpps@yahoo.com.ar

## El campo de la Salud Pública

**Una mirada especialista en los desafíos de la intervención disciplinar**

[www.cpsscba.org](http://www.cpsscba.org)



### Sede Villa María

Corrientes 471  
Tel. 0353 155105574  
cpssvm@gmail.com

**Subsede Marcos Juárez**  
subsedemsjz@hotmail.com  
**Subsede Bell Ville**  
cpssbv@gmail.com

### Sede Río Cuarto

Belgrano 17 / Piso 2 Of. 5  
Cel. 3584 349680  
Tel. 4643515  
cpssriocuarto@gmail.com

### Sede San Francisco

Moreno 122 - Oficina 4  
Tel. 03564 427100  
cpssfco@hotmail.com

# Créditos

## Comité editor

ALMADA, Laura  
BERTONA, Celeste  
CALDERÓN, Gabriela  
DANIELE, Romina  
FAJRELDINE, Silvina  
FERNÁNDEZ, Jesica  
LUNA, Constanza  
VERA, Valeria

## Diseño de tapas e interior

Fabio Viale // [fabiocomunicadorvisual@gmail.com](mailto:fabiocomunicadorvisual@gmail.com)

---

## Confluencias del Trabajo Social

es una publicación del Colegio de Profesionales en Servicio Social de la Provincia de Córdoba  
Año 2023 - Edición N°78

## Domicilio legal:

Jujuy 330 Barrio Centro - Córdoba Capital - Argentina  
Teléfono/Fax: (0351) 4226771

## Propietario:

Colegio de Profesionales en Servicio Social de la Provincia de Córdoba.

## Domicilio:

Jujuy 330 Barrio Centro - Córdoba Capital - Argentina

---



Esta obra está bajo una licencia internacional [Creative Commons Atribución-CompartirIgual 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/).

## CONSEJO DIRECTIVO

Presidenta: GONZALEZ, Carmen Cecilia. MP 0017.  
Vice Presidente: GOMEZ PUCHETA, Oscar Darío. MP 1674.  
Secretaria: FORCELLINI, Sonia Analía. MP 1446.  
Co-secretaria: GIMENEZ VENEZIA, Nicolás. MP 3546.  
Tesorera: PONCE DE LEON, María Daniela. MP 2625.  
Vocal Titular: RETAMAR, María Fernanda. MP 2890.  
Vocal Suplente: MEOSSE LUJAN, María Lucrecia. MP 3438.  
Vocal Suplente: MULATERO BRUNO, Daniela. MP 2001.  
Vocal Suplente: MANSILLA, Eduardo Mauricio. MP 3812.  
Vocal Suplente: GAITAN, Paula. MP 1615.

## TRIBUNAL DE DISCIPLINA

Titular: MONIER, María Azucena. MP 158  
Titular: LONDERO, Sonia del Valle. MP 1368  
Titular: GUASTAVINO, Silvia Graciela. MP: 694.  
Suplente: CABRERA, Claudia Inés. MP 392.  
Suplente: BERTONA, María Celeste. MP 1464.  
Suplente: ALMADA, Laura Fabiana. MP 666.

## ÓRGANO REVISOR DE CUENTAS

Titular: MACHADO, Andrea Fernanda. MP 1604.  
Titular: REFICE, Natalia. MP 2999  
Titular: AGUILAR, Marlen Evelyn. MP 3431.  
Suplente: LOPEZ, Mariela Celeste. MP 2937.  
Suplente: GONZALEZ RAMOS, Gabriela. MP 1565

# Índice

04	<b>Prólogo</b>
07	<b>Trabajo Social en los procesos de Adherencia(s) al Tratamiento Antirretroviral de jóvenes que nacieron y crecieron con VIH</b> Verónica Ambasch
20	<b>Una institución centenaria en Salud Mental, el Hospital Dr. Emilio Vidal Abal su historia, complejidad y disputas en el proceso de adecuación. Desafíos profesionales desde la coordinación de un Equipo interdisciplinario para la revisión y creación de dispositivos intermedios</b> Silvia Carolina Picca
32	<b>La singularidad como horizonte: intervenciones posibles del trabajo social en el campo de la salud mental</b> Jessica R. Fernández
42	<b>Diabetes y trabajo social Motivar y empoderar en un contexto de enfermedad</b> Analía Doffo
55	<b>Consumos y Fantasmas del Ocaso Austral Sobre situaciones de consumos problemáticos de sustancias con internaciones prolongadas o reiteradas, en El Calafate</b> Andrea Soledad Rossi

## Prólogo

Quienes intervenimos cotidianamente en equipos interdisciplinarios, sabemos que la disputa por legitimar nuestra intervención como Trabajadorxs Sociales es profundamente compleja y muchas veces desigual; especialmente, en aquellos espacios socio ocupacionales en los cuales nos encontramos con profesiones que –por sus trayectorias y representaciones sociales- portan un conocimiento que implica un capital simbólico legitimado.

Desde la construcción de lo que Foucault (1979) denomina *régimen de verdad* determinamos que haya discursos, prioridades, procedimientos y técnicas producidos por estas profesiones que son reconocidos como *verdaderos* en detrimento de otros, ya que la producción de verdad siempre se produce desde estructuras de poder.

Ante ello, un posicionamiento más simétrico del Trabajo Social en relación con otras profesiones, se encuentra vinculado a aquellas estrategias que –de manera individual y colectiva- desarrollamos en defensa de nuestra especificidad y espacio profesional, ante la posibilidad de poner en juego capitales que permitan definir como hegemónica una interpretación sobre las necesidades de poblaciones y sujetos con quienes trabajamos, que incorpore el análisis y propuestas de Trabajo Social, constituyéndonos en interlocutorxs reconocidos que podemos dar respuestas calificadas a las demandas que se nos presentan.

En este sentido, recuperamos las reflexiones de Cazzaniga (2002, 34) cuando expresa que “la capacidad de argumentar, la rigurosidad teórica, la intervención responsable, posiciona de otra manera y otorga condiciones para el ejercicio de poder, en este caso poder decir, poder hacer, poder construir”.

Desde el Colegio de Profesionales de Servicio Social de la Provincia de Córdoba, entendemos que el certificado y la matrícula de especialista, son una herramienta eficaz que contribuye –junto a otras- a jerarquizar nuestra profesión, a acumular un capital simbólico que permite ser reconocido

por pares y por otros, con una competencia que da autoridad para hablar, intervenir, planificar, evaluar legítimamente. A partir de esta premisa, es que trabajamos para fortalecer esta línea de jerarquización del Trabajo Social, siendo pionerxs a nivel nacional en materia de otorgar matrículas de especialistas en nuestra profesión, contando actualmente con cinco especialidades (socio-jurídico-criminológico, discapacidad, niñez-adolescencia-juventud, educación y salud) y habiendo otorgado 98 matrículas de Especialista, desde el 2000, año en que se inició esta acreditación.

Somos conscientes del valor que significa en nuestras intervenciones, en nuestras prácticas, la intervención especialista. La acreditación que implica, una mirada crítica desde los Derechos Humanos, en tiempos donde la complejidad de la cuestión social, intenta ser explicada por miradas reduccionistas, buscando prescindir inclusive, de los aportes teórico-académicos profundamente enriquecedores que aportan las Ciencias Sociales.

Es en estos contextos, urge organizar las ideas, que surjan nuevamente aquellos pensares comprometidos y orgánicos a una acción que se evalúa, se muestra reflexiva, y cuyo impacto se traduce en una determinada forma de intervención.

En esta oportunidad, también nos animamos al desafío de compartir, de poner en lo público y de manera accesible a nuestro colectivo profesional, trabajos realizados por colegas en el marco de la evaluación que transitaron para acceder o renovar su matrícula de Especialista en Salud, durante el año 2022.

Entendemos junto a Marcón (2002), que la escritura sobre nuestras prácticas profesionales también es un modo de intervención, aunque muchas veces se presente como una dimensión instrumental. La intervención escritural, es un claro ejercicio de poder que nos permite nombrar, argumentar y visibilizar cuestiones de nuestra práctica profesional, nos permite analizar y

socializar saberes que se generan en intervenciones cotidianas, es una oportunidad de distinguir a nivel analítico lo que en la tarea diaria se presenta como un todo inseparable y muchas veces imperceptible. En este sentido, la intervención escritural también contribuye a fortalecer espacios de autonomía profesional, a legitimar un hacer y un conocer propio del Trabajo Social y, por lo tanto, una autoridad para abordar, resolver y argumentar sobre ciertos asuntos... y por ello, la contribución de especialistas a este número de la **Revista “Confluencias del Trabajo Social”**.

Cinco escritos, de autoría de profesionales que desarrollan la disciplina especialista en áreas públicas. Cinco escritos que realizan un considerable aporte a las formas en las que, la política pública en la salud, llega a las personas que demandan su intervención, en tanto que ese proceso reflexivo, vuelve a los colectivos con quienes trabajamos, no como un determinado producto acabado, sino como una práctica que se recrea, y en su proceso va construyendo nuevos horizontes de actuación profesional.

La Lic. Verónica Ambach, en su trabajo *“Aportes desde el Trabajo Social en los procesos de Adherencia(s) al Tratamiento Antirretroviral de jóvenes que nacieron y crecieron con VIH”*, reconstruye particularidades del abordaje de Trabajo Social con jóvenes y adultos jóvenes que nacieron y crecieron con VIH, que se encuentran en seguimiento en el Hospital Rawson de Córdoba. Recupera, a la luz de categorías teóricas, aspectos socio-familiares relevantes en las trayectorias de vida de estos jóvenes, y el impacto que han tenido en sus procesos de adherencia al tratamiento antirretroviral.

La Lic. Carolina Picca sistematiza su experiencia profesional desde Abril 2021 a Agosto 2022, período en el que asumió el desafío de desempeñar la función de coordinación de un equipo interdisciplinario, revisar proyectos de asistencias de dispositivos intermedios y de creación de otros nuevos, en el marco del proceso de adecuación de un hospital monovalente en Salud Mental del interior de la provincia de Córdoba. Estas reflexiones las comparte en el trabajo *“Desafíos*

*profesionales desde la coordinación de un Equipo interdisciplinario para la revisión y creación de dispositivos intermedios”*.

La Lic. Jéssica Fernández, en la sistematización *“La singularidad como horizonte: desde la internación monovalente a la casa de medio camino. Las intervenciones posibles del trabajo social en el campo de la salud mental”*, se propone visibilizar intervenciones del Trabajo Social en un Hospital Monovalente y una Casa de Medio Camino de Mujeres, de la Ciudad de Córdoba, definiendo una práctica profesional singular en el campo de la salud y en relación con otras profesiones con las que se constituyen equipos de trabajo.

La Lic. Analía Doffo, en su trabajo *“Diabetes y Trabajo Social. Motivar y empoderar en un contexto de enfermedad”* reflexiona sobre conceptos vinculados a la diabetes y su tratamiento, aportando la mirada del Trabajo Social sobre los sujetos que han sido diagnosticados. Además, recupera a la entrevista como una herramienta técnica principal y privilegiada de la práctica profesional del Trabajo Social, e identifica elementos protectores y de riesgo vinculados a la adherencia a tratamientos, desde su experiencia en el Hospital “San Antonio” de la localidad de La Carlota.

Por último, la Lic. Andrea Rossi, comparte su escrito *“Consumos y fantasmas del ocaso austral. Sobre situaciones de consumos problemáticos de sustancias con internaciones prolongadas o reiteradas, en El Calafate”* en el que sintetiza una experiencia en relación con el acceso a la salud y el abordaje del Trabajo Social, en situaciones atravesadas por consumos problemáticos de sustancias, que contaron con internaciones prolongadas o reiteradas en El Calafate, Santa Cruz, reconociendo la relevancia de la construcción de dispositivos comunitarios. A partir de la construcción de algunos interrogantes, analiza al consumo problemático de sustancias como un problema de salud pública que afecta esferas de la vida público-privada, considerando el proceso salud-padecimiento-atención- cuidado, en la línea de la actual Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones.

Esperamos que disfruten de la lectura de los artículos publicados, que sean de su interés y una valiosa contribución a fortalecer intervenciones de nuestro colectivo profesional.

*Comisión de Especialidades 2023 – CPSSPC*

Celeste Bertona, Constanza Luna, Gabriela Calderón, Jéssica Fernández, Laura Almada, Romina Daniele, Silvina Fajreldines y Valeria Vera

## **Bibliografía**

Cazzaniga, S. (2002). “Trabajo Social e interdisciplina: la cuestión de los equipos de salud”. *Periódico de Trabajo Social y Ciencias Sociales Margen*. Edición electrónica N° 27. Disponible en [www.margen.org/suscri/margenz7/jorna.html](http://www.margen.org/suscri/margenz7/jorna.html) (consultado el 26/08/23).

Foucault, M. (1979). *Microfísica del poder*. Segunda edición. Título original: *Microphysique du pouvoir*. Traducción de Varela y Álvarez Uria. Madrid: Las Ediciones de la Piqueta.

Marcón, O. (2002). *El informe como producción escrita*, panel organizado por la Delegación Reconquista del Colegio de Profesionales de Trabajo Social de la Provincia de Santa Fe.

# Aportes desde el Trabajo Social en los procesos de Adherencia(s) al Tratamiento Antirretroviral de jóvenes que nacieron y crecieron con VIH

Verónica Ambasch



## Introducción

A través del presente trabajo intento reconstruir los aportes desde el Trabajo Social en los procesos de Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de jóvenes y adultxs jóvenes que nacieron (y crecieron) con VIH.

La temática que abordo en la presente producción, resignifica una de las experiencias de abordaje profesional más significativas a lo largo de mi recorrido desde el Trabajo Social en el campo de la salud pública, situada en el Hospital Rawson de la Ciudad de Córdoba; tanto por la especificidad de lxs sujetxs involucradxs, como por la complejidad de la problemática socio sanitaria, lo cual me convocó profundamente invitándome a reflexionar y a pensar estrategias de intervención diferentes y específicas.

La problemática de jóvenes y adultxs jóvenes que nacieron y crecieron viviendo con VIH se constituye en una temática inédita, escasamente abordada en el universo de los estudios y producciones en torno al VIH/Sida, ya que los pocos trabajos elaborados con eje en las personas que adquirieron el VIH por transmisión vertical, hacen referencia a niñez y escuetamente a adolescencia, resultando sumamente dificultoso encontrar trabajos con referencia a la juventud y adultez de personas que nacieron con VIH. Tampoco ha sido una temática desarrollada desde la disciplina de Trabajo Social.

Mi inquietud, motivo de la presente producción, se ubica en esta población HOY, quienes nacieron con VIH en la década del 90 y principios del 2000: una población invisibilizada desde el punto de vista

## Resumen

El presente artículo recupera algunos de los aportes desarrollados en la producción teórica con la que accedí a la matrícula de Especialista en Salud, durante el año 2022. En este texto reconstruyo las particularidades del abordaje del Trabajo Social con jóvenes y adultxs jóvenes que nacieron y crecieron con VIH, quienes se encuentran actualmente en seguimiento en el Hospital Rawson de Córdoba.

En este trabajo, se recupera la experiencia profesional de los últimos 15 años en la temática mencionada, a la luz de las categorías teóricas implicadas, logrando en el desarrollo del mismo, dar cuenta de aquellos aspectos socio-familiares más relevantes, en las trayectorias de vida de estxs jóvenes, y el impacto que han tenido en sus procesos de adherencia al tratamiento antirretroviral.

**Palabras clave:** VIH/SIDA, Trayectoria, Abordaje desde la Singularidad, Adherencias, Adultxs/Jóvenes

de las implicancias que conlleva el vivir con VIH y recibir tratamientos, desde siempre.

Uno de los principales desafíos en el abordaje de esta problemática desde el Trabajo Social, lo constituye la posibilidad de conocer y profundizar en las historias de vida, las trayectorias en el proceso salud-enfermedad-atención-cuidados (S-E-A-C) de cada unx de estxs jóvenxs, contribuyendo, a partir de este conocimiento profundo, a la construcción conjunta de las estrategias de intervención necesarias para el acompañamiento en los procesos de adherencia al tratamiento y a la apropiación de esta enfermedad crónica y sus características.

A los fines de intentar una reconstrucción de la intervención de Trabajo Social en esta problemática, a la luz de los aportes teóricos elegidos a tal fin, tomo algunos aspectos identificados como de mayor relevancia en cuanto a su impacto en la adherencia al tratamiento y la vivencia de la enfermedad de estxs jóvenxs y adultxs jóvenxs, para poder en ese marco, resignificar las características del quehacer profesional de Trabajo Social.

Hay una deuda desde la salud pública, hacia esta población y problemática: visibilizar y estudiar su complejidad (motivación fundamental del presente trabajo) es el primer paso para empezar a saldarla.

### **¿Quiénes son estxs sujetxs?**

Lxs sujetxs a quienes hago referencia en el presente trabajo comparten la particularidad de haber nacido y crecido con el VIH y precisamente por esta condición, sus trayectorias, sus vidas, están atravesadas por una enfermedad -hoy en día crónica-, por tratamientos farmacológicos ineludibles y por rutinas y prácticas de cuidado cotidianas que hacen a la condición de vivir con VIH desde siempre para ellxs.

Siguiendo a Mabel Grimberg (2003) defino al VIH/Sida como una:

*Construcción social e histórica compleja, de múltiples dimensiones (biológica, económico-política, cultural, etc.) que configura y se configura en un campo de disputa de variables, correlaciones de fuerza entre diversos actores (...) En este marco el VIH/Sida es un complejo variable de padecimientos, es un acontecimiento y un proceso a la vez individual y colectivo, cuya conformación y sentido deben contextualizarse en los modos, las condiciones y las trayectorias de vida de los sujetos y las historias regionales (p. 81).*

En estxs sujetxs, la vivencia del VIH como enfermedad crónica, adquiere particularidades necesarias de identificar, recuperar y abordar desde la disciplina de Trabajo Social.

La presente revisión incluye un total de 28 jóvenxs que fueron derivadxs (o auto derivadxs) desde hospitales de atención pediátrica, y que estuvieron en seguimiento con Trabajo Social desde su ingreso al Hospital Rawson; todxs nacidxs entre los años 1990 y 2002.

### **Reconstruyendo algunos aspectos significativos en las trayectorias sociales y familiares de estxs jóvenxs y adultxs jóvenxs**

Lxs 28 sujetxs a quienes aludo en el presente trabajo, fueron en su mayoría mujeres, con una edad promedio de 24 años, y un rango etario de 20 y 32 años. En el 71% de los casos fueron derivadxs al Hospital Rawson entre los 14 y los 17 años.

De estxs 28 jóvenxs, fallecieron 6, con una edad promedio de fallecimiento de 20,8 años y un rango etario de 18 a 26 años.

En cuanto a la situación educativa de lxs jóvenxs y adultxs jóvenxs, sólo el 32% del total, logró finalizar la Educación Secundaria, el 36% de los casos no concluyó este nivel educativo y el 25% de estxs



jóvenxs, completó la educación primaria y no continuaron más allá de este nivel.

En relación con la situación laboral prevaleciente en las trayectorias de estxs jóvenxs, la desocupación fue la categoría destacada, integrando la misma el 53% de los 28 casos analizados, seguida por la ocupación informal (39%). Tan sólo (1) un joven logró acceder a una ocupación formal.

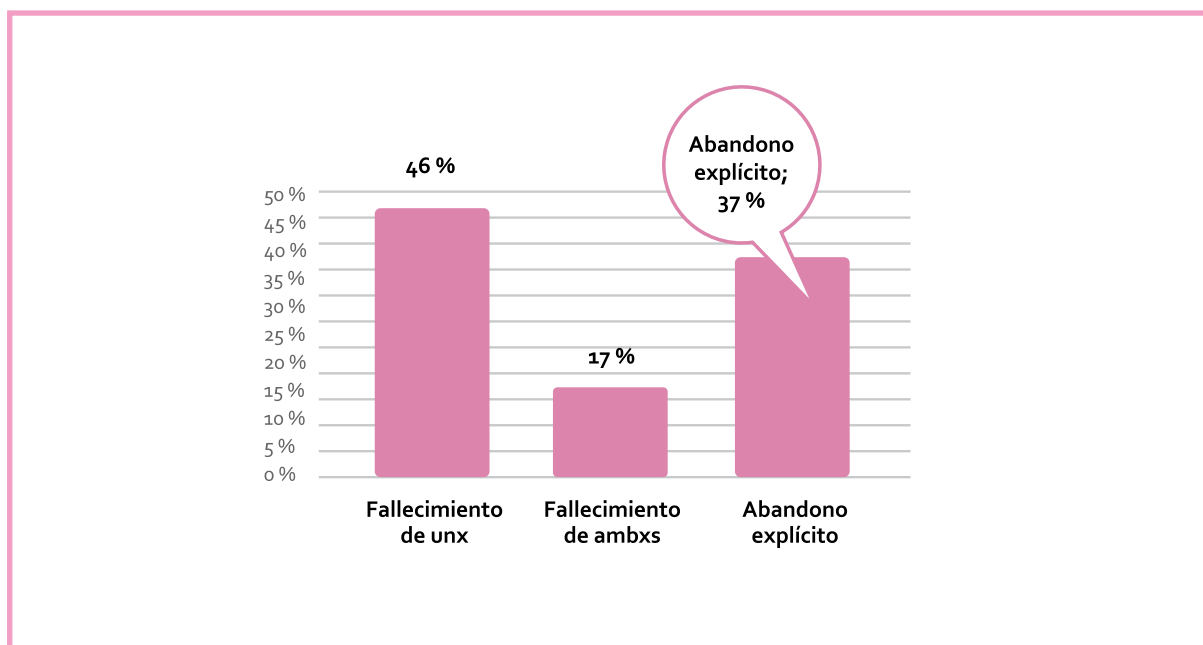
Otro dato significativo que permitió una aproximación a la situación socio-económica de estxs jóvenxs, lo constituyó el Acceso a Derechos Socio-Sanitarios como la Pensión No Contributiva (por su patología crónica) y el Programa de Refuerzo Alimentario para personas viviendo con VIH en tratamiento. En este sentido, el 68% de jóvenxs contaba con la pensión no contributiva, destacándose que en el 70% de los casos que accedieron a este derecho, el mismo fue propiciado y acompañado desde la intervención social en el Hospital Rawson.

En cuanto al Programa de Refuerzo Alimentario, el 68% de lxs jóvenxs accedieron a este derecho, destacándose que en el 100% de los casos, la gestión correspondiente se realizó en el marco de la intervención de Trabajo Social en el Hospital Rawson.

Otro de los aspectos relevantes que aportaron a pensar los diferentes impactos en los procesos de adherencias de estxs jóvenxs, lo constituyeron algunos indicadores vinculados a lo socio-familiar y el eje del acompañamiento, apoyo y contención, a lo largo de sus trayectorias en el proceso S-E-A-C.

Al respecto resultó relevante que el 86% de lxs 28 jóvenxs, vivenció la pérdida de progenitorxs a lo largo de sus trayectorias, distribuyéndose estas pérdidas, según se detalla en el Gráfico Nro. 1

**Gráfico 1:**  
**Motivos de pérdida de progenitorxs N=24**

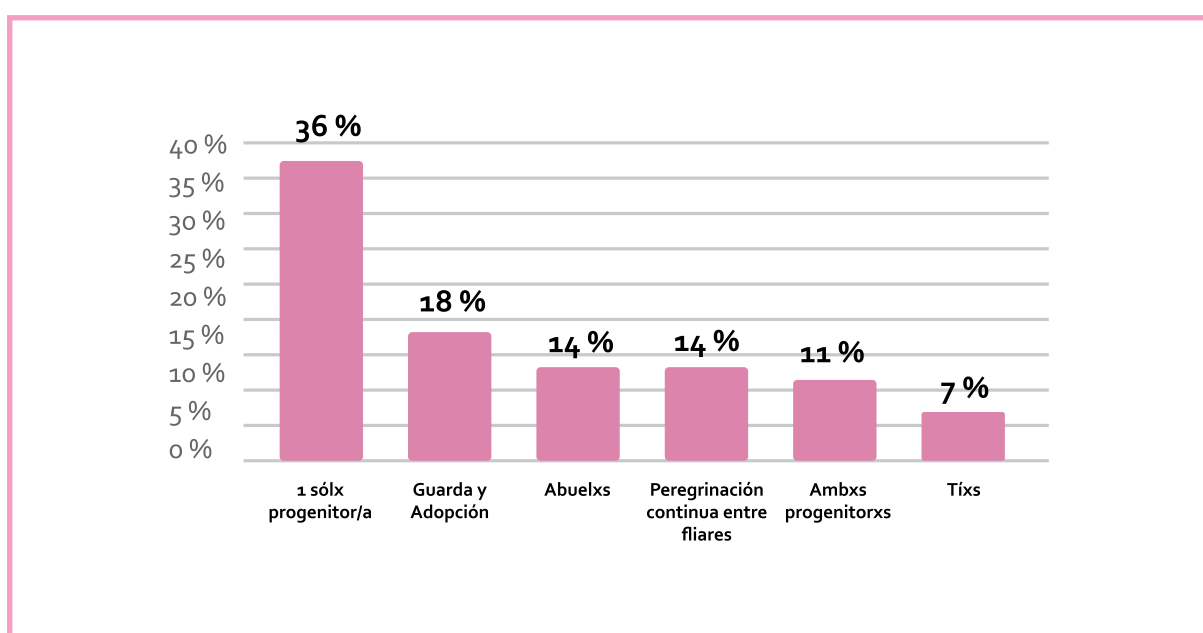


Fuente: Elaboración propia

En el 46% de los casos, falleció unx de lxs progenitorxs, en el 17% ambos progenitorxs fallecieron. A estos acontecimientos significativos, incorporé otro dato que impacta: en el 37% de los casos, la pérdida de progenitorxs sucedió a partir del **abandono** explícito por parte del/la progenitor/a hacia estxs jóvenxs en diferentes momentos de sus trayectorias (bebés, niñxs y/o adolescentes).

Frente a estas pérdidas, por fallecimientos y/o abandonos, lxs jóvenxs cuyas trayectorias analizamos, quedaron en diversas situaciones de acompañamiento y cuidados, reflejadas en el siguiente gráfico:

**Gráfico 2:**  
**¿Quién se hace cargo de ellxs? N=28**



Fuente: Elaboración propia

En el 36% de los casos quedó unx solx de sus progenitorxs a cargo de los cuidados; el 18% de estxs jóvenxs fue contenidx a partir de guarda y adopción; Un 14% quedó en situación que definí como “peregrinación continua” entre diferentes familiares (cambiando de hábitat, de cuidadorxs, de espacios y afectando de esta manera su centro de vida); otro 14% quedó al cuidado de abuelxs.

Un dato muy significativo a señalar acá, es que de 15 jóvenxs que quedaron a cargo de otrxs familiares, sólo en 4 casos hubo un reconocimiento legal del vínculo: dos adopciones, un reconocimiento legal por parte del padre de un joven a sus 17 años y una

tutela legal. Las dos últimas situaciones fueron propiciadas y acompañadas desde la intervención social en el Hospital Rawson.

Adaszko (2012) en el marco de un estudio antropológico con adolescentes que nacieron con VIH, posibilitó un aporte interesante en torno a las implicancias de las figuras parentales para ellxs, articulándose así “sentimientos de afecto, nostalgia, reconocimiento por el cuidado, culpabilización, y rechazo” (p. 22) Además, en esta conjunción, aparecen explícita o implícitamente las voces de lxs cuidadorxs y “los juicios morales sobre el desempeño y la responsabilidad de los

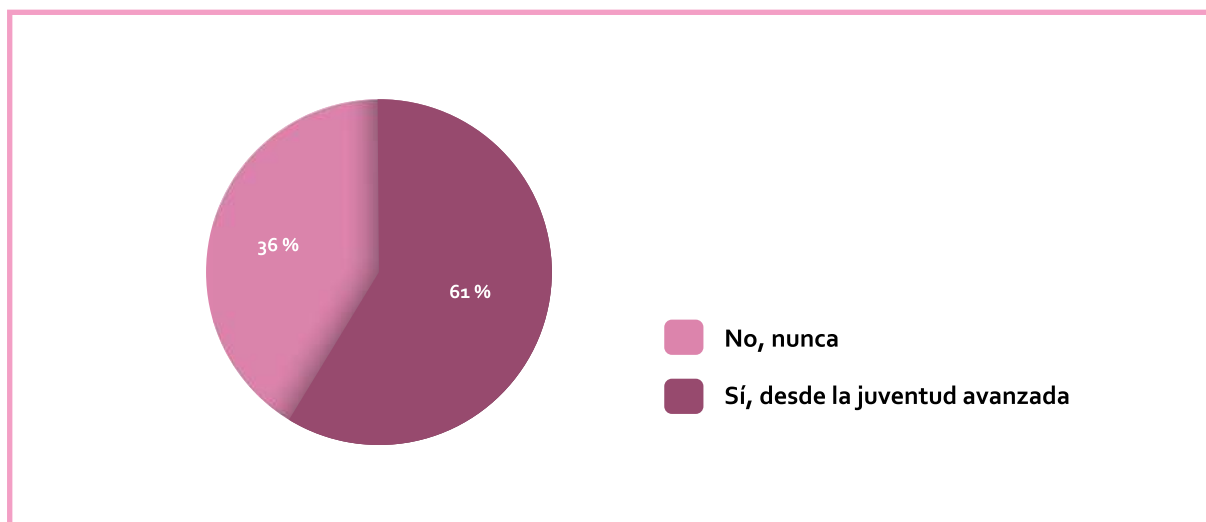
padres biológicos en la transmisión del virus y en la crianza” (p. 22).

En esta línea de pensamiento y reflexión, encontré algunas pistas que permitieron explicar lo sucedido con estxs jóvenes, en torno al apoyo y contención recibido (o no) de parte de familiares u otrxs, a lo largo de sus trayectorias. De lxs 28 jóvenes que formaron parte de la revisión, en el 47% de los casos, **No contaron** con dicho apoyo, mientras que en el 21% este apoyo se obtuvo recién a partir de los 22/23 años, y vinculado al surgimiento de una pareja. Sólo en 9 de los 28 casos analizados, se identificó la presencia de apoyo y contención a lo largo de sus trayectorias de vida.

Este hallazgo impactó aún más cuando se incorporó a la lectura, la vivencia de situaciones de discriminación al interior de las familias y/o ámbitos de convivencia de estxs jóvenes: en el 46% de los casos, apareció la discriminación atravesando sus trayectorias.

Otro aspecto relevante en las lecturas desarrolladas, lo constituyó el hecho para estxs jóvenes, de haber compartido o no su diagnóstico de VIH, fuera del entorno familiar. Al respecto, según se expone en el Gráfico Nro. 3, resultó significativo que el 61% de estxs jóvenes y adultxs jóvenes, **no compartieron su diagnóstico** fuera de su familia cercana, en ningún momento de sus trayectorias y el 39% que sí compartió su diagnóstico con otrxs no familiares, lo hizo recién en edades más avanzadas de su juventud.

**Gráfico 3:**  
**¿Compartió el diagnóstico fuera de su familia? N=28**



Fuente: Elaboración propia

En consonancia con estos datos, Adaszko (2006) en el marco de su estudio sobre adolescentes que nacieron con VIH, en torno al aspecto del compartir su diagnóstico, expresó que:

*el mayor temor se relaciona con la “muerte civil” que consiste en la posibilidad de quedar excluidos de su grupo social, lo cual*

*evitan mediante la estrategia de silencio que vienen aprendiendo desde pequeños y que padecieron ellos mismos (p. 327).*

En la misma línea y reforzando lo anterior, Sanchez Kulik et al (2017) describieron este proceso de ocultamiento:

*Se trata de familias que como estrategia se han vuelto expertas en ocultar y manejar el secreto de su condición de convivientes con el VIH. Esta actitud se transfiere al joven quien muchas veces no se anima a preguntar para no generar angustia en su medio familiar (p.105).*

Y de esta manera lxs jóvenes llegan a la adultez con un fuerte atravesamiento de ese “pacto de silencio” a lo largo de sus trayectorias, generando un impacto desfavorable en sus vidas cotidianas. Margulies et al (2006) define a la posibilidad de expresar o guardar silencio, contar u ocultar, como:

*una permanente disyuntiva. Disyuntiva que adquiere suma relevancia dadas las especificaciones de los tratamientos ARV que no sólo interfieren en la vida cotidiana, sino que, a menudo, la estructuran e inciden en las relaciones sociales en todo su espectro” (p. 293)<sup>1</sup>.*

**Probablemente, este constituye uno de los ejes centrales en la definición de los obstáculos para las adherencias de estxs jóvenes, ya que de la misma manera que no conocieron una vida sin enfermedad ni tratamientos, tampoco conocieron una vida sin secreto y ocultamiento de esta enfermedad.**

A aquellos aspectos ya señalados en este apartado como significativos en las trayectorias sociales y familiares por su impacto en las vidas de estxs jóvenes, agrego dos cuestiones específicas, detectadas claramente en el paso del hospital pediátrico al hospital de adultxs:

La primera se vincula con la dificultad que presentan estxs jóvenes para poder dar cuenta, caracterizar, explicar su diagnóstico, enfermedad, tratamiento y como consecuencia no se sienten (ni están) preparadxs aún para esa autonomía aparentemente lograda antes de la derivación al hospital de adultxs.

En un trabajo referido a los factores relacionados con la adhesión al tratamiento en niños y

adolescentes con VIH/Sida en Cuba, lxs autorxs señalan que sus resultados mostraron que:

*Con el aumento de la edad, aumentan las dificultades para lograr la adhesión, lo que coincide con los reportes de otros estudios (...) en los que se asignaban responsabilidades en sus tratamientos a los adolescentes, responsabilidades que ellos no podían manejar exitosamente. (Castro et al, 2015, p. 6).*

Algunas de las condiciones que debieran darse para propiciar la transferencia de adolescentes del hospital pediátrico al hospital de adultxs, fueron descritas por diferentes autorxs entre quienes destaco a Arazi Caillaud et al (2019):

*Lo más importante es que el adolescente logre pedir y mantener las citas, aprender qué síntomas requieren atención urgente, desarrollar habilidades para mejorar la adherencia al tratamiento y lograr comprender su patología... (p. 35)*

En mi experiencia con lxs adolescentes y jóvenes derivadxs al Hospital Rawson entre los 14 y 17 años, aún no han adquirido las habilidades y capacidades antes mencionadas; el acompañamiento profesional a esta población durante más de 15 años, me ha demostrado que el proceso de comprensión y apropiación del VIH/Sida como enfermedad crónica con sus implicancias biológicas, socio-históricas y culturales para estxs jóvenes que nacieron con VIH, no sólo es un camino largo y sinuoso, sino que además, la posibilidad de lograr esa apropiación se constituye en un aspecto central como facilitador en los procesos de adherencias al tratamiento antirretroviral.

Como expresa Ariel Adaszko (2012):

*Reconocerse en la enfermedad conduce a anclarla en la propia historia, vincular el presente con un pasado que se vuelve a revisar a través de un trabajo biográfico (...) Un proceso reconstitutivo que intenta objetivar y dar sentido al sufrimiento, darle un nombre,*

<sup>1</sup> Con la expresión Tratamiento ARV las autoras hacen referencia al Tratamiento Antirretroviral, indicado en la Infección por VIH y/o enfermedad SIDA.

*un origen y un lugar tanto en el cuerpo como en la historia personal y social del afectado (p. 24).*

La segunda dificultad identificada en el contexto de la transferencia de estxs jóvenes al hospital de adultxs, se vincula a la actitud que asumen sus cuidadorxs apenas producida la derivación: lxs mismxs adultxs cuidadorxs, que acompañaron todo el proceso de S-E-A-C de lxs niños durante su asistencia en el hospital pediátrico (asumiendo las responsabilidades que se les asignaban como cuidadorxs) cuando llegan al hospital de adultxs, se produce un claro y expreso “corrimiento” de la función de cuidado y acompañamiento que sostuvieron durante todos esos años. Ahora bien, estxs adolescentes y jóvenes no han adquirido aún las habilidades necesarias para asumir autónomamente el proceso de S-E-A-C en el hospital de adultxs, por lo que frente al corrimiento de lxs adultxs responsables, se da (aunque no de manera explícita) una especie de traslado de la función de acompañamiento y contención de estxs adolescentes, desde sus cuidadorxs hacia el equipo de salud, repercutiendo esto significativamente en el vínculo que se genera entre estxs adolescentes y lxs profesionales del equipo de salud de adultxs.

## **Los procesos de Adherencia(s) en jóvenes que nacieron y crecieron con VIH**

Parto de considerar la Adherencia como un proceso dinámico, integral, complejo y atravesado por múltiples aristas que superan ampliamente la perspectiva bio-médica, a partir de la cual, se construyen tipologías que “clasifican a los pacientes en adherentes o potencialmente adherentes y en pacientes no adherentes” (Margulies, 2010, p. 65) Dicha clasificación se basa en la coincidencia (o no) de las acciones de las personas en tratamiento, con las prescripciones e indicaciones brindadas por el/la profesional: a mayor cumplimiento, mejor adherencia.

Desde una mirada integral, es fundamental reconocer la confluencia de procesos particulares

e íntimos de vivir con el VIH (los padecimientos propios de la enfermedad y el tratamiento) y procesos sociales más macro (vinculados a los servicios de salud, la accesibilidad, la estigmatización, las dificultades socio económicas, entre otras).

Desde esta perspectiva, la adherencia:

*“deja de ser considerada una actitud o una conducta para ser pensada como parte del proceso de gestión de la enfermedad que sobrepasa el mundo bio médico extendiéndose a todas las esferas del mundo cotidiano por un período indeterminado” (Margulies et al, 2006, p. 290).*

Siguiendo a estas autoras, con quienes acuerdo en mi posicionamiento, “los tratamientos pueden asumir diversas modalidades, desde el cumplimiento sostenido, el cumplimiento intermitente a los abandonos sucesivos...” (Margulies, 2010, p. 67). Ellas vinculan estas modalidades, fundamentalmente al trabajo subjetivo que cada sujetx puede realizar a partir de las condicionantes sociales del VIH/Sida, la experiencia de la enfermedad, la vivencia en torno al tratamiento, el inter juego entre las demandas familiares, laborales, económicas y las significaciones vinculadas al vivir con VIH, y no como resultantes de tipologías o de comportamientos.

Desde esta concepción, así caracterizada la Adherencia y pensándola fundamentalmente vinculada a lxs sujetos de la presente revisión, prefiero aludir a la idea de “Adherencias” atendiendo a la complejidad y múltiples atravesamientos que el concepto integra.

Los procesos de adherencias al tratamiento antirretroviral de estxs jóvenes y su abordaje, se constituyen en desafíos fundamentales en la elaboración de estrategias de intervención desde el Trabajo Social en esta problemática.

## **Recuperando los aportes de Trabajo Social en los procesos de Adherencias al tratamiento antirretroviral de jóvenes y adultxs jóvenes que nacieron con VIH**

Parto de considerar al Trabajo Social como una “mediación activa” (Aquín, 2013, p. 69) entre sujetxs que presentan obstáculos en los procesos de reproducción cotidiana y los servicios de salud, en el caso que abordo en este trabajo. El proceso en el que esa mediación se realiza, es la intervención.

Esta intervención de Trabajo Social comprende, siguiendo a Nora Aquín (2013) una práctica distributiva, de valores de uso entre individuos, grupos, familias y una práctica cultural, a través de las cuales Trabajo Social “aborda una constelación de símbolos” (p. 73).

El proceso de reflexión que vengo realizando en torno a las características del abordaje social prevaleciente con estxs jóvenes me lleva a identificar el abordaje desde la singularidad como construcción teórico-metodológica clave implementada en la problemática analizada.

Con eje en los planteos de Susana Cazzaniga (1997) considero el abordaje desde la singularidad, como el más adecuado en la problemática que nos ocupa.

Siguiendo a Cazzaniga (1997) destaco la pertinencia de la siguiente consideración:

*La definición de abordar una situación desde una perspectiva más individualizada surge de la construcción del campo problemático como momento de comprensión, donde cobra relevancia el análisis de la demanda en relación con los sujetos, la forma en que los mismos perciben sus necesidades y el modo en que plantean su propia supervivencia (...) Se trata de una decisión de la intervención profesional y no de una respuesta de acuerdo a cómo demanda la población que llega a la Institución (demanda individual) (p. 3).*

Ya contextualizada la problemática, explicitado el concepto de Trabajo Social al cual adhiero y caracterizadxs lxs sujetxs involucradxs, en los párrafos que siguen defino el objeto de intervención abordado, así como las estrategias de intervención implementadas en el proceso profesional desarrollado.

El objeto de intervención se ubica en los siguientes obstáculos vinculados tanto a la dimensión material (o valores de uso) como a la dimensión cultural:

- » Las dificultades en cuanto a la comprensión y apropiación del diagnóstico, patología, tratamientos, por parte de lxs jóvenes.
- » Las dificultades en el acceso a recursos materiales que aporten a la subsistencia, en el marco de la reproducción cotidiana de estxs jóvenes.
- » Las limitaciones en el ejercicio de la autonomía en el proceso S-E-A-C sobre todo en los primeros años en el Hospital de Adultxs.
- » La falta de acompañamiento, apoyo y contención por parte de familiares y/o redes sociales en el proceso de S-E-A-C de lxs jóvenes.
- » Las dificultades de estxs jóvenes para poder compartir el diagnóstico con otrxs, aún con la decisión de querer hacerlo.
- » Las dificultades de lxs jóvenes para el sostenimiento y continuidad en el sistema educativo formal.
- » Vivencias de discriminación vinculadas al diagnóstico de VIH por parte de estxs jóvenes, al interior de sus familias o grupos de convivencia.
- » Limitaciones por parte de estxs jóvenes (sobre todo en los primeros años en el Hospital de Adultxs) para posibilitar el abordaje de la sexualidad y los derechos sexuales.

Estos obstáculos, definidos en el marco de la elaboración del objeto de intervención, impactan desfavorablemente en los procesos de adherencias al tratamiento antirretroviral de lxs jóvenes en seguimiento.

En lo que sigue, reconstruyo los procedimientos y técnicas puestos en juego en la intervención de Trabajo Social, es decir, las modalidades de acción y los instrumentos operativos que formaron parte de las estrategias de intervención desarrolladas, las cuales refieren a:

*un conjunto teórico-metodológico que opera como una matriz orientadora de la actuación profesional así como de su análisis (...) Operan como un conjunto de prácticas profesionales – y por lo tanto conscientemente dirigidas – a resolver situaciones problemáticas de los agentes sociales en la reproducción de su existencia (González, 2001, p. 8).*

En este proceso resulta fundamental la participación de lxs propixs sujetxs que presentan obstáculos en la reproducción de sus vidas cotidianas; esto supone, según expone Nucci (S/F, p. 5) “trabajar junto a los otros para comprender sus situaciones de vida, sus necesidades, sus puntos de vista y para construir explicaciones en torno a los obstáculos que se les presentan en su vida cotidiana”.

Desde la intervención de Trabajo Social en el abordaje de las adherencias al tratamiento antirretroviral de estxs jóvenxs y adultxs jóvenxs, fui implementando diferentes procedimientos que recupero con eje en los aportes de González (2001) y Soldevila-Ortolan (2021) los cuales dan contenido a las funciones de Trabajo Social:

- » **Cogestión:** diligenciamiento de recursos económicos, culturales o sociales; se realiza conjuntamente entre profesionales y agentes con necesidades.
- » **Asistencia:** adhiero al aporte de Andrea Oliva (S/F, p. 10) en cuanto a que la asistencia es una acción reivindicativa que brinda lo que por derecho les corresponde a los usuarios/ pobladores. En la intervención con estxs jóvenxs, destaco la intermediación realizada en el acceso a la pensión no contributiva, al programa de refuerzo alimentario, al pase de colectivo gratuito por enfermedad crónica, entre otros.

- » **Promoción:** implica impulsar a la realización de acciones o la formación de determinados conocimientos y representaciones. En el proceso de intervención con estxs jóvenxs, señalo el trabajo desarrollado en torno a conocimientos y representaciones sobre el VIH, tratamientos, sexualidad, derechos sexuales, confidencialidad, marcos legales, entre otros.
- » **Prevención:** a los fines de anticipar las posibles consecuencias de una acción o situación. En el proceso de intervención que ocupa este trabajo, destaco el dispositivo de espacio grupal con adolescentes y jóvenxs viviendo con VIH (por transmisión vertical), implementado y coordinado desde esta disciplina, como una de las instancias más significativas para el desarrollo de la tarea de prevención integral.
- » **Dilucidación:** esclarecimiento o problematización de una situación, analizando alternativas de acción, con la idea de intercambio de saberes mutuos entre el/la profesional de Trabajo Social y los/as agentes involucrados/as. En el proceso de intervención con estxs jóvenxs, destaco aspectos trabajados tales como lo atinente a la revelación del diagnóstico de VIH, estigma y discriminación, importancia del apoyo y contención junto al acompañamiento en este sentido, impacto del diagnóstico en la configuración de vínculos sexo-afectivos, entre otros.

En cuanto a las principales técnicas utilizadas en el proceso de intervención, retomo la propuesta de Cazzaniga (1997) en su aporte desde el abordaje de la singularidad:

*La observación, y las entrevistas estarán guiadas hacia la indagación de la historia de vida de los sujetos, sus trayectorias familiares y sociales (...) Una entrevista tendrá para el trabajo social un doble valor: conocer la trayectoria del sujeto, pero a la vez producir la auto reflexión de ese sujeto sobre su vida (p. 4).*

Entre las técnicas y dispositivos fundamentales que utilicé, en el marco de la estrategia de intervención profesional, rescato la entrevista individual,

la observación, entrevistas con familiares y/o cuidadorxs, entrevistas con otrxs profesionales del equipo de salud y de otros espacios institucionales (Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia, Tribunales de Familia, Registro Civil, Defensoría de Niñxs y Adolescentes, Ministerio de Desarrollo Social, Comisión de Pensiones, Agencia Nacional de Discapacidad, Hospitales Pediátricos, Maternidades, Hospitales y Centros de Salud del interior de la Provincia de Córdoba, Hospital de otra Provincia, Educación de Adultxs), implementación de un espacio grupal entre lxs adolescentes y jóvenxs, con eje en el abordaje de las adherencias al tratamiento antirretroviral a partir de las problemáticas fundamentales que se constituían en obstáculos en dichos procesos.

Un elemento significativo a destacar en la implementación de las técnicas y dispositivos mencionados, fue la necesidad de una escucha activa. Tal como expresan Soldevila-Ortolanis (2021, p. 14):

*En el trabajo social la escucha es una necesidad social y en tanto necesidad, la escucha es un derecho: el derecho a ser escuchado/a/e (...) La escucha abierta y activa habilita al otro/a/e a hablar... De esta manera, es posible conocer, profundizar, problematizar todo aquello que surge en el espacio de la intervención profesional para reflexionar con lxs otrxs y pensar conjuntamente estrategias de resolución de los obstáculos identificados.*

Para ir cerrando este apartado quiero recuperar lo valioso de las “fuerzas instituyentes” que podemos encontrar en el espacio institucional, tal como lo plantea Rotondi (2013, p. 2) “la relación dialéctica instituido-instituyente”.

Desde la intervención de Trabajo Social con estxs jóvenxs, se logró instalar nuevos y diferentes modos de abordaje, que institucionalmente se incorporaron para poder efectivizar la accesibilidad de estxs sujetxs al Hospital, a la atención, al tratamiento y al seguimiento. Así, se fueron incorporando para estxs jóvenxs, modalidades específicas tales como: la atención en horarios espontáneos, sin turnos previos para facilitar el

acceso; redefinición institucional de horarios, permisos especiales y modalidad de visitas y acompañamiento familiar/vincular durante las internaciones de estxs jóvenxs, en vistas a fortalecer el apoyo y contención en instancias dificultosas para estxs sujetxs; reorganización de tratamientos y alternativas terapéuticas (que requieren generalmente internación) hacia modalidades de aplicación de los mismos, de manera ambulatoria diaria, al estilo de “hospital de día”, garantizando así la efectivización del tratamiento requerido, evitando la internación (sobre todo en aquellos casos de jóvenxs con historias de internaciones reiteradas y extensas).

Cabe destacar que, desde la intervención de Trabajo Social, se propiciaron (con apoyo de los equipos médicxs intervinientes y de las autoridades institucionales) estas nuevas modalidades dirigidas a lxs sujetxs involucradxs. Como afirma Carballada (2008, p. 17):

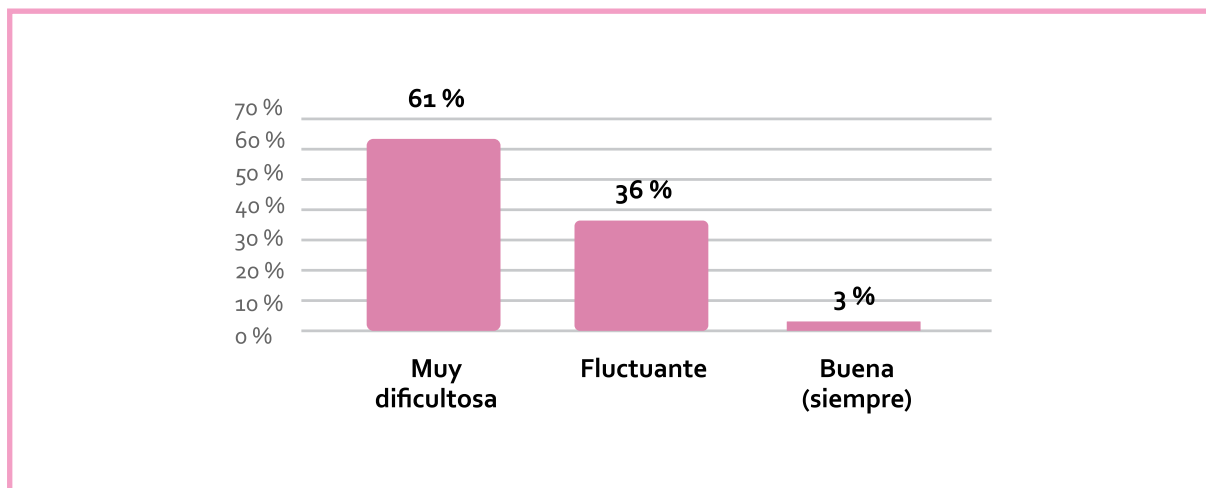
*Las problemáticas sociales complejas exceden las respuestas típicas de las instituciones, dado que estas fueron construidas dentro de una lógica más ligada a la homogeneidad de las poblaciones que a su heterogeneidad, y reclaman respuestas singulares”.*

## **La importancia del abordaje social en los procesos de adherencias al tratamiento Antirretroviral de estxs jóvenxs**

Considerando que uno de los objetivos fundamentales en el abordaje de Trabajo Social con esta población es propiciar el acompañamiento necesario en los procesos de adherencias de estxs jóvenxs, resulta significativo incorporar una lectura comparativa acerca de estos procesos, recuperando el aporte de la intervención profesional, y su contribución a las mejoras significativas identificadas en los procesos de adherencias (Ver gráficos 4 y 5).

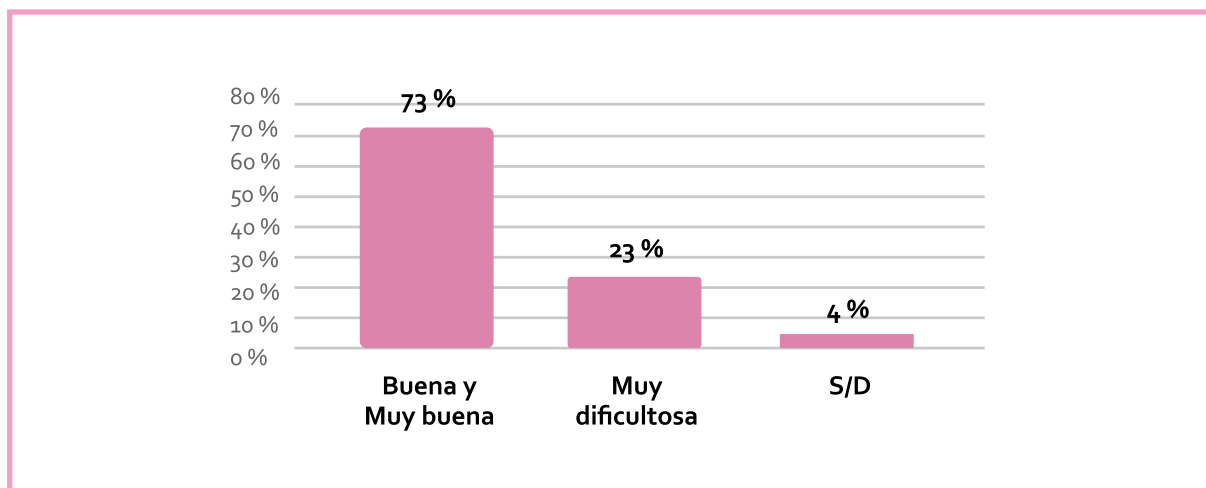


**Gráfico 4:**  
Adherencias a lo largo de sus trayectorias N=28



Fuente: Elaboración propia

**Gráfico 5:**  
Adherencias hoy N=22



Fuente: Elaboración propia

La lectura en torno a las adherencias en sus trayectorias (Desde su ingreso al Hospital de Adultxs) arrojó que en el 61% de los casos, la misma resultó dificultosa o muy dificultosa, repercutiendo esto desfavorablemente en el estado de salud de lxs jóvenxs (comprometiendo en muchos casos, la continuidad de la vida); en el 36% de los

casos prevaleció lo que definí como “Adherencias fluctuantes” o “Altibajos en los procesos de Adherencias”; tan solo un caso de los 28 analizados, demostró sostenimiento de una buena adherencia a lo largo de su trayectoria.

El análisis de las situaciones de adherencias de estxs jóvenes hoy (Gráfico 5) nos permiten reflexionar en torno a la importancia del recorrido logrado desde la intervención de Trabajo Social junto con lxs jóvenes, a lo largo de sus trayectorias en el proceso S-E-A-C:

De 22 jóvenes que tomo para esta lectura, hoy (excluyendo a lxs 6 jóvenes que fallecieron), el 73% de los casos revelan adherencias buena y muy buena (trasladándose esto a mejoras detectables en sus estados de salud y en su calidad de vida); solamente 5 casos de lxs 22 jóvenes, atraviesan aún hoy dificultades en sus procesos de adherencias.

Esto es resultado de un trabajo de seguimiento sostenido, meticulado, continuo con cada unx de estxs jóvenes, a través del cual se van elaborando estrategias específicas atendiendo a la singularidad de cada situación.

## **Algunas conclusiones preliminares**

La trayectoria desde el quehacer profesional de Trabajo Social, así como las lecturas y reflexiones vertidas, permiten algunas conclusiones a modo de disparador para seguir reflexionando:

- » Resulta necesario profundizar con esta población la información adquirida en torno a las características e implicancias de su patología y tratamiento, debiendo fortalecer un trabajo encaminado a la apropiación de dichos tratamientos..
- » La adquisición de la autonomía de estxs jóvenes en todo lo atinente al proceso de
- » S-E-A-C en el Hospital de adultxs, es un camino largo y sinuoso que en muchos casos lleva varios años conseguirla.
- » La mayoría de estxs jóvenes y adultxs jóvenes han presentado dificultades para sostenerse en el sistema educativo formal, no logrando en la mayoría de los casos, el acceso al nivel secundario.

- » La mayoría de lxs jóvenes atraviesan trayectorias de exclusión del mercado formal de empleo.
- » El secreto del diagnóstico de VIH guardado y sostenido durante toda la vida de estxs jóvenes, se traduce en una marcada dificultad para lograr “romper” con el pacto de silencio lo cual se constituye en un obstáculo muy significativo en los procesos de adherencias.
- » La pérdida de progenitorxs y consecuente reubicación de estxs jóvenes, no se traduce en una mejora o fortalecimiento en el apoyo y contención necesarias para ellxs.
- » El acceso a derechos de asistencia (con recursos como la pensión no contributiva, el programa de refuerzo alimentario, el transporte gratuito) se torna una necesidad fundamental para estxs jóvenes con muchas limitaciones para incorporarse al mercado formal de empleo.
- » Resulta necesario incorporar desde el equipo de salud, una flexibilización en la concepción de adherencia. Las trayectorias de estxs jóvenes nos interpelan y nos obligan a re- pensar este concepto, más bien como “Procesos de Adherencias”, con continuidades y discontinuidades en el tratamiento que configuran procesos singulares para estxs jóvenes.

## **Bibliografía**

- Adaszko, Ariel (2006) “De tomar pastillas a saberse viviendo con VIH/Sida. Trayectorias de vida y reflexividad de jóvenes que crecieron viviendo con VIH/Sida desde niños”. *Cuartas jornadas de investigación en antropología social*. 314-328. Buenos Aires Argentina.
- Adaszko, Ariel (2012) “Trayectorias de vida y manejo de la enfermedad en la vida cotidiana de adolescentes que crecieron viviendo con VIH/Sida”. *Actualizaciones en Sida*. Volumen 20 N°75:19-32. Argentina.

- Aquín, Nora (2013) “Intervención social, distribución y reconocimiento en el post neoliberalismo” *Revista Debate Público, Reflexión de trabajo social*. Año 3 N°5: 65-76. Argentina
- Arazi Caillaud, S; Bordato, M.A.; Mecikovsky, D; Califano, P; Mangano, A; Bologna, R. (2019) “Análisis de las características de los adolescentes con infección HIV en seguimiento en el consultorio de transición”. *Medicina Infantil* Volumen XXVI N°1:31-35. Argentina.
- Carballeda, Alfredo (2008) *Los cuerpos fragmentados. La intervención en lo social en los escenarios de la exclusión y el desencanto*. Buenos Aires: Paidós. Argentina.
- Castro, Marta; González, Ida; Pérez, Jorge (2015) “Factores relacionados con la adhesión a la terapia antirretroviral en niños y adolescentes con VIH/Sida en Cuba”. *MEDICC Review, Selecciones 2015*. 1-7 Cuba.
- Cazzaniga, Susana (S/F) “El abordaje desde la singularidad” *Desde el Fondo Cuadernillo temático N°22*. En base a una ficha de cátedra de la asignatura Trabajo Social V del plan de estudios de la Escuela Superior de Trabajo Social de la Universidad Nacional de La Plata del año 1997. Argentina.
- González, Cristina (2001) “La intervención en el abordaje familiar”. Material de cátedra sin editar. Universidad Nacional de Córdoba, Escuela de Trabajo Social. Córdoba, Argentina.
- Grimberg, Mabel (2003) “Narrativas del cuerpo. Experiencia cotidiana y género en personas que viven con VIH” *Cuadernos de antropología social* N°17: 79-99. Buenos Aires Argentina.
- Margulies, Susana; Barber, Nélica; Recoder, María Laura (2006) “VIH-SIDA y “Adherencia” al tratamiento. Enfoques y perspectivas” *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología*, N°3 julio-diciembre 2006: 281-300. Bogotá, Colombia.
- Margulies, Susana (2010) “La adherencia a los tratamientos: un desafío para la atención del VIH/Sida. Una lectura desde la antropología”. *Actualizaciones en Sida*. Volumen 18 N°68: 63-69. Argentina.
- Nucci, Nelly (S/F) “La construcción de estrategias en la intervención de trabajo social”. Universidad Nacional de Córdoba, carrera de trabajo social. Córdoba, Argentina.
- Oliva, Andrea (1997-1998) “Elementos para el análisis de las contradicciones en la práctica profesional de los trabajadores sociales”. Maestría en Trabajo Social de la Pontificia Universidade Católica de Sao Pablo con sede en la Universidad Nacional de La Plata. Argentina.
- Rotondi, Gabriela (2013) “Intervención institucional en trabajo social: pistas para el análisis de la demanda”. Ficha de Cátedra Teoría, espacios y estrategias de intervención IV Institucional. Escuela de Trabajo Social, UNC. Córdoba, Argentina.
- Sanchez Kulik, J; Bordato, A; Arazi, S; Mecikovsky, D; Bologna, R. (2017) “Evaluación del proceso de transición de adolescentes con infección por VIH/SIDA” *Medicina Infantil* Volumen XXIV N°2: 100-110. Argentina.
- Soldevila, Alicia; Ortolanis, Eduardo (2021) “El diagnóstico social en los procesos de intervención del trabajo social con familias”. Documento preliminar de cátedra. Cátedra de Teoría, espacios y estrategias de intervención III B- Carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, Argentina.

## Una institución centenaria en Salud Mental, el Hospital Dr. Emilio Vidal Abal: su historia, complejidad y disputas en el proceso de adecuación.

*Desafíos profesionales desde la coordinación de un Equipo interdisciplinario para la revisión y creación de dispositivos intermedios*

**Silvia Carolina Picca**



### **Introducción**

El presente escrito pretende compartir la sistematización de la experiencia profesional enmarcada desde abril de 2021 a agosto de 2022, desde el desafío de desempeñar una nueva función que implica la coordinación de un equipo interdisciplinario, la revisión de los proyectos de asistencias de dispositivos intermedios y la creación de otros nuevos, en el marco del proceso de adecuación de un hospital monovalente en Salud mental del interior de la provincia de Córdoba.

Históricamente el abordaje de las personas con padecimiento mental ha encontrado su correlato jurídico en la figura de la discapacidad y el encierro. Con el clásico modelo manicomial de segregación, aislamiento y patologización. Con ninguna o escasa priorización de acciones y servicios de carácter ambulatorio que tiendan a garantizar los derechos de los usuarios/as a no ser discriminados/as, a la singularidad, a la atención en un ambiente apto con resguardo de su intimidad, entre otros. Los abordajes vinculados a la temática se traducen al discurso en las prácticas y saberes hegemónicos, poniendo de manifiesto tensiones y resistencias, las cuales intentaré reflejar a través de la narración de esta experiencia.

Este relato se encuentra enmarcado en el proceso de adecuación del Hospital Monovalente, en donde se lo sustituye por dispositivos de abordaje Intermedio, promovidos en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 y la Ley Provincial N° 9848.

En el proyecto institucional se visualizan tres lineamientos básicos, relacionados a la transformación asistencial, los Derechos Humanos y la refuncionalización edilicia. La adecuación de esta institución está basada en una perspectiva comunitaria que promueve una atención respetuosa y promotora de los derechos de las personas, familias y comunidades, en pos del efectivo y real acceso a las prestaciones de salud que requiere. Esto ha determinado una compleja situación de gran dinamismo institucional que implicó la modificación en el esquema de distribución de las unidades asistenciales, el cierre de algunos servicios y la creación de nuevos dispositivos con la consiguiente redistribución del recurso humano.

En abril del año 2021 reemplazó desde la Dirección de la institución la disposición de desempeñar la coordinación del Área de Rehabilitación, la cual si bien existe en la organización desde hace más de tres décadas, poseía una estructura que resultaba escasa para poder cumplimentar los objetivos actuales de la institución y su proyección. Esta asignación se produce en paralelo a un proceso de transformación de las áreas de la institución, creándose además de la orgánica tradicional de las disciplinas presentes en el hospital (Trabajo Social, Psiquiatría, Psicología, Clínica Médica y Enfermería), tres áreas de asistencia nuevas que poseen coordinaciones transversales, ya que tienen a su cargo equipos interdisciplinarios. Estas son el Área de Rehabilitación, Agudos y Comunidad.

A través del registro y análisis de esta intervención se quiere poner en evidencia el aporte que, desde la formación profesional y el posicionamiento ético político, se realizó en la constitución y construcción del equipo de trabajo como así también de la propuesta de abordaje del Área, pretendiendo dar respuesta real y acorde a las necesidades de las personas con padecimiento subjetivo que actualmente son usuarios/as de esta institución, como aquellas que lo requieran en algún otro momento.

Por otra parte, requiere visualizar la complejidad del proceso de adecuación ya que existe un escaso registro escrito de esto, en esta institución como en

otras de características similares a nivel provincial o nacional.

Es mi intención incorporar en este análisis el aporte que realiza el pensamiento descolonial, basado en una mirada crítica que pretende interpelar esta práctica haciendo no solo foco en la mirada sobre la dinámica institucional, su historia y organización sino además poder observar los procesos que se desencadenaron desde este análisis crítico y su impacto.

## **La historia institucional, los modelos y paradigmas de asistencias, como elementos transversales e indispensables para comprender el presente organizacional y el rol de las y los Trabajadores Sociales**

El Hospital Dr. Emilio Vidal Abal (HEVA), está ubicado en la región sudeste de la provincia de Córdoba, Ruta Nacional Nro 9 km 608, en el Departamento Tercero Arriba y a cinco kilómetros del centro de la ciudad de Oliva.

Esta institución, desde sus inicios en el año 1914, fue atravesada por el paradigma tutelar que, bajo la misión del cuidado de las personas alojadas allí, enmascaró la dinámica manicomial. El manicomio se constituye como un dispositivo disciplinar del estado para dar una respuesta científica, moralmente adecuada e institucionalmente organizada a la presencia social de la locura. El objetivo original fue dar un lugar definido de contención a la locura y la marginalidad improductiva. Con esta misión institucional se constituyó y desarrolló durante décadas el accionar de la organización, pudiendo observarse distintos intentos aislados de grupos de trabajadores por modificar esta dinámica y avasallamiento sobre los usuarios/as.

En concordancia con los movimientos sociales que antecedieron desde el debate y propiciaron la revisión en los diferentes espacios (académicos,

sanitarios, colegiados, etc.) del sistema de atención en salud mental a la sanción posterior de Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 y la Ley Provincial N° 9848, se produjo en la Provincia de Córdoba, la regionalización de la atención. Desde el año 2008, el HEVA corresponde a la zona sanitaria C, lo que permitió modificar el tiempo de permanencia de las personas que ingresaban a la institución, debido a las posibilidades de desarrollar estrategias de externación más adecuadas, considerando que las localidades de residencia de las mismas eran más próximas al Hospital. Esto no impidió que en la actualidad existan internadas personas en el sector de larga permanencia que poseen padecimientos crónicos y otras que además de esto son adultas mayores y se alojan en el área geriátrica. Ambas han sufrido un gran deterioro cognitivo no solo por la evolución de sus patologías sino además por los años de institucionalización que han impactado negativamente en sus vidas.

El nuevo modelo social de la discapacidad (en donde legalmente se enmarcan también las personas con padecimiento subjetivo) refiere que:

*“un enfoque jurídico, plasmado en la Reforma del Código Civil del año 2015, tiende a anular la incapacitación/segregación, orientándose hacia un nuevo esquema llamado “de toma de decisiones con apoyo”. Es por eso que el nuevo paradigma social insiste en la responsabilidad comunitaria frente a las personas con padecimientos mentales”* (Zelasqui2019).

Es aquí de suma importancia “pensar la accesibilidad al sistema de salud como un vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios”

*El análisis de la accesibilidad desde los servicios de salud requiere de una articulación con el análisis de la subjetividad de quienes lo utilizan, de lo contrario el concepto de accesibilidad queda vacío de contenido y por ende las estrategias para dar respuesta podrían ser fallidas (Stolkiner y Otros,2000).*

Por más de 100 años la creación y sostenimiento de dispositivos de control, sirvieron para esconder y aislar del resto de la sociedad a quienes en aquel

momento eran concebidos como peligrosos e improductivos. Estos dispositivos fueron variando en sus denominaciones, al igual que lo realizó el actual Hospital Dr. Emilio Vidal Abal, que en sus orígenes fuera Colonia Regional Mixta de Alienados, cambiando en la década de los 90 a Hospital Colonia y actualmente Hospital Psiquiátrico. Todas estas denominaciones coincidieron en el paradigma que se encontraba vigente y fueron atravesadas por el sistema Manicomial que además delimitó, definió y estructuró las prácticas de “cuidado” que en esta institución se implementan.

Bajo este contexto histórico el desarrollo de nuestra práctica profesional como Trabajadores y Trabajadoras Sociales, también se vio atravesado o por lo menos fue a través de los años constituyéndose en gran parte por lo que los otros actores institucionales esperaban de las y los Trabajadores Sociales o por lo que hacia adentro del colectivo profesional se entendía sobre nuestro rol/funciones/implicancias.

La intervención profesional estuvo asociada al control y adecuación de las personas con padecimiento en salud mental al sistema. Continuar reproduciendo este método de abordaje y no darnos la oportunidad de replantear nuestras prácticas, o por lo menos parte de ellas, que se encuentran naturalizadas en el marco institucional, nos impide como profesionales incorporar una propuesta como la que Susana Cazzaniga (2018) nos plantea en su artículo “Un abordaje desde la singularidad” en el que hace referencia a que es necesario que en nuestras intervenciones exista una:

*concepción de sujeto pleno, con potencialidades y condicionantes, productor de la historia a la vez que producto de esa misma historia”, “pensar en la singularidad, es comprender la posibilidad instituyente de todo sujeto”, “entender al sujeto como un entrecruzamiento de aspectos universales, particulares y singulares.*

*Este modo de comprender la categoría sujeto nos compromete con la dignidad humana reconociendo al otro como sujeto de derechos, a la vez que nos exige la reflexión*

sobre las condiciones de vida presentes e históricas para entender sus necesidades, intereses y deseos, su expresión como ser singular.

Posicionarnos desde este miramiento, implica necesariamente incluir su contexto social e histórico, en el que se considere a la persona siendo parte de la sociedad, la misma que lo constituye y determina, por lo que como Trabajadores y Trabajadoras Sociales debemos ampliar nuestros niveles de análisis al intervenir en situaciones complejas como se no presentan en instituciones totalizadoras<sup>2</sup>, es necesario tomar desafíos “problematizar dos de los temas en los que se escenifica la ausencia... los discursos hegemónicos que se ausentan en cuanto se naturalizan, y los discursos menores que la modernidad colonial ausenta al invisibilizar”.

*Será entonces una crítica político epistémica desde el Trabajo Social... el segundo de los temas de la ausencia: el de los sujetos-otros invisibilizados. Será una crítica política desde el Trabajo Social de los procesos de subjetivación de la colonialidad del poder para des-humanizar a los condenados de la tierra (Hermida, 2015).*



## **El desafío de la tarea desconocida, la complejidad del contexto, los actores participantes y la necesidad de iniciar una adecuación institucional basada en el respeto por los Derechos de los usuarios**

Corresponde expresar lo que en un primer momento me atravesó, ya que muy poco hablamos/tematizamos nuestros sentires y de cómo inciden en lo que luego resolvemos en términos de nuestro posicionamiento e intervenciones profesionales. El desafío más conmovedor con el que me encontré tuvo que ver con lo que impacta desde lo subjetivo la asignación de una tarea que para mí profesionalmente era en muchos aspectos desconocida, ya que en los últimos 11 años (de los 16 años que estoy en esta institución) me había desempeñado como técnica operativa en el equipo interdisciplinario del servicio de agudos. La nueva tarea solicitada implicó coordinar el equipo interdisciplinario del Área de Rehabilitación, con personas que nunca había trabajado y la creación y revisión de los proyectos de asistencia de los dispositivos intermedios<sup>3</sup> de atención en salud mental.

Esta nueva actividad modificó la cotidianidad laboral que conocía y compartía con mis compañeros/as, debiendo dejar el equipo que me alojó durante más de una década, en el cual me formé y consolidé como profesional en esta área específica de la salud. Esto no fue solo recibir una asignación de funciones diferentes, esta situación me atravesó desde lo más profundo, debiendo tomarme muchas veces momentos de replanteo, análisis y por qué no de elaborar la pérdida de “mi equipo” y todo lo que esto implicaba. Un equipo

<sup>2</sup> Concepto ideado por el sociólogo Erving Goffman para designar un “lugar de residencia o trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente” (Goffman, 1961: 13). Ejemplos típicos de instituciones totales son las cárceles o los hospitales psiquiátricos. [https://es.wikipedia.org/wiki/Instituci%C3%B3n\\_total](https://es.wikipedia.org/wiki/Instituci%C3%B3n_total)

<sup>3</sup> Dispositivo es lo que dispone y lo que pone a disposición. Es un espacio que se convierte en receptor y productor de lo complejo. Los dispositivos de salud mental como aquellos dirigidos a abordar la dimensión subjetiva del proceso de salud/enfermedad/atención. [http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP14\\_2\\_09\\_art6.pdf](http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP14_2_09_art6.pdf)

que además aportó a definir mi posicionamiento profesional ante muchas situaciones y determinar una forma de intervención que se capitaliza en mí como unas de mis mayores fortalezas. Esto necesariamente me llevó a transitar algo que es muy importante en lo personal y tuvo que ver con poder elaborar algunas situaciones en relación con lo vincular, pudiendo así encontrarme en otro espacio laboral que además implicó repensar mi práctica profesional y analizar ante esta situación desde dónde posicionarme para iniciar esta tarea. Estaba teniendo por primera vez la oportunidad de aportar en la revisión de las formas establecidas en los mecanismos de atención y la creación de nuevos espacios para nuestros usuarios/as y para aquellos/as que todavía como sistema no habíamos llegado.

En este contexto considerar el aporte de Carlos Montañó (2001), cuando al respecto plantea que:

Sólo pueden sobrevivir, a lo largo de la historia aquellas profesiones que consiguen captar demandas emergentes, comprender su esencia y desarrollar nuevas respuestas pertinentes y efectivas. Por lo tanto, la profesión que no invierta en investigación de la realidad de los nuevos fenómenos, o de las nuevas determinaciones de los fenómenos ya existentes, estableciendo tendencias sobre el devenir social, desarrollar nuevas propuestas interventivas y nuevas respuestas, no conseguirá reproducirse en cuanto tal.

Fue de gran importancia, para asumir este desafío de manera responsable y coherente, en el marco del contexto sociopolítico institucional.

Nunca había tenido contacto, ni experiencia profesional en el lugar y función asignada, por lo que una de las primeras actividades que desarrollé fue un diagnóstico de la situación actual, como así también de las áreas de asistencia del hospital con la idea de poder perfilar cuáles eran las necesidades posibles de ser abordadas desde la rehabilitación. Esta tarea me llevó directamente a comenzar una formación específicamente en dos líneas, una que tuvo que ver con la gestión del espacio y otra en relación con el abordaje desde la rehabilitación. Es necesario tener en cuenta que:

*Si el Trabajo Social quiere enfrentar exitosamente los retos contemporáneos, tiene que tener densidad teórica; no puede ser solamente un buen operador. Tiene que poseer cuadros de referencia que le permitan comprender la dinámica de lo que sucede. Sumar calificación teórica a una profesión donde la dimensión interventiva es constitutiva..... es necesario tener competencia interventiva, operativa; competencia técnica. Es necesario no solo comprender la necesidad de la acción, sino saber cómo implementar la acción... también una competencia política, que me permita discriminar fines y elegir entre fines... es impensable hoy que un Trabajador Social no tenga competencia política, que no sepa evaluar relaciones de fuerza, identificar adversarios, que no esté capacitado para establecer alianzas profesionales, que no pueda comprender el impacto de sus programas. En este marco es necesario reivindicar vigorosamente la dimensión política (Netto, J. P. 2002).*

En función a este diagnóstico situacional y los lineamientos institucionales, se crea una propuesta que implicó definir, en primera instancia, desde qué posicionamiento teórico práctico se enmarcaría el abordaje. En relación con esto se toma como premisa la Rehabilitación Psicosocial. Comprendiendo que:

La desinstitucionalización y desmanicomialización de personas con padecimiento mental es un proceso que va más allá del acto de externación u otorgamiento del “alta de la internación”. La rehabilitación psicosocial se entiende como un conjunto de intervenciones tendientes a la rehabilitación, recuperación, reinserción, así como al desarrollo y fortalecimiento de las competencias de las personas. Es a través de intervenciones sobre diversos factores, situaciones y contextos que influyen en la existencia misma de las personas, que se promueve sean éstas quienes le otorguen sentido a su propia vida. De tal manera, las acciones enmarcadas en el proceso de rehabilitación psicosocial, en personas que aún permanecen internadas, deberían iniciarse durante



la internación, evaluando las áreas a intervenir, para desarrollar un plan individualizado que comience en esta instancia y se desarrolle hacia y en la comunidad” Baronetto, V. 2020).

Por otra parte, en relación con la asistencia en el análisis de situación se pudo definir que en abril del año 2021, el Área de Rehabilitación tenía a su cargo dos Dispositivos Habitacionales en la localidad de Oliva de alto grado de asistencia, uno de varones y otro de mujeres, siendo alojadas 5 personas en cada uno de ellos y otro dispositivo que se conoce como el Área de Deporte, que incluía un taller de folclore y actividades recreativas variadas. Se observó que en los mismos no se contaban con criterios técnicos escritos, en cuanto a la definición de pautas utilizadas en el abordaje de los usuarios/as y/o de admisión.

En relación con el recurso humano existían seis Enfermeras/os en cada dispositivo habitacional, una Psicóloga, una Trabajadora Social y una Psiquiatra que se desempeñaban en ambos, mientras que en el Área de deporte dos enfermeros y un personal administrativo que es profesor de actividades físicas, además de la supervisión de enfermería y el coordinador (hasta ese momento) del Área, Lic. en Psicología.

En el marco de este proceso se procede a la observación del escenario institucional, el cual desde nuestra disciplina se puede conceptualizar desde diferentes autores, pero muchos confluyen en una idea central y es que desde el Trabajo Social se entiende el ámbito de la salud como un campo de intervención, en donde existen relaciones de fuerza de los sujetos que interaccionan y se disputan capitales, por lo que se desarrollan estrategias para sostener o mejorar sus posicionamientos. Esta intervención profesional es entendida como aquella que se dedica al estudio y transformación de una realidad social determinada.

En ese momento fue de gran importancia en lo personal considerar el aporte que realiza Susana Cazzaniga (20189) en donde establece que:

*“la Intervención profesional es producto socio-histórico, que surge en un contexto social, respondiendo a determinadas necesidades y*

*problemas sociales que son la manifestación de la cuestión social y por sobre todas las cosas que toda profesión tiene una autonomía relativa”.*

Es decir, los abordajes individuales no alcanzan ante este sujeto complejo e inesperado que, a decir de Carballada, se “presenta en las instituciones, demandando, transitándolas, puede generar una distancia, que se transforma en sensación de extrañeza, azoramiento y sospecha, convirtiéndose en un Otro que suele ser visibilizado desde el temor”.

Es un sujeto que tampoco coincide con los mandatos fundacionales de las instituciones y es contradictorio con la idea de sujeto de intervención que estas generaron, dentro de las fragmentaciones que se fueron construyendo desde las lógicas neoliberales. En otras palabras, una subjetividad que se funda desde la exclusión, dentro de trayectorias fragmentadas, marcadas por la pérdida de derechos y la incertidumbre Carballada, A. (2017).

Así se nos presentaba la realidad institucional, con una gran distancia entre el “para qué” fue creada y sostenida durante más de cien años y el “ahora” qué implica para todos/as los/as que la constituimos poder alojar la demanda de este sujeto inesperado y que sean nuestras intervenciones las que brindan la contención y gestión de ella. Es por esto que se establecieron diferentes líneas de acción desde una planificación estratégica que implicó poder identificar en el escenario institucional los diferentes actores donde se enmarca la intervención. Dónde y cuándo se llevaría a cabo, cómo está estructurado jerárquicamente ese escenario y cuáles son las relaciones entre las diferentes profesiones, sin dejar de tener presente las funciones adscriptas a cada una de ellas, además de los fundamentos teóricos y metodológicos para el ejercicio de la profesión en el área.

Esta planificación estratégica que se inició en el Área de Gerontología del Hospital, tuvo que dar lugar a espacios de escucha y alojar las resistencias que se fueron manifestando en discursos y acciones concretas y que responden entre otras cosas a una diferencia entre el rol asignado

históricamente a las profesiones y lo que en este contexto se les solicitaba desde la visión de la rehabilitación psicosocial. Esta situación además estuvo atravesada por diversas intervenciones de los medios de comunicación local y alguna entidad gremial que hacían suyos los reclamos de una sociedad que continuaba entendiendo el abordaje de la locura desde el encierro, por lo que pensarlo desde la rehabilitación psicosocial para habilitar la reinserción de las personas en la sociedad, no fue visto de manera positiva y / o viable.

Ante este nivel tan alto de resistencia en el cual implementar modificaciones era casi un imposible, fue necesario desarrollar un plan de trabajo que incluyera el encuentro y la capacitación, que comenzó con reuniones y actividades en conjunto a la Sub Directora Sanitaria y la Supervisora de Sección de Enfermería y trabajadores y trabajadoras del Área.

En estos espacios, se pusieron en palabras cuáles eran los lineamientos institucionales sobre los que se pretendía construir las propuestas de trabajo, como así también los puntos de la Ley Nacional y Provincial de Salud Mental que no estábamos cumpliendo como hospital monovalente por lo que debíamos iniciar un proceso de adecuación. Esto colaboró en poder evidenciar ciertos malestares producto de información desvirtuada y/o errónea que circulaba en la institución. Por otra parte, se realizaban los acuerdos de trabajo con cada uno de los supervisores de las unidades asistenciales en relación con la participación de los agentes que allí se desempeñan. Esta tarea no fue sencilla ni grata, en algunos momentos el nivel de hostilidad y exposición personal, llevaba a paralizar el proceso teniendo que buscar estrategias de contención hacia adentro del equipo que se estaba constituyendo inicialmente. En esta coyuntura, la guía para el desempeño y consolidación en esta función tuvo que ver con enfocar el accionar profesional en el criterio técnico y fundamentar cada proceder, que fuera cuestionado y/o atacado solo desde este lugar, corriendo el nivel de análisis desde el plano de lo personal.

La capacitación estuvo centrada en poder visualizar que lo que plantean, tanto la ley nacional como

provincial, implica un cambio de paradigma en torno al modo en que pensamos y actuamos sobre la salud mental y los/as sujetos que padecen, partiendo de un enfoque de derecho. No fue una tarea fácil, pero sí habilitó un espacio de diálogo, que luego quedó establecido como espacio bimensual de supervisión en donde participan todos los profesionales que desarrollan sus tareas en el Área de Rehabilitación de Gerontología.

En primera instancia, se trabaja sobre una estrategia de abordaje para el área gerontológica que estuvo basada en la experiencia de las colegas Trabajadoras Sociales en relación con la implementación del Taller Neurocognitivo. Dicho taller se desarrolló en el marco de la pandemia y se realizó en respuesta a la situación de encierro que se dio durante la misma. Los usuarios/as gerontes, en función a las indicaciones del área de epidemiología del Ministerio de Salud de la Provincia, no podían salir fuera del edificio donde se encuentran alojados, lo que los llevó a modificar sus hábitos cotidianos en relación con la gestión del ocio, ya que, muchas de estas personas, tenían como única actividad durante sus días realizar paseos por los jardines del hospital o asistir al área de deporte.

Considerando el contexto epidemiológico y de pandemia aún vigente, al igual que los resultados que tenía en los usuarios/as la participación en el taller neurocognitivo, de folclore y las actividades físicas, se construye la Propuesta de **Rehabilitación del Área de Gerontología** que implicó la incorporación de cinco enfermeros de manera permanente, mientras que otro grupo de profesionales participan puntualmente para el desarrollo de Talleres específicos, una Trabajadora Social, dos Psicólogos/as, dos Fisioterapeutas, un personal Administrativo, un profesor de actividad física y cinco enfermeras/os que se encuentran en la Asistencia.

Esta propuesta cuenta con siete Talleres de rehabilitación y recreativos, tres de ellos se repiten dos veces a la semana en diferentes horarios y días para garantizar mayor accesibilidad.

Conjuntamente en el hospital, se inició un proceso de redistribución del personal, en donde se incluye

por primera vez al Área de Rehabilitación como una más de la asistencia, algo que significó un gran aporte para la constitución del nuevo equipo ya que, hasta el momento, esto no había sucedido dado a la cultura<sup>3</sup> institucional<sup>4</sup> que dejaba este sector por fuera de las áreas de asistencia.

En el Área de Larga Permanencia se creó el “Programa de Atención al Paciente, diabético y obeso”, lo que implicó la articulación con la jefa del Área Clínica y del Servicio de Nutrición, allí se brinda un abordaje integral del mismo, donde desde el área se garantizan actividades físicas que sirven de estímulo físico, dos veces por semana.

Por otra parte, se realizan, una vez por semana, actividades físicas por cada una de las tres Unidades Asistenciales que componen el Área de Larga Permanencia, mientras que en el Taller de Danza confluyen usuarios/as de todas las unidades. Estas actividades físicas semanales también se implementaron en los dos servicios del Área de Agudos (varones y mujeres).

En ambas áreas, las actividades fueron desarrolladas por dos enfermeros y un personal administrativo que posee formación como profesor de actividades físicas.

Por otra parte, en cuanto a los **Dispositivos Intermedios** de atención en salud mental y ya pensando en el afuera del hospital monovalente y en aquellas personas que aun estando de alta requieren de un apoyo para el sostenimiento de sus vidas cotidianas, se emprende un proceso con la psicóloga y trabajadora social asignadas recientemente al área, de construcción, definición y adecuación a la legislación vigente de los proyectos de los dispositivos ya existentes como así también de los nuevos que fueron creados, los perfiles de los usuarios/as y de los profesionales que se insertarán en ellos, delimitando también protocolos en relación a la implementación de estrategias de abordaje.

En relación a los **Dispositivos habitacionales** se egresaron de la residencia de varones dos usuarios, lo cual sumado a la imposibilidad de disponer de una vivienda en alquiler en la localidad de Oliva que cuente con las condiciones habitacionales exigidas para este dispositivo, produjo la fusión de ambas residencias en una que se denominó informalmente “mixta”.

Aquí también se puede visualizar un importante momento de tensión en cuanto al intento descolonizador de modificar las prácticas tradicionales de un sistema manicomial que además está condicionado y atravesado por el patriarcado, que define un accionar sobre las personas en una distribución desde el sexo biológico sin dar lugar a ninguna discusión.

En este marco y ante las resistencias de parte del equipo de enfermería e incluso de colegas se produjo la revisión y reformulación del proyecto original de asistencia que implicó entre otras modificaciones, transformarse en un dispositivo que pretende ser inclusivo, no limitando a quienes se alojan según su “sexo biológico”.

Por otra parte, implicó la necesidad de darle concordancia a la dinámica del mismo con la legislación vigente en general, para lo cual se planteó una reunión mensual del equipo en donde se da un espacio de socialización de las prácticas y supervisión de las estrategias implementadas con los y las residentes, lo que habilitó la deconstrucción de algunas “malas” prácticas instaladas, como así también la incorporación de nuevas modalidades de abordaje.

Como parte de estos procesos de atención se establecieron diferentes dispositivos como la Asamblea semanal, en donde se la dispuso como mecanismo de encuentro entre los usuarios para que pudieran debatir las cuestiones relacionadas a la convivencia y tomar las decisiones que afectan su cotidianidad como así también establecer las normas de convivencia del dispositivo. Se creó

<sup>4</sup> Determinado concepto de cultura (el que la entiende como el conjunto de experiencias, hábitos, costumbres, creencias, y valores, que caracteriza a un grupo humano) aplicado al ámbito restringido de una organización, institución, administración, corporación, empresa, o negocio. [https://es.wikipedia.org/wiki/Cultura\\_organizacional](https://es.wikipedia.org/wiki/Cultura_organizacional)

además un **Equipo de Seguimiento de personas Egresadas**, a los fines de acompañar diariamente el proceso de reinserción sociofamiliar de los usuario/as en la primera etapa del mismo.

Llegando a Agosto del año 2021, se crea el **Hospital de Día**, el mismo cuenta en la actualidad con cuatro enfermeras, una psicóloga, una trabajadora social y una médica de manera estable, mientras que en determinados talleres se suma otro psicólogo, dos enfermeros, un profesor de gimnasia y un personal administrativo.

Actualmente el dispositivo brinda atención de lunes a sábado, implementando en su abordaje diez talleres, en donde confluyen tres grupos de usuarios/as diferenciados que se encuentran aún internados en el hospital, uno es el que ingresó el año pasado y que lleva adelante una jornada completa, otro que desarrolla su asistencia con media jornada tres a cuatro veces por semana, mientras que un nuevo grupo de usuarios se sumó recientemente y de manera gradual asistiendo de una a dos veces por semana, la diferencia en estos grupos fue dada por los distintos perfiles de los usuarios/as en cuanto a sus psicodiagnósticos y/o procesos de institucionalización. Además, se ha comenzado con cierta dificultad en la articulación con los equipos comunitarios, el proceso de derivación y entrevistas de admisión de residentes externos al HEVA, del cual se constituyó otro grupo de usuarios/as que asisten tres veces semanales.

Otra de las prestaciones que se brinda es para las personas internadas en el Área de Agudos del hospital en donde se ha generado una propuesta que se está iniciando incipientemente y cuenta con tres talleres que se distribuyen durante la semana y tienen por finalidad la gestión del ocio, durante la estadía en esta institución.

Por otra parte, se realizó un convenio con el municipio local el cual garantiza el traslado de las personas de la localidad de Oliva al Hospital de día en donde reciben su tratamiento en Salud Mental.

En este dispositivo se pudo avanzar en mayor medida y con menos resistencia interna, en la construcción y aplicación del protocolo de atención, las herramientas de registro y valoración

que se implementan en las admisiones y procesos de atención de los usuarios, como así también los mecanismos de supervisión que implican reuniones interdisciplinarias mensuales del equipo completo, la referente del dispositivo, la supervisora de enfermería y la coordinadora de área. Por otra parte, se desarrollan reuniones semanales en los sub equipos referentes de los talleres y se presenta la planificación mensual.

Durante los meses de Octubre y Noviembre del 2021, se realizó la primer experiencia que dio origen a la creación y puesta en marcha de un nuevo dispositivo que se denominó **Centro Sociolaboral**, el cual en la actualidad se encuentra en un momento de construcción del equipo con la asignación permanente de un rehabilitador, una trabajadora social y una enfermera, incorporándose de manera particular en diferentes talleres tres enfermeras y un psicólogo. Dicho espacio cuenta con cinco Talleres en el abordaje de sus usuarios/as que actualmente, se encuentran internados en el área de larga permanencia y están en el periodo de admisión y adaptación, ya que confluyen usuarios/as de diferentes servicios.

Nos encontramos en la tarea de desarrollar estrategias hacia dentro y fuera del HEVA en cuanto a la capacitación sobre estas formas diferentes a las tradicionales de atención.

En relación a poder trabajar la red interinstitucional local y regional se determinaron dos acciones concretas, por un lado se propició un momento de encuentro entre efectores públicos y privados de la localidad de Oliva en el marco de la Semana de Conmemoración de la salud mental en donde se establecieron diferentes comisiones para organizar una serie de actividades que tuvieron como finalidad dar a conocer a la sociedad estas nuevas modalidades de atención de la salud mental, la legislación vigente y los derechos que a las personas con padecimiento mental los/ las asisten. Por otra parte, se inicia la Mesa de Salud Mental Regional de la cual formamos parte dos profesionales del hospital, que tiene como objetivos poder abordar aquellas particularidades que en función a las idiosincrasias territoriales se presentan como así también poder contribuir

a la articulación entre los diferentes niveles de atención.

Otra de las líneas de acción que fue planteada en el marco de la planificación estratégica implementada, tuvo que ver directamente con la capacitación, tomado como un espacio primordial de incorporación de nuevos conceptos y modelos teóricos pero además como parte fundante del encuentro de estos nuevos equipos que por otra parte se posicionaron frente a un sujeto inesperado al cual “cuidar” y también poder pensar que esta forma de cuidado debía ser la que en este momento se nos solicitaba y no la tradicional que conocemos y repetimos con un fuerte automatismo.

Desde el inicio del proceso, se trabajó en relación al eje de la capacitación y la supervisión para lo cual se generaron diferentes dispositivos. Por una parte, se realizó un plan de capacitación en donde se abordaron cuestiones transversales al Área como las legislaciones y herramientas para desarrollar las actividades, entre otras y luego instancias de análisis y sistematización de los espacios que cada profesional había desarrollado a los fines de propiciar un miramiento crítico y su posterior reconstrucción, con el objetivo de ir mejorando y profesionalizando técnicamente las propuestas del área.

En otro sentido se habilitaron mecanismos de supervisión mediante grupos de WhatsApp y registros en libros de actas en donde se socializan las actividades diarias, quienes asisten como usuarios/as y talleristas. Las reuniones de equipo mensuales o bimensuales, se realizan con la finalidad de presentar las planificaciones, abordar problemáticas con mayor profundidad y determinar en conjunto líneas de acción que orienten el trabajo en cada dispositivo.

Aquí la estrategia implementada fue a decir de Pichón Riviere poder centrar toda la actividad de este momento en la tarea, “Nuestra preocupación es abordar a través del grupo centrado en la tarea, los problemas de la tarea, del aprendizaje y problemas personales relacionados con la tarea, con el aprendizaje...” Lo que tratamos de realizar es un aprendizaje que tiene carácter grupal,

que tiene que ver con reconocer a estos nuevos compañeros/as con sus posibilidades y limitaciones, explorar estos nuevos modelos de atención, estos nuevos conceptos, la legislación que nos enmarca, poder interpretar el escenario institucional y generar en conjunto dispositivos adecuados que fueron tomando forma en el tiempo pasando de ser un espacio de gestión de ocio y recreación a un proceso que propende un verdadero espacio rehabilitador.

## Conclusiones

Hoy se podría decir que fue determinante la implementación de espacios de encuentro y debate entre todos los que participamos de esta institución desde los diferentes ámbitos a los fines de establecer estrategias y acciones concretas de adecuación a la ley de este hospital. Es sin duda mucho lo que queda desde esta área por trabajar, pero con la convicción que se ha producido una transformación que se evidencia en el recurso humano y material hoy asignado a la misma, la creación de dos nuevos dispositivos acorde a la legislación para el abordaje de usuarios/as del sistema de salud mental y la constitución del equipo profesional y humano.

Este equipo se constituyó con recurso humano que nos auto denominamos “reciclado”, es decir todos somos personal de planta permanente que se encontraba en diferentes áreas del hospital y que requerimos “rehabilitarnos” en relación a las formas de intervenir para poder dar inicio a estos nuevos espacios institucionales.

El camino de este proceso no se transitó ni se transita, de manera sencilla y algunas de las resistencias institucionales se manifiestan incluso en agravios personales. Esto nos erosiona por momentos, por lo que es de gran importancia poder identificarnos como miembros de un equipo en donde encontrarnos no solo profesionalmente sino además humanamente. Somos un conjunto de personas, en este momento de más de treinta y cinco sujetos que no habíamos trabajado juntos en su mayoría y hasta algunos no nos

conocíamos. Desde mi rol, poder asumir este desafío profesional, en donde no sólo desarrollaba mi fuerza como operativa sino además como quien debía habilitar espacios de discusión, construcción y consenso hacia adentro del área y en mayor medida hacia afuera, fue quizás una de las decisiones más importantes de mi carrera profesional por el impacto que tuvo y tiene, para mi atravesar esta experiencia, al igual que los espacios que debí dejar pero que dieron lugar a la construcción de nuevos lugares. Retomando a Marc Auge en su definición como aquel “lugar de identidad, relacional e histórico” que se enmarca en un nuevo lugar como fuerza instituyente que cuestiona lo instituido, que dinamiza las transformaciones sociales y determina que existe otra forma de acompañar a personas con padecimiento mental.

En este nuevo lugar me reconstruyo profesionalmente y adoptó otro nuevo desafío:

*El desafío entonces, desde un Trabajo Social crítico en términos descoloniales, es el de ensayar prácticas epistémicas, políticas y de la subjetividad, que permitan cuestionar las ausencias, desandar los procedimientos por los cuales los condenados de la tierra, los subalternos y sus particulares maneras de ser, de estudiar, de enfermar, de trabajar, de ser felices, son mostrificadas. Intentar el encuentro no desde una perspectiva integracionista, sino desde la apuesta a animarse a deconstruir la propia manera de ejercer la profesión, para rehacerla con el otro, para ensayar otras maneras de transitar las contradicciones inherentes a toda disciplina moderna que se pretende emancipadora. (Hermida, 2015).*

Poder escribir y sistematizar esta experiencia no fue algo sencillo e implicó un gran esfuerzo, pero sin duda es una oportunidad no solamente de poder evidenciar un recorrido profesional sino además de mostrarnos a nosotros mismos ¿Por qué elegimos hacer lo que hacemos desde nuestra profesión? ¿Desde dónde lo hacemos?

Poder ver hoy lo que cada uno de los usuarios/as ha vivido dentro de estos dispositivos, cómo han ido modificando sus cotidianidades, escuchar lo que

ellos mismos pueden decirnos de estos espacios, sus críticas y agradecimientos, comprender que son personas e individuos y requieren que los pensemos fundamentalmente desde allí, como PERSONAS con potencialidades y derechos. No importa si llega a desarrollarse como lo pensamos, sino como lo que cada uno pueda y desee. Con un acompañamiento profesional en donde podamos garantizar que este abordaje es el que esta persona necesita.

Es necesario que nos despertemos ante los silencios y ausencias institucionales, que les demos voz a quienes no pueden tomarla y que no importa desde donde hoy me encuentre la práctica profesional, sino que como lo expresa la Ley Federal de Trabajo Social N°27072 “las Incumbencias profesionales. Siempre en defensa, reivindicación y promoción del ejercicio efectivo de los derechos humanos y sociales...”.

Esta práctica puede darse de manera directa con los usuarios/as como técnica operativa o coordinando un equipo o generando una política pública o de otras cuantiosas formas, pero mi línea de trabajo debe comprender que **el quehacer del Trabajador Social es principalmente garantizar, exigir y restituir derechos para contribuir así en la generación de ciudadanía plena.**

## Bibliografía

- Acevedo, G. Cuadernos de Gestión en Salud. Conceptos, tendencias, dilemas y desafíos. Parte 1- 2020
- CeGeSST- ESP FCM- UNC
- Amico, L. Desmanicomialización: “Hacia una transformación de los Dispositivos Hegemónicos en Salud Mental”
- Margen, Periodico de Trabajo Social y Ciencias Sociales- Edición Digital N° 35- 2004 <https://www.margen.org/suscri/margen35/amico.html>
- Baronetto Ocampo, V. La Rehabilitación Psicosocial en el Proceso de Desinstitucionalización. Monografía Final

- de Diplomatura en Gestión y Administración de Servicios en Salud Mental. Asociación Argentina de Salud Mental Universidad ISALUD
- Carballeda, A.J.M. La irrupción de un sujeto inesperado en las instituciones Voces en el Fenix Edición digital N° 62, 2017
  - <https://vocesenelfenix.economicas.uba.ar/la-irrupcion-de-un-sujeto-inesperado-en-las-instituciones/>
  - Carmondy, c. Firpo, i. y Genolet, A. Apuntes sobre el enfoque de género en la UNER: entre lo construido y lo pendiente para su consolidación. Los Enfoques de Género en las Universidades. Comp. Mg. Patricia Rojo- Lic. Violeta Jardon. ISBN: 978-9974-8553-5-9
  - Cazaniga, S. El abordaje desde la singularidad
  - [https://www.edumargen.org/docs/2018/curso62/unido4/apunte02\\_04.pdf](https://www.edumargen.org/docs/2018/curso62/unido4/apunte02_04.pdf)
  - Hermida, M. E. Colonialismo y producción de ausencias. Una crítica desde el Trabajo Social para visibilizar los presentes subalternos. En: Debate Público. Reflexión de Trabajo Social, Año 5 no. 10 Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales. Carrera de Trabajo Social. [consultado: 10/8/2022] Disponible en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad de Buenos Aires: <[http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2016/03/09\\_Hermida.pdf](http://trabajosocial.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/13/2016/03/09_Hermida.pdf)> (2015-11).
  - Ley 26.657, Derecho a la Protección de la Salud Mental. Disposiciones complementarias. Decreto 603/2013 Ley N° 26.657. Apruébase reglamentación. Bs. As., 28/5/2013 VISTO el Expediente N° 1-2002-20706-11-4 del Registro del MINISTERIO DE SALUD y la Ley N° 26.657, yógase la Ley N° 22.914.
  - Ley N° 9848, Régimen de la protección de la Salud Mental en la Provincia de Córdoba.- Fecha de sanción: 20.10.2010 Publicación: B.O.. 05.11.2010 Cantidad de artículos: 55. Cantidad de anexos: - Reglamentación: Decreto N° 1022/11 (B.O. 28.12.2012)
  - Millet, Ann (2020). Cissexismo y salud. Algunas ideas desde otro lado. Puntos suspensivos Ediciones, colección Justicia Epistémica
  - Montañó, C. E. La Naturaleza del servicio social: un ensayo sobre su génesis, especificidad y su reproducción Cortez Editora, 2d. Edición 2001
  - Netto, J. P. Reflexiones en torno a la cuestión social. En: VVAA Nuevos escenarios y práctica profesional: una mirada crítica desde el Trabajo Social. Buenos Aires: Espacio, 2002.
  - Plan nacional de Salud Mental- Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación. Dirección Nacional de salud Mental y Adicciones. 2013.
  - Pichon Riviere, E. Historia de la técnica de los grupos operativos [http://www.psiaudiovisuales.com.ar/wp-content/uploads/PichonRiviere\\_Historia-de-la-tecnica-de-los-grupos-operativos.pdf](http://www.psiaudiovisuales.com.ar/wp-content/uploads/PichonRiviere_Historia-de-la-tecnica-de-los-grupos-operativos.pdf)
  - Stolkner, A. y otros. Psicología de la salud, epidemiología y prevención. El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. Anuario de investigaciones - Versión On-line ISSN 1851-1686
  - Anu. investig. v.14 Ciudad Autónoma de Buenos Aires ene./dic. 2007 [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-16862007000100019](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862007000100019)
  - Zelasqui, I. O. La Ley de Salud Mental frente al 2020. Desmanicomialización y políticas públicas: avances, tensiones y resistencias.
  - Repositorio Institucional UNLP- Objeto de Conferencia- Fecha de exposición: 2019 Evento: XX Congreso Nacional y X Latinoamericano de Sociología Jurídica (Santa Rosa, La Pampa, 26 al 28 de septiembre de 2019)

# La singularidad como horizonte: intervenciones posibles del Trabajo Social en el campo de la salud mental

Jesica R. Fernández



## Resumen

La presente producción teórica fue realizada en el marco de la postulación para rendir la Especialidad en Salud otorgada por el Colegio de Profesionales de Servicio Social de la provincia de Córdoba. La intención singular que me motiva a dar este paso respecto de la profesión es poder validar los saberes acumulados en un recorrido que inicia cuando ingresé (como parte de un equipo) a la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental, en el año 2012. Luego de un período en el que las prácticas tendieron a la *psiquiatización* de la formación en salud mental, se reabre la RISaM y con ella el ingreso de Trabajadores Sociales en los equipos conformados también por Psicólogos y Médicos. Desde aquí comienzo una trayectoria en este ámbito de intervención, que hoy me lleva y me encuentra en esta instancia.

El objetivo de esta sistematización es visibilizar las intervenciones realizadas por la disciplina del Trabajo Social en dos instituciones de Salud Mental de la ciudad de Córdoba, e intentar un esbozo acerca del saber particular que se construye alrededor y en el campo de la *salud mental* respecto a la práctica profesional del Trabajo Social. Saber que la hace singular y la diferencia de

la práctica en otros campos profesionales, inclusive del mismo campo de la salud en general.

En un primer momento haré referencia a las particularidades del rol del Trabajo Social en el campo de la salud mental para luego puntualizar, en mi práctica y experiencia concretas, cómo se (de)construye el quehacer profesional, específicamente en la intervención en dos dispositivos de salud mental de la ciudad de Córdoba: un hospital monovalente y un dispositivo alternativo a la internación: la Casa de Medio Camino de Mujeres.

Terminaré con algunas reflexiones, que intentarán propiciar el debate y dar continuidad a la temática abordada. En ellas haré referencia a lo que es para mí el hilo conductor que da sentido al trabajo en el campo de la salud mental: aquello que tiene que ver con *lo singular*. “Allí pondremos la mirada, la escucha y la acción. De allí surgirán propuestas que habiliten prácticas de otro orden, que reconozcan como sujetos de derechos a aquellos que históricamente han sido excluidos por sus diagnósticos”.

**Palabras clave:** desmanicomialización; interdisciplina; comunidad; redes; singularidad.



## “De lo universal a lo singular”: el Trabajo Social en el campo de la Salud Mental

Para comenzar a hablar del Trabajo Social en salud mental considero importante, en primera instancia, hacer referencia a una concepción de salud social para pensar como disciplina en el campo de la salud en general. La OPS (Organización Panamericana de la Salud) menciona acerca del concepto de Salud Social:

*“la salud, individual y colectiva, es el resultado de la relación dinámica entre los procesos biológicos, ecológicos, culturales, económicos y sociales que se dan en una sociedad como producto del accionar del hombre frente a los conflictos que le genera su entorno natural y social” Y continúa: “la salud –o enfermedad– es un Producto Social, porque es la resultante y depende de las acciones que realizan, a favor o en contra, por acción u omisión, los diversos actores sociales y políticos que intervienen sobre las condiciones de vida de las poblaciones” (Pracilio, OPS, 1995).*

Esta concepción dinámica de la salud tiene relación con los distintos determinantes, como trabajo, vivienda, seguridad, alimentación, educación, etc., que se ponen en juego y que influyen directamente en la persona y en la población. En este marco, pensar la intervención del Trabajo Social en el área de la salud mental implica no desconocer, en nuestras intervenciones, la multiplicidad de factores que van a influir a la hora de diseñar estrategias de acción que tengan efectos positivos en la vida de cada sujeto.

El Trabajo Social en Salud Mental ha estado influenciado por el desarrollo de la asistencia psiquiátrica, el marco normativo a nivel nacional y la Red Prestacional de Salud Mental que se han implementado a partir de la sanción y posterior reglamentación de la Ley Provincial de Salud Mental. Es así que los/las trabajadores/as sociales en Salud Mental hemos ido construyendo un modo de hacer que ha (re)configurado el perfil y función profesional, marcado por una especificidad propia en este campo. Los pilares básicos del Trabajo

Social en Salud Mental han sido la especialización, la formación continua y el trabajo interdisciplinario (Garcés Trullenque, 2010).

El término *Salud Mental* se ha ido imponiendo como alternativo al de *Psiquiatría*, para subrayar el aspecto de prevención (en el que comenzó a insistir la Organización Mundial de la Salud) y el hecho de que la tarea exige la participación, además de los psiquiatras, de otros profesionales y sectores de la sociedad civil y el Estado. Bersten y Cavilla de C. (2013) dicen al respecto, tomando los aportes del doctor Usandivaras, que:

*el concepto de salud mental marca una ruptura con la Psiquiatría. La Psiquiatría está basada en un modelo de cura y de reparación y la salud mental apunta más a un modelo de crecimiento que está antes de la enfermedad. (...) El conflicto no puede ser pensado solamente dentro de la mente, sino también considerado en su interjuego con el afuera, en el ‘entre’ (Bersten y Cavilla de Carrara, 2013: p. 26).*

Es en ese entre del que habla el autor en donde *la cosa sucede*, es en ese interjuego en el cual se genera el espacio viable, ese espacio de *lo posible* en donde proponer intervenciones que construyan el tipo de subjetividad que queremos producir a partir de nuestras prácticas.

Entendemos que la salud mental es parte de la salud integral de las personas y se relaciona con las condiciones de vida, con las posibilidades de desarrollo afectivo, emocional, intelectual y laboral, y con la capacidad de integración al medio social y cultural. Por tanto, el enfoque de la salud mental es mucho más amplio que el de la enfermedad mental, y su tratamiento clínico, propuesto por los equipos de salud mental, deberían hacer foco en la promoción y prevención de la salud, como así también la inserción social de las personas con padecimientos mentales.

En la práctica, los/las Trabajadores/as Sociales intervenimos como parte de un equipo interdisciplinario, conformado por diversos profesionales, procurando la integración de las disciplinas que lo conforman. En este punto deberemos hacer referencia a las luchas de poder

que se manifiestan hacia adentro de los equipos profesionales en el área de la salud mental, aún persistiendo en las prácticas el corte psiquiátrico/ asistencial, respondiendo a un modelo médico hegemónico que excluye la variable histórica del proceso salud-enfermedad-atención, poniendo de manifiesto una relación asimétrica entre *médico/paciente*, sosteniendo una concepción de sujeto pasivo/paciente en donde prevalecen los criterios mercantiles y la racionalidad científica (Troiani, 2011).

*La lógica tutelar de las instituciones manicomiales imprime un sesgo muy particular a los lazos sociales. La idea de salud que allí se despliega refuerza relaciones asimétricas que fomentan la dependencia (CELS -Centro de Estudios Legales y Sociales-, 2015:p. 19).*

En este aspecto, el Trabajo Social en salud mental se posiciona tomando una distancia significativa respecto de esta lógica y propone una escucha activa del sujeto padeciente, dándole lugar –en la medida de sus posibilidades- a decidir respecto de su tratamiento, confiriendo autonomía. La escucha singular y diferenciada, particular de cada persona, situación y momento, se distancia de las intervenciones sistemáticas y protocolizadas, que en algún punto repiten respuestas, copian estrategias, de acuerdo a los diagnósticos y los pronósticos que estos conllevan.

La intervención del Trabajo Social, tanto en éste como en otros campos, sostiene como objetivo general el de promover los derechos de los usuarios/as. Tal como menciona Troiani (2011, p. 5):

*“Busca transferir autonomía al sujeto, aportar a los procesos de construcción de identidades sociales” y menciona como principal acción para esto la entrevista al sujeto, considerando que son seres dotados de palabra, que piensan y portan ideas.*

A partir de mi recorrido en la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental y mi posterior inserción en instituciones de este campo he ido pensando, repensando e intentando construir algo respecto a la función del Trabajo Social en salud mental y esbozar lo que creo la hace específica dentro del ámbito de la salud.

“Singularizar el universal” es la frase que me resuena como disparadora y acompaña mi práctica en este ámbito. Considero que se trata de desglosar nuestra especificidad como Trabajadores Sociales respecto del acceso universal a las políticas públicas de aquellos/as que lo requieren, que portan necesidades, que son atravesados por problemáticas sociales cada vez más complejas –al decir de Carballeda-; desglosar ese universal para transformarlo en singular, para pensar(nos) en la particularidad de cada situación que nos convoca a intervenir.

Pensar, en salud mental, los atravesamientos subjetivos que acompañan la dimensión material del objeto de intervención del Trabajo Social es tarea fundamental, sino fundante de nuestra práctica. Alejarnos de los pragmatismos resolutivos que muchas veces pueden ser de utilidad en algunos ámbitos de intervención, para problematizar de y con los sujetos con los que intervenimos, teniendo presente lo particular que atraviesa cada situación, de acuerdo a las características del padecimiento subjetivo de cada persona. Este será el cimiento sobre el cual construir nuestras estrategias de intervención.

En definitiva, una profesión es aquello que sus profesionales hacen de ella. Hablar de especificidad del Trabajo Social en salud mental es referirnos a la actividad que propiamente desempeñamos en los diferentes dispositivos de salud mental. Es por ello de gran importancia detallar las características de los dispositivos de intervención, para situar de esta manera las prácticas específicas que vengo llevando a cabo.

### **“Haciendo camino al andar”: la intervención del Trabajo Social en un internado monovalente**

La internación de personas con padecimientos subjetivos nos invita a reflexionar y repensar las prácticas e interrogarnos acerca de la modalidad de abordaje que sucede en dispositivos monovalentes. Así también, preguntarnos acerca de las propuestas de acompañamiento que existen para el después

de la internación, siempre partiendo de una mirada enmarcada por los lineamientos planteados en las legislaciones vigentes en salud mental.

Los dispositivos que me convocan a pensar, respecto de mi práctica profesional, en donde actualmente me desempeño son: una institución de internación monovalente del ámbito privado y la Casa de Medio Camino de Mujeres del ámbito público provincial. Realizaré un análisis del rol del Trabajo Social y los aportes que desde la disciplina pueden hacerse a la construcción de una mirada singular en estos dispositivos.

El hospital monovalente es considerado una institución total produciendo efectos en todos los aspectos de la vida de las personas que residen en ella. Juan Antonio Seda (2011) hace referencia a que la vida en este tipo de instituciones conlleva el deterioro de los lazos sociales, produciendo efectos negativos en muchas de las cualidades que los sujetos portan respecto de la sociabilidad como así también produce efectos en cuanto a la organización de la vida cotidiana y los hábitos que van incorporando los sujetos que circulan por estas instituciones (Medina, Paz, 2012).

La gran mayoría de las personas que se encuentran internadas por tiempos prolongados no lo están solamente por los síntomas de su padecimiento mental, sino también por la falta de acceso a derechos sociales. En este sentido, para pensar dispositivos y generar programas que tengan que ver con la externación, es necesario destinar presupuestos que estén dirigidos a promover el reconocimiento de los derechos vulnerados. Esto muchas veces se constituye en obstáculo respecto del alcance de las intervenciones y estrategias que puedan ser llevadas adelante por los equipos.

Las estrategias de externación deberán implicar procesos de desinstitucionalización que también se reflejen en los nuevos dispositivos por los que las/los usuarios circulen. Para ello se requerirá de la articulación intersectorial para que, tanto a nivel provincial como municipal, público como privado, se generen los acuerdos necesarios para lograr la autonomía de las personas externadas, en relación con el aspecto económico, como así también para el despliegue de su vida, el disfrute de amigos,

alimentación, esparcimiento, inserción socio-ocupacional, etc.

La intención será (y es) fundar, parafraseando lo referido por el CELS en su informe, una nueva experiencia sobre la locura que aloje a quienes padecen sufrimiento mental en el seno de lo humano, respetando su dignidad personal, resguardando todos sus derechos como ciudadanos, teniendo en cuenta también la vulnerabilidad que presentan por su padecimiento, siendo el Estado el garante de que puedan ejercerlos en plenitud, en pos de lograr desarmar el imaginario social construido a lo largo de la historia, ubicándolos como sujetos peligrosos, excluyéndoles de la familia y de la sociedad (CELS, 2015:12).

En este escenario, pensar intervenciones en la vida cotidiana de los usuarios de los servicios requiere de una perspectiva de complejidad en la que se pongan en tensión todos los conceptos, pre-conceptos, juicios y prejuicios que nos definen de manera permanente. Y es aquí en donde la conformación de equipos interdisciplinarios viene a posibilitar algunas respuestas y acercar algunas intervenciones, dado que la complejidad del escenario excede la soledad de un campo disciplinar único. Alicia Stolkiner nos dice al respecto que “la interdisciplina nace de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente, de la dificultad de encasillarlos” (2005:p.1).

La conformación de equipos interdisciplinarios requiere que, como profesionales, definamos hacia adentro de la disciplina, pero también esclarezcamos nuestro rol en el equipo y en el dispositivo en el que nos situemos.

Es así que se constituye, en un punto de suma importancia, el poder situar los aportes que desde el Trabajo Social podemos realizar en esta institución en particular, y que pueden quizás pensarse para la intervención en el campo de la salud mental en general. Entre ellos: 1) aportar al equipo (y con los sujetos de intervención) una escucha activa que tenga que ver con la posibilidad de entrecruzar lo singular del sujeto con una perspectiva socio-histórica; 2) ubicar a los sujetos en un contexto y escenario, en donde poder considerar

factores protectores y obstáculos en el proceso de salud-enfermedad, situando a los sujetos como parte de una comunidad que lo aloja (o lo excluye en algunos casos); 3) darle voz al sujeto que padece, habilitar un espacio en donde algo de su singularidad pueda emerger, corriéndonos del acto repetitivo, manicomializante, que anula subjetividades; 4) hacer parte a las familias y/o referentes en la construcción de un proceso terapéutico que tiene que ver con la internación pero también con la externación, esto abre puertas y derriba muros.

Carballeda (2009), refiere respecto de la intervención, que es a partir de ella que puede posibilitarse la construcción de nuevos interrogantes que generen instancias de interpelación, un “hacer ver” que produzca agenda pública. Y termina diciendo:

*“quizás simplemente se trate de generar espacios de encuentro, de diálogo entre los diferentes campos de saber que, en escenarios turbulentos, cambiantes, tratan de generar acciones de asistencia recuperando prácticas a veces olvidadas, tales como lo grupal”*  
(Carballeda, 2009:p. 106).

La posibilidad que desde el Trabajo Social tenemos de aportar respecto de pensar en términos grupales, comunitarios, aún dentro de un hospital monovalente tiene que ver con considerar que el sujeto es parte de una red social, familiar, local a la cual podemos recurrir cada vez que la persona o la situación así lo requieran. Esto abre un horizonte de posibilidades que rompe con intervenciones anquilosadas en instituciones de este tipo, en donde el sujeto se consideraba un individuo dentro del hospital, sin redes ni otros significativos que puedan aportar a su tratamiento. Romper con las prácticas manicomiales es también posibilitar otras condiciones de atravesar las internaciones, cuando éstas sean estrictamente necesarias para alcanzar la estabilidad de los/las usuarios con padecimientos subjetivos. De esto va la tarea que voy construyendo alrededor de la disciplina en esta institución en particular.

En este punto, el trabajo con sujetos internados en un hospital monovalente y el aporte que desde

el Trabajo Social podemos hacer a los equipos, contribuye muchas veces a lograr una estabilidad del sujeto -por fuera de la internación- lo más sostenida posible en el tiempo, ayudando a reconocer los recursos disponibles en la zona de residencia, sosteniendo como horizonte uno de los principios que en la Ley de Salud Mental se mencionan: el de accesibilidad. Tener presentes los derechos de los usuarios/as, las herramientas legales a las que pueden acudir para que éstos sean protegidos y garantizados. Ser el medio para el acceso a ciertos recursos que, dadas las condiciones de vulnerabilidad en la que muchos se encuentran y el estado de aislamiento que en ocasiones se generan en las instituciones monovalentes, se ve dificultado.

Otras de las áreas en las que fuertemente nos insertamos los Trabajadores Sociales en este tipo de instituciones tiene que ver con los procesos de externación. La demanda institucional, como así también de otros profesionales, generalmente viene enlazada a la urgencia del alta. Por tanto, el trabajo con los equipos debe darse en relación a deconstruir el pre concepto de que somos solo los Trabajadores Sociales quienes intervenimos en lo social, para dar pie a intervenciones interdisciplinarias que se constituyan en el resultado de un proceso terapéutico de intervención que no responda a la premura del alta sino que, por el contrario, implique un trabajo sostenido y continuado durante el transcurso de la internación; tiempo en el que podamos pensar estrategias lo más beneficiosas posibles para el tratamiento de ese sujeto.

¿Cómo generar otras condiciones en el transcurso de la internación? Proponer a nivel institucional y familiar el trabajo con acompañantes terapéuticos que posibiliten salidas hacia el afuera, que de manera paulatina vayan acompañando a ese sujeto a recuperar algunas de las habilidades interrumpidas por la internación. Puede ser ésta una de las estrategias que nos demos a pensar los profesionales con las personas internadas y sus familias. Generar espacios de escucha, donde puedan desempolvar su historia y trazar coordenadas que den contenido al por qué de las internaciones, puede propiciar otros

modos de acompañar y transitar estos circuitos institucionales.

El contribuir al armado del escenario que alojará a ese sujeto en el afuera es una tarea específica que hace a nuestro rol, pero que también socializamos con el equipo y, cuando se instauran modos interdisciplinarios, el resto de los profesionales se sirven de esta lógica para pensar en clave comunitaria aún dentro de un internado monovalente. Esto no garantiza la estabilidad de la persona en el afuera, pero descontado que serán otras las posibilidades de circulación que se generen a nivel socio-comunitario al momento del alta.

Es aquí que podemos pensar como una de las alternativas terapéuticas de externación al dispositivo Casa de Medio Camino.

## **La Casa de Medio Camino: un proyecto terapéutico singular**

En la Ciudad de Córdoba:

*“la propuesta de la creación de una Casa de Medio Camino tiene su origen en los años 90, como parte de una iniciativa del área de Servicio Social del Hospital Neuropsiquiátrico provincial. La base que fundamentó dicho proyecto fue un diagnóstico situacional de las dificultades al momento de externar a los pacientes de dicha institución” (Gallici, 2015:p. 41).*

En el año 2009 se inaugura finalmente, a cargo de la Dirección General de Salud Mental de la provincia de Córdoba, con el objetivo de conformar una red de alternativas terapéuticas como casas de medio camino, residencias compartidas, casas de auto gestión, cooperativas de trabajo y artísticas (Gallici, 2015).

La Casa de Medio Camino (en adelante CMC) es definida, desde su creación, como un dispositivo estratégico, un lugar de cuidado y de intercambio social, para mujeres mayores de edad que, por su padecimiento subjetivo, necesitan fortalecer su autonomía e independencia; y que, en un tiempo determinado, recuperen un nuevo lugar social de

acuerdo a su proyecto de vida. El objetivo último de este dispositivo es la inclusión social de las mujeres que allí residen, para lo cual se propone un abordaje integral, interdisciplinario e interinstitucional (Gallici, 2015).

Actualmente la CMC de Mujeres depende de la Secretaría de Salud Mental de la provincia de Córdoba. Es el único dispositivo con estas características en toda la ciudad. El equipo técnico está conformado por dos licenciadas en Trabajo Social y un Médico Psiquiatra. Tiene la finalidad de promover la desmanicomialización de las personas con padecimiento mental, acompañando a las mujeres en la inclusión social, favoreciendo procesos de autonomía, y habilitando la creación y sostenimiento de lazos sociales, fomentando el autocuidado desde el trabajo comunitario y en red. La tarea estará orientada a intentar recuperar algo de lo simbólico, contribuyendo a (re)significar la historia de cada una, sus propias existencias.

El abordaje que se realiza desde la CMC es de tipo grupal, dedicando también un tiempo y un espacio a los procesos singulares de cada una de las mujeres residentes. En las entrevistas de admisión con las mujeres como con los equipos derivadores, se hace hincapié en que la CMC no brinda solo una respuesta a una problemática habitacional, sino que se constituye en un dispositivo terapéutico en el cual nos proponemos objetivos de trabajo con cada una de ellas, que se irán delineando conjuntamente con sus equipos tratantes y con sus referentes/ familiares (en caso de que los hubiere).

Desde el comienzo la mujer será protagonista de su propia historia, se favorecerán las tomas de decisiones respecto del tratamiento y de las propuestas que el equipo técnico realice a cada una, a lo largo de su estadía. El sentido será siempre acompañarlas en el desarrollo de su autonomía e independencia y en la recuperación de herramientas de la vida cotidiana que la prolongación de las internaciones y la recurrencia de las mismas, ha obstaculizado.

Para esto se trabaja en la construcción de un esquema con objetivos y tiempos aproximados de concreción, y se van generando acciones en pos del cumplimiento de los mismos. Desde el

equipo de Trabajo Social se van propiciando las redes necesarias a nivel socio-comunitario para la inserción de las usuarias, de acuerdo a lo requerido en cada caso.

En este punto es pertinente hacer referencia a la definición de *Proyecto Terapéutico Singular*, tomada de los desarrollos de Brasil respecto de los procesos de trabajo con usuarios y usuarias de salud mental. La autora Juliana Ávila Baptista (2020) lo presenta como un instrumento capaz de acompañar la construcción de intervenciones para abordar situaciones de vulnerabilidad, ajustando las propuestas de acción de acuerdo con la realidad singular de cada uno. El PTS es un facilitador en el ámbito de la salud mental que aporta a gestionar el autocuidado, promover la autonomía y contribuir a la co-responsabilidad, a través del diálogo entre los equipos profesionales y las usuarias, considerando las características singulares de cada caso.

*“El PTS es, por tanto, un movimiento de coproducción y de cogestión del proceso terapéutico de los individuos o colectivos sociales en situación de vulnerabilidad” (Ávila Baptista, 2020:2).*

En la CMC intentamos replicar esta concepción, construyendo conjuntamente con cada una de las mujeres, las estrategias que serán más favorecedoras para sus procesos de inclusión social. Desde Trabajo Social se las acompaña, a través de entrevistas individuales como a partir de las reuniones de convivencia semanales, a construir conjuntamente los proyectos de vida singulares. En este punto vale considerar, en relación con la noción de “proyecto”, que éste se piensa como una especie de norte, que pueda delinear un *hacia dónde* pero jamás en el sentido de cerrar las posibilidades espontáneas que puedan ir surgiendo en cada proceso particular.

Oury hace referencia al “espacio del decir”, y considero que algo de esto se pone en juego en el dispositivo. Habilitar este espacio del decir será para ellas, en muchas ocasiones, una manera de empoderarse respecto de las decisiones que tienen que ver con sus propios procesos, reconociéndolas como personas capaces de *decir* sobre sí mismas.

Amarante (2009) refiere que:

*“los servicios de atención psicosocial deben tener una estructura bastante flexible para que no se vuelvan espacios burocratizados, repetitivos, pues tales actitudes indicarían que se estaría dejando de lidiar con personas para pasar a lidiar con enfermedades” (p. 83).*

En este sentido considero que la flexibilidad, la creatividad y la capacidad de adaptación a las contingencias son algunos de los ejes que deben guiar nuestro trabajo, para hacer de esta institución un punto de anclaje singular para las mujeres que lo habitan y transitan. Para construir un dispositivo que tome distancia de lógicas manicomiales, que pueda poner el foco en la humanidad de cada una de las residentes, más allá o más acá de los diagnósticos que las sitúen.

Acompañar a las mujeres en la resolución de los obstáculos diarios es una función clave del equipo técnico de la casa, que no puede pensarse de manera aislada sino echando mano a los recursos existentes a nivel comunitario y como parte del proceso terapéutico que se piensa con cada una de ellas. Esta es tarea clave para la disciplina del Trabajo Social: la conformación y el sostenimiento de redes en salud mental comunitaria. La estrategia de redes integradas de servicios de salud puede ser un aporte para llevar a cabo abordajes comunitarios de las problemáticas de salud mental y lograr la continuidad de los cuidados, una vez que las mujeres egresen del dispositivo CMC. Al decir de Amarante (2009):

*“las políticas de salud mental y atención psicosocial deben organizarse en ‘red’, es decir, formando una serie de puntos de encuentro, de trayectorias, de cooperación, de simultaneidad, de iniciativas y actores sociales involucrados” (p. 86).*

Definiendo y diseñando el trabajo de esta manera, se propicia la inserción de las mujeres en actividades sociales y comunitarias que no tengan estricta relación con espacios vinculados a la “locura” sino que puedan transitar por aquellos que sean abiertos a la ciudadanía en general.

“Es en la zona territorial que los mecanismos de solidaridad, de fraternidad, de rechazo y discriminación son contruidos en el día a día de una determinada cultura social. Actuar en la zona territorial significa transformar el lugar social de la locura en una sociedad” (Amarante, 2009, p. 102).

En este punto nos hemos encontrado con muchos beneficios en relación con la independencia y la autonomía de las mujeres, el fortalecimiento de su autoestima, la generación de lazos sociales, el desarrollo de habilidades tanto socio-culturales, ocupacionales, como así también sociales. Así mismo, la elección de este tipo de espacios como espacios de circulación ha generado obstáculos en relación con la inserción de las mujeres, y muchas veces se han encontrado con situaciones de estigmatización, a partir de las cuales hemos dedicado un tiempo de trabajo sobre aquello que tiene que ver con el afuera, muchas veces hostil y poco contenedor, para personas que necesitan, quizás, de otras condiciones para circular el espacio social.

La CMC tiene un sentido terapéutico, pero es también una posición ética la que asumimos como equipo, intentando hacer eco de lo planteado por Amarante (2008):

*“hablamos de un proyecto ético-terapéutico en el sentido de generar un espacio de rescate y producción de subjetividad, condición necesaria para iniciar cualquier proceso de democratización que se asiente en la idea del reconocimiento del otro como capaz de producir diferencia” (Amarante, P; Olivera, A; Compañeros de La Colifata y Vilardevoz, 2008, pág. 84).*

Desde la Casa se buscará siempre promover la libertad de circulación (Jean Oury 1998) de las mujeres por espacios diversos, que les aporten herramientas en el proceso de recuperar su autonomía para una inclusión social saludable y para que, de manera paulatina, puedan pensarse en el afuera de lo institucional del ámbito de la salud, para llevar adelante una vida en comunidad, integradas al todo social del que somos parte como ciudadanos.

Tal como refiere el título de este apartado, se trata de hacer camino al andar, de un hacer y deshacer de las posibles intervenciones, invenciones y estrategias. Lo imprescindible será que cada paso lo demos *por*, pero principalmente con las mujeres con las que trabajamos. El escenario siempre será cambiante y con él nosotros como actores parte de esa escena. La intención será que la acción genere un encuentro y que ese encuentro produzca un cambio. Que luego de *inter-venir* ya no seamos los mismos.

Al decir de Oury

*en la vida cotidiana se trata de eso, en el deseo: es justamente en el camino que se hace al andar, por libertad, que puede haber, por azar, en un cruce o no, pero por azar, un encuentro. Un verdadero encuentro no es simplemente buenos días, buenas noches. Un verdadero encuentro (...) cambia algo. Después de este encuentro, ya no será más como antes. (...) (Oury, 1998).*

## Reflexiones finales

**Son cosas chiquitas.  
No acaban con la pobreza  
no nos sacan del subdesarrollo,  
no socializan los medios de producción  
y de cambio, no expropián las cuevas de Alí Babá.**

**Pero quizá desencadenen la alegría de hacer,  
y la traduzcan en actos.**

**Y al fin y al cabo, actuar sobre la realidad  
y cambiarla aunque sea un poquito,  
es la única manera de probar  
que la realidad es transformable.**

**Eduardo Galeano**

A esta frase de Eduardo Galeano me gusta siempre volver cuando la práctica profesional me abruma, cuando a veces siento que el trabajo con la locura es tan complejo que pareciera quedar atrapada en un callejón sin salida.

Muchas veces es la alegría de hacer, es ese poquito en donde puede leerse la diferencia de una práctica en relación a otra posible. En el internado de un hospital monovalente se podría pensar que la salida es siempre lo médico hegemónico, que la respuesta es siempre la psicofarmacología, que la atención es siempre manicomializante. Pero lo cierto es que, si bien las prácticas en un hospital monovalente pueden estar muy viciadas de lógicas manicomiales que reproducen modos de hacer que no contribuyen al reconocimiento de los sujetos como tal, hay micro espacios de conquista, puntos de fuga en donde se requiere de profesionales que tengan una formación en otros sentidos, para que hagan mella allí, donde se abre ese pequeño orificio de luz.

El enfoque de derechos, el trabajo interdisciplinario, pensar en clave comunitaria, hacer grupo con y por los usuarios, construir y sostener redes, son algunas de las respuestas posibles que desde el Trabajo Social podemos promover en este tipo de instituciones y, de esta forma, lograr que –al menos– se puedan poner en cuestión esos muros que distancian el adentro del afuera.

Es imprescindible tener presente que, con nuestra práctica, desde nuestra práctica, replicamos modos de entender al sujeto. La pregunta será ¿Qué características tendrán los procesos de producción de subjetividad en el campo de la salud mental? ¿A qué modelo de concepción de sujeto apostamos? El posicionamiento será ético, pero también político. Defender un modo de intervenir en salud mental, de trabajar con la locura y con todo lo que se edifica (o deconstruye) alrededor de ella, no solo habla de nosotros como profesionales sino también como ciudadanos. El norte será, creo, pensar en qué tipo de sociedad queremos para nuestros locos.

El nexo, el hilo conductor que dará sentido al trabajo en el campo de la salud mental, tiene que ver con *lo singular*. Allí pondremos la mirada, la escucha y la acción. De allí surgirán propuestas que habiliten prácticas de otro orden, que reconozcan como sujetos de derechos a aquellos que históricamente han sido excluidos por sus diagnósticos.

La práctica profesional será un trabajo artesanal, singular y único, que no podrá replicarse de sujeto en sujeto. Intentaremos hacer lo posible con los recursos existentes, tanto a nivel de lo público como de lo privado. Estos serán siempre insuficientes para las nuevas demandas que van resurgiendo a nivel social, pero serán también inacabadas las posibilidades que, a partir de la creatividad, podamos delinear como profesionales siempre con otros y otras. Es desde allí, desde el hacer cuerpo con los demás, desde donde se posibilitarán las acciones transformadoras para hacer de éste un lugar mejor para quienes atraviesan situaciones de vulnerabilidad y requieren de un escenario que los aloje de manera amorosa.

El desafío es y será construir nuevos modos de tratar con el sufrimiento mental, con las personas que padecen, acogiendo y cuidando de ellas, generando –consecuentemente– un nuevo lugar social para la diversidad, la diferencia y el sufrimiento mental, pensando en procesos transformadores de la vida.





## Bibliografía

- Amarante, P. (2009). *Superar el manicomio: salud mental y atención psicosocial*. Buenos Aires: Topía.
- Amarante, P; Olivera, A; Compañeros de La Colifata y Vilardevoz. (2008). Lucha antimanicomial: transformación de saberes, discursos y prácticas. En Kazi y Ajerez (coord.), *Salud Mental. Experiencias y prácticas*. (pág. 77 a 97). Buenos Aires: Espacio Editorial: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.
- Ávila Baptista, Juliana. (2020). Projeto terapêutico singular na saúde mental: uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem* (73), 1 a 10.
- Bersten, Marta y Cavilla de Carrara, Pilmayquen. (2013). El trabajador social en salud mental. En Calvo, Trabajo Social familiar (pág. 25 a 40). Buenos Aires : Espacio Editorial.
- Carballeda, A. J. (2009). La intervención en lo social y el padecimiento subjetivo. En Carballeda, A. J. Trabajo Social y padecimiento subjetivo (pág. 104 a 107). Buenos Aires: Espacio.
- Cazzaniga, S. (1997). El abordaje de la singularidad. *Desde el Fondo, Cuadernillo n°22*, 6.
- CELS (2015). *Cruzar el muro: desafíos y propuestas para la externación del manicomio*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Centro de Estudios Legales y Sociales CELS.
- Cohen, Hugo y Natella, Graciela. (2013). *La desmanicomialización: crónica de la reforma del Sistema de Salud Mental en Río Negro*. Buenos Aires: El Lugar.
- Gallici, M. C. (2015). *Tesis de Maestría: Casa de Medio Camino de Mujeres: ¿iniciativa innovadora en el abordaje de las problemáticas de salud mental?* Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba.
- Garcés Trullenque, E. M. (2010). El Trabajo Social en salud mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 333 a 352.
- Ley Nacional de Salud Mental y adicciones n°26.657 (2010).
- Ley Provincial de Protección de la Salud Mental n°9848 (2010).
- Medina, Vanesa; Paz, Melina. (2012). Interdisciplina como modalidad de abordaje clínico en internación. *Clepios n°59, XVIII(3)*, 106 a 109.
- Mendoza, F. M. (2004). Las relaciones entre trabajo social y salud mental: un recorrido histórico. XVIII Seminario Latinoamericano de Escuelas de Trabajo Social. *La cuestión social y la formación profesional en Trabajo Social en el contexto de las nuevas relaciones de poder y la diversidad latinoamericana*. San José, Costa Rica.
- Oury, J. y. (1998). Libertad de circulación y espacio del decir. *Topía*. Recuperado de: <https://www.topia.com.ar/articulos/libertad-de-circulaci%C3%B3n-y-espacio-del-decir>
- Rovere, M. (3era ed. 2016). *Redes en salud. Los grupos, las instituciones, la comunidad*. Buenos Aires: El Ágora.
- Stolkner, A. (2005). Interdisciplina y Salud Mental. IX Jornadas nacionales de Salud Mental. I Jornadas provinciales de Psicología. *Salud mental y mundialización: Estrategias posibles en la Argentina de hoy*.
- Troiani, M. J. (diciembre de 2011). La identidad profesional del Trabajo Social en la guardia de urgencias. *Revista Margen*, 63, 1 a 8.

## Diabetes y Trabajo Social:

*Motivar y empoderar en un contexto de enfermedad*

**Analía Doffo**



### Introducción

Desarrollar un tema como Diabetes, me lleva a los inicios de mi profesión; donde allá por el año 1999 en el Hospital “San Antonio” de la Ciudad de La Carlota, comenzaba a dar mis primeros pasos en el Programa PRO.COR.DIA. (Programa Córdoba Diabetes) dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, y es a través de esta dependencia del Gobierno que solicitan al Director del Hospital la conformación del equipo referencial de Diabetes integrado por un Médico, una Farmacéutica y una Trabajadora Social.

Años más tarde se sumarían un Enfermero, una Podóloga, una Nutricionista y una Médica Endocrinóloga.

El Objetivo General del Programa es abordar en forma integral la problemática de la Diabetes en la Provincia de Córdoba:

- » Garantizar la adquisición y distribución de medicamentos e insumos.
- » Capacitación y actualización de los equipos de salud referenciales, en diferentes temáticas del abordaje integral del tratamiento de la Diabetes (jornadas presenciales dirigidas a los equipos interdisciplinarios de profesionales,

elaboración y distribución de materiales tales como guías, manuales, sistematizaciones, etc.).

- » Desarrollar toda actividad que se considere necesaria para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las personas con Diabetes Mellitus (DM).
- » Mantener y actualizar el sistema informático de Registro de Pacientes.
- » Evaluar los sistemas de operación con el fin de adecuar e integrar actividades de prevención, promoción y tratamiento de esta patología.
- » Actividades preventivas y promocionales dirigidas a la comunidad (talleres educativos, campañas de difusión, jornadas abiertas a la comunidad, difusión de mensajes preventivos en medios de comunicación, etc.).
- » Formación de Educadores.
- » Procedimientos para acceder a los beneficios de este programa:
- » Residir en la Provincia de Córdoba al momento de la solicitud de incorporación.
- » No gozar de Coberturas de Salud, Municipal, Provincial, Nacional y/o privada.”<sup>5</sup>

<sup>5</sup> <https://www.cba.gov.ar/programa-provincial-cordoba-diabetes-procordia/>

En el Hospital de La Carlota a partir del año 2000 se comienzan a entregar los insumos para pacientes bajo programa, se asesora en cuanto a la Ley N°: 26914 “Ley Nacional de Diabetes” y también se inician por consultorio externo las primeras entrevistas (individuales y grupales) llevando a cabo un seguimiento médico – social con cada sujeto que ingresa al PRO.COR.DIA.

Se prepara en el mismo año la “Primer Campaña de Detección de Diabetes” y con ello los talleres y actividades de prevención y promoción, a nivel intra y extra hospitalario, los cuales logran sostenerse en el tiempo y se hacen extensivos a los distintos barrios y sectores de la comunidad.

En aquel momento, mi desafío profesional fue descubrir el rol que tenía el Trabajador Social dentro del equipo referencial.

De la experiencia compartida con los diferentes actores pude observar un factor recurrente que desmotiva a los profesionales que trabajamos en el programa y que nos interpela a diario y es la escasa adherencia al tratamiento de la enfermedad por parte de los pacientes.

Así surge mi deseo de investigar y profundizar sobre esta temática y sobre otros aspectos que se mencionan a continuación.

Mi hipótesis es que la adherencia al programa se logra de manera integral mediante la escucha, la empatía, el empoderamiento, la motivación y la buena comunicación.

En el presente trabajo pretendo acercarme a una producción teórica reflexiva en cuanto a conceptos centrales tales como *diabetes, auto manejo de la enfermedad, educación, empoderamiento y adherencia al tratamiento*.

También hago un análisis de cuál es el impacto de mi intervención profesional respecto a las personas que son diagnosticadas con Diabetes y cuál es el preconcepto o la mirada que tengo de ese sujeto.

Además, fundamento el valor del uso de la entrevista como herramienta técnica principal y privilegiada en la práctica profesional del Trabajo Social.

Por último, hago referencia a mi experiencia de trabajo sobre diabetes en el Hospital “San Antonio” de la Localidad de La Carlota, donde detallo los factores protectores y factores de riesgo que facilitan y/o dificultan la adherencia al tratamiento.

## Diabetes

Según la Organización Mundial de la Salud “... La Diabetes es una enfermedad crónica debido a que el páncreas no produce insulina suficiente o a que el organismo no la puede utilizar eficazmente. La hiperglucemia (aumento de la glucemia) es un efecto frecuente de la Diabetes no controlada y con el tiempo produce importantes lesiones en muchos sistemas orgánicos, en particular en los nervios y los vasos sanguíneos...” (OMS- 2006)

Torcuato Di Tella (2004), habla que en occidente pueden reconocerse tres paradigmas respecto de la salud-enfermedad:

- » Paradigma biomédico: en donde la enfermedad es considerada como producto humoral del cuerpo, y este es dividido en compartimentos, diagnosticando y estableciendo tratamientos sobre las partes afectadas.
- » Paradigma sanitarista o desarrollista: a mediados del siglo xx se agregan los factores sociales, psicológicos y ambientales, sin embargo, no cuestiona la concepción bio médica.
- » Paradigma alternativo de la medicina social: se considera a la salud-enfermedad como un proceso social en el que intervienen multiplicidad de factores y busca el origen del vivir, enfermar o morir en los procesos de producción y reproducción social.” (Rosacher María Cecilia, 2015)

Personalmente adhiero a una idea de Salud-Enfermedad, que no es sólo una cuestión biológica, sino que tiene relación con los determinantes sociales.

La salud-enfermedad se debe entender desde lo histórico-social-político-cultural-económico. La

noción de enfermedad no es opuesta, sino que es parte de un mismo proceso, en donde se encuentra incluido las formas de atención y cuidado implícitos en los diferentes contextos y poblaciones ( Otero Zúcaro- Lafit.)

A diario, como trabajador de la salud me enfrento al desafío que implica hacer frente a una enfermedad crónica en donde el principal cuidado depende de la persona.

En este sentido los profesionales brindamos herramientas para que los pacientes puedan realizar tareas de autocuidado. Sin embargo, observamos que esto no es suficiente para lograr un resultado eficaz.

Trabajar con esta población no solo requiere contar con los conocimientos y competencias clínicas, sino también con habilidades de comunicación y recursos prácticos para favorecer el empoderamiento de la persona en el cuidado de su salud (Alcuaz)

## **Educar - Empoderar**

Se entiende por empoderamiento el proceso a través del cual una persona o un grupo, gana poder y acceso a los recursos para manejar su propia vida y es efectivo si las personas adquieren las habilidades que los capacitan para resolver sus problemas de salud y tomar las decisiones acertadas.

Desde este enfoque, la educación no se trata sólo de transmitir información. El carácter crónico de la enfermedad, la complejidad del tratamiento y las múltiples decisiones diarias que la persona necesita tomar en la gestión de sus cuidados, hacen que los programas educativos enlatados, con contenidos preestablecidos, no resulten eficaces para favorecer la adherencia a largo plazo, ya que suelen centrarse en promover que la persona adapte su vida al tratamiento.

Los profesionales de la salud nos preguntamos a diario si en el fondo seguimos pensando que el paciente debe adaptar su vida al tratamiento.

La persona con diabetes tiene un rol central en el manejo de su propia salud, su tratamiento y en la educación sobre su condición o enfermedad.

Quienes presentan enfermedades crónicas pasan la mayor parte del tiempo fuera de las instituciones de salud y el apoyo eficaz al auto-manejo ayuda a la persona y sus familias a hacer frente a los problemas que generan este tipo de afecciones.

Las acciones de auto manejo incluyen:

- » Participar activamente en instancias de educación y en la planificación del tratamiento para alcanzar algún objetivo terapéutico, por ejemplo, alcanzar un peso adecuado.
- » Prepararse para manejar, día a día, su propia condición de salud.
- » Poner en práctica un comportamiento específico, por ejemplo, aplicarse insulina.
- » Tener las habilidades para reducir el impacto físico y emocional.”

Coincido con este enfoque, donde la educación terapéutica no se trata de decirle al otro “qué tiene que hacer”.

Como profesional puedo brindarle toda la información necesaria, pero el individuo es quien debe ser el protagonista, participando en la toma de decisiones. Para llevar adelante estas acciones y sostenerlas en el tiempo, es necesario que la persona se empodere.

## **Asumiendo Responsabilidades**

Los programas que han mostrado ser más eficaces para favorecer el auto manejo, son aquellos que promueven que la persona asuma la responsabilidad, fije sus propias metas y se entrene en la toma de decisiones, ajustando el tratamiento a sus valores, preferencias, recursos, cultura y estilo de vida, variables que muchas veces cambian a través del tiempo.

Para los profesionales de la salud diagnosticar una enfermedad crónica es una situación

cotidiana, pero para la persona que se entera de la enfermedad que padece es un acontecimiento que condicionará su vida marcando en muchos casos, un antes y un después ( Alcuaz, 2019).

## **Sentimientos que genera la enfermedad**

A partir del diagnóstico, la persona atraviesa diferentes etapas hasta la aceptación de la enfermedad. En este proceso pueden aparecer sentimientos de enojo, miedo y frustración, también impotencia, desesperanza, desánimo, tristeza, etc.

Todos estos sentimientos se observan a lo largo de los años en cada una de las personas o grupos con quienes trabajo. Mi intervención en esta primera etapa de descubrimiento de la enfermedad tiene que ver con la actitud de escucha empática de estos sentimientos que le genera la enfermedad, luego el asesoramiento para facilitar el acceso a los servicios y recursos de salud, el acompañamiento y la tarea socio-educativa.

Estas acciones las llevo a cabo a través de diferentes instancias como encuentros grupales, entrevistas individuales y consultoría integral, con otros profesionales integrantes del equipo de salud.

El sujeto ve al profesional de salud desde un lugar de poder. Se siente tan vulnerado que no quiere concurrir a las entrevistas y se resiste a cumplir con lo indicado por los profesionales del equipo de salud. Esta situación generalmente lo condiciona a retomar su tratamiento.

Las condiciones económicas de cada uno es otro factor relevante para poder llevar a cabo las acciones de cuidado.

El apoyo al automanejo favorece el empoderamiento de la persona y se define como la provisión sistemática de educación e intervenciones de apoyo, por parte del personal de salud para aumentar las habilidades y confianza de los pacientes, para llevar adelante la gestión

de su salud, incluyendo la evaluación periódica de los progresos y problemas, el establecimiento de metas y la resolución de problemas.

El apoyo al automanejo puede brindarse de varias formas:

1. En forma individual, en el contexto de una consulta clínica.
2. En encuentros grupales.
3. A distancia, mediante llamadas telefónicas o a través de nuevas tecnologías de información y comunicación: mensajes de texto, correo electrónico, redes sociales.”

Es importante considerar que estos programas incluyan actividades educativas desde un enfoque de aprendizaje basado en problemas, y la aplicación de intervenciones para favorecer el empoderamiento y la adherencia a los tratamientos, como la intervención breve y la entrevista motivacional.

La enfermedad crónica la controla principalmente la persona que la padece. Para lograrlo, necesita adquirir conocimientos y desarrollar habilidades que le permitan tomar decisiones diarias relacionadas con el manejo de la enfermedad.

Desde este enfoque, al cual adhiero, el propósito de la educación es acompañar al paciente en la toma de decisiones sobre su cuidado y poder contribuir a identificar objetivos, valores y motivaciones.

## **¿Qué es la Adherencia al tratamiento?**

Según la Organización Mundial de la Salud, se entiende por adherencia terapéutica al “grado en que el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario, practicar actividad física, etc.) se corresponde con las recomendaciones acordadas con un prestador de asistencia sanitaria” (Alcuaz, 2019).

La adherencia suele ser definida como

*el grado de coincidencia entre el comportamiento del paciente y las recomendaciones dadas por el equipo de salud. Esta definición, que hace hincapié en la posibilidad de cada paciente de obedecer las indicaciones del profesional, se encuentra relacionado con otro concepto, el de cumplimiento terapéutico (Betancurt y Pedraza, 2009, p.62)*

Para definir acabadamente el concepto de *adherencia* se torna necesario partir de diferenciar estos dos términos. La definición de coincidencia entre actuaciones del paciente y recomendaciones médicas se ajusta más a la idea de cumplimiento terapéutico. Siendo la adherencia un concepto más abarcativo y atravesado por múltiples factores, debe ser pensada como un proceso que involucra la construcción de una relación singular entre el sujeto y el equipo de salud (Domínguez, 2012, p 3).

Desde la perspectiva de las Ciencias Sociales, el término de *adherencia* resalta la importancia de una colaboración activa y voluntaria por parte del sujeto, refiere que el término involucra más el derecho de la persona a la autodeterminación en relación con su tratamiento, que el de *cumplimiento*. (Quintero, 2008, p.172). Se lo considera como un proceso dinámico de re-aprendizaje, en el cual es necesario que los sujetos se apropien de las estrategias propuestas (Suarez, 2014, p. 228).

La *adherencia* es un proceso mediante el cual el paciente y el equipo de salud, tomando en cuenta las particularidades del primero y los factores de influencia, pueden establecer un plan de acción que redunde en la consecución del tratamiento. Los factores de influencia, son aquellas variables que pueden obstaculizar el proceso, que se relacionan entre otros, con las condiciones de vida, las representaciones del sujeto, las dificultades de acceso al sistema de salud, características clínicas particulares, etc. (Domínguez, 2012, p.3)

Por eso, es tan importante la escucha, la buena comunicación, la empatía, el poder brindar al sujeto la posibilidad de identificar sus propias

potencialidades y sus dificultades de manera individual, para poder empoderarlo y fortalecerlo en la toma de decisiones.

Alejarse de la consideración de los pacientes como cumplidores o incumplidores permite visualizar que, en algunos casos, la flexibilidad se torna imprescindible para la adherencia. De esta manera, la relación con el sujeto debe construirse tomando en cuenta la singularidad, pues no es posible establecer indicaciones unívocas para todos los sujetos sin tomar en cuenta los modos de vida, la clase social, las particularidades culturales, etc.

La adherencia deficiente es un problema de magnitud mundial. Se ha estudiado que los cambios no suelen instalarse automáticamente de un momento para otro, sino que la persona va atravesando una serie de etapas hasta que el cambio se concreta y consolida.

Me parece oportuno exponer el Modelo Transteórico que plantean Prockaska y Di Climente, quienes reconocen cinco etapas en la adherencia al tratamiento: pre contemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento.

La persona en etapa **pre-contemplativa** no ve o no reconoce ningún problema en su comportamiento y no se plantea el cambio en los próximos seis meses.

Las personas en **contemplación** comienzan a tener dudas sobre su conducta y planean hacer un intento de dejar en los próximos seis meses, habiendo considerado los pro y contra del cambio, aunque existe una ambivalencia que les impide pasar inmediatamente a la acción.

Las personas en **preparación** están dispuestas a intentar un cambio en los próximos 30 días y están tomando acciones concretas.

Las personas en la **fase de acción** pusieron en práctica la decisión tomada y están combatiendo los impulsos de recaída.

Podría decir que aquellos que sostienen el cambio más allá de los seis meses se hallan en la **etapa de mantenimiento**. La persona está trabajando para mantener el cambio y consolidarlo, ya que la

tendencia por volver a la conducta anterior está presente (Alcuaz, 2019).

Las etapas que mencionan los autores Prockaska y Di Climente coinciden con el proceso por el cual atraviesa cada una de las personas que forman parte del programa PRO.COR.DIA.

La negación de la enfermedad es la etapa pre contemplativa, en algunos casos puede durar más y en otros menos tiempo; pero todos pasan por esta instancia, donde la enfermedad les genera sentimiento de mucho enojo e impotencia.

En la etapa de preparación, juega un rol importante la motivación y el acompañamiento de la familia y amigos, porque es aquí donde se proponen acciones puntuales y concretas a llevar a cabo.

Aquellas que se refieren a la acción y mantenimiento son quizás las más dificultosas en sostenerse en el tiempo, teniendo en cuenta que, en todo momento, se encuentra latente la posibilidad de cansarse y abandonar el tratamiento por diferentes motivos. En esta etapa están combatiendo los impulsos de recaída.

Lo importante es saber que aquella persona que ha tenido una recaída, no comienza nuevamente desde cero (etapa pre-contemplativa) con su tratamiento, todo lo contrario, quiere decir que lo incorporado y aprendido hasta ese momento es parte de ese proceso, solo falta ese impulso que motive y empodere a reanudar la adherencia nuevamente.

La actitud abandonada en la persona con diabetes, genera en el Trabajador Social el interrogante de querer saber en qué podemos estar fallando como profesionales que no logramos que la persona pueda involucrarse en su tratamiento y sostenerlo en el tiempo.

## **Nosotros (profesionales) y los otros (sujetos de intervención)**

“La actuación profesional entendida como praxis liberadora plantea el desafío de colocarnos en la misma dimensión en la que se encuentran

los sujetos, el Otro es el cara a cara con mi exterioridad” (Dussel, 1973). Esto implica desnaturalizar al Otro como pobre, vulnerable, me permite verme a mí mismo como totalidad humanizada. Esto no significa desconocer la situación-problema del sujeto o convertirla en un espejismo, sino implica la posibilidad de construir un proyecto histórico común, conjugando las diferentes potencialidades, experiencias, así como trayectorias y estrategias.

El antagonismo dado entre el “ellos” (sujetos) y “nosotros” (profesionales) es negar mi exterioridad, y mi propia historicidad, “los pobres”, “drogadictos”, “niños de la calle”, “diabéticos” (en este caso particular), etcétera, sujetos de nuestras entrevistas, con los cuales sostenemos encuentros cara a cara e interaccionamos, son producto de clasificaciones estigmatizantes que ocultan al ser humano, con todas sus potencialidades inherentes, detrás de la palabra que puede crear códigos cerrados, construyendo “un para siempre” que niega la identidad, la posibilidad de “ser”.

Los individuos son construcciones sociales que forman parte de una totalidad histórica que no puede ser escindida, ni totalizada. A través de la palabra es posible oprimir, alienar, pero también es un medio liberador cuando «la voz interpelante del Otro es escuchada». La categoría de Otro no implica acentuar el individualismo, sino considerar al Otro como un ente único que reclama ser otro, en una afirmación-negación de nosotros mismos.

## **¿Por qué los otros? ¿Cuál es mi mirada hacia el otro?**

Porque siendo el Trabajo Social un trabajo de servicios, el otro es un componente ineludible de nuestra práctica, no hay servicio sin otro, otro con el cual intercambiamos competencias, símbolos, discursos. Y es precisamente su condición de trabajo de servicios el que define que Trabajo Social sólo se realiza –produciéndose y consumiéndose al mismo tiempo- en presencia de otro (Britos, 2006), de manera que las concepciones vigentes en

torno a ese otro afectan directamente el sentido y direccionalidad de la actividad profesional.

Los sujetos con los que trabaja nuestra profesión siempre emergen al interior de una categoría analítica determinada: *mujer golpeada, cesante, menor en situación irregular, organización de base, paciente diabético* etc. Por tanto, el núcleo del Trabajo Social es una intersección, un cruce entre los sujetos y el fenómeno social que los convoca (en este caso Diabetes).

Consecuentemente, si la categorización social se realiza en términos estigmatizadores, esos sujetos llevarán esa marca en forma persistente (Matus, 2007 - en Aquín Nora y otros, 2016)

## **¿Qué nos hace ser trabajadores sociales? ¿Por qué el Trabajo Social?**

Nos hace querer ser Trabajadores Sociales; la preocupación por el Otro expresada en la desigualdad; la injusticia, la vulneración de los derechos humanos, el padecimiento, el aislamiento, la estigmatización. En definitiva, una serie de temas que se van presentando y reformulando, a través de diferentes momentos históricos, y que se expresan en numerosas áreas de intervención de nuestra profesión. Todas coinciden en un común denominador: la preocupación por el Otro.

El desarrollo de este tema varía según las épocas, marcos conceptuales y concepción del sujeto de intervención de nuestra disciplina. Desde esta mirada, es posible especular que también existen diferentes formas de expresión de ese campo de preocupación y que estas no solo se vinculan con el Trabajo Social, sino que también con otros como la Medicina, la Psiquiatría, el Derecho o la Pedagogía.

En el caso del Trabajo Social esa preocupación surge de los efectos de la Cuestión Social como expresión de la génesis de diferentes problemas sociales en distintos momentos históricos. En otras palabras, la mirada hacia la otredad, es una preocupación centrada en las desigualdades, necesidades y problemas sociales. Ser trabajadores

sociales nos lleva a adquirir elementos teóricos y conceptuales para la comprensión y explicación de los problemas sociales, pero también para obtener instrumentos y conocimientos concretos que nos sirvan para una forma de práctica singular que llamamos Intervención en lo Social.

En ese aspecto, ser Trabajador Social implica un compromiso con ese Otro, que en términos más concretos se traduce en llevar adelante procedimientos, prácticas, aplicaciones instrumentales que se relacionen con la elucidación, en tanto una profundización reflexiva del conocimiento de lo social, y la resolución, orientación, apoyo, generación de formas de organización en el terreno de las necesidades y los problemas sociales.

La elucidación se orienta a repensar la propia práctica, analizando, reflexionando, conceptualizando para, pensar lo que hace y saber lo que se piensa, respecto del conocimiento y sostenimiento de los lazos sociales como así también, la facilitación y promoción de formas organizativas.

Así, la preocupación por el Otro comienza a transformarse en acción. Ser Trabajador Social, nos convoca a involucrarnos en muchísimos aspectos de nuestra realidad latinoamericana, para desde allí tomar los elementos que nos pueden ser útiles para entender y actuar sobre los efectos de la cuestión social.

También, ser Trabajador Social es estar ahí, donde se entrecruza lo micro-social, lo singular, lo territorial con los condicionantes y características de lo macro social. Estar en el lugar donde se expresa el padecimiento que originan las diferentes expresiones de la cuestión social.

En ese contexto y en esa preocupación por el otro que se expone con anterioridad es donde encuentro la respuesta acerca del rol profesional, ese espacio donde el dolor que produce la desigualdad, la desintegración de la sociedad se expresa en cada persona, en cada cuerpo inscribiéndose en lo singular, se expresa a través de la palabra, tratando de resolver, transformar, re-enlazar al sujeto con su historia, con su cultura, con lo colectivo, con lo propio.



El Trabajo Social interviene de muchas maneras, muy ligado a la vida cotidiana, donde las personas interactúan con su contexto micro social, construyen significados y formas de comprensión y explicación acerca de lo que está ocurriendo.

Su acción se apoya en principios vinculados con los Derechos Humanos y la Justicia Social. A partir de su propio devenir histórico el Trabajo Social, construye sus propios aportes teóricos e instrumentales, éstos se relacionan con diferentes épocas y marcos conceptuales.

La profesión de Trabajo Social, orienta a los sujetos de intervención en relación con sus capacidades y habilidades, se propone promover la facultad de autodeterminación, autonomía y socialización, facilita la accesibilidad y ejercicio de los derechos sociales y civiles, gestiona y promueve diferentes dispositivos del sistema de protección social. A su vez, desde su peculiaridad, se constituye como una práctica que, desde la palabra, la mirada y la escucha, actúa en; orientar, formar, planificar, administrar, intermediar, organizar, asesorar, promover prácticas sociales, acompañar, desarrollar y fortalecer grupos, comunidades, movimientos sociales.

El Trabajo Social, en síntesis, interviene en un gran abanico de situaciones, estas siempre dialogan con la cuestión social entendida como una consecuencia de las desigualdades y la fragmentación de la sociedad. De ahí que el horizonte de intervención de esta disciplina dialogue intensamente con el lazo social, con la problemática de la integración social y cultural intentando no sólo resolver o acompañar, sino también en procesos de apropiación y visibilidad de los condicionantes y causalidades que construyeron la demanda de la intervención.

Los sujetos que demandan atención a las unidades de Trabajo Social en Salud constituyen parte de la población cuyo acceso a recursos para el ejercicio de derechos ciudadanos se encuentra limitado por su posición subalterna en la estructura social. La relación con estas instituciones se encuadra en la existencia de problemas sociales caracterizados como obstáculos en la relación *necesidades-recursos* del proceso s-e-a, los cuales se inscriben

en la reproducción cotidiana y comprometen las posibilidades de participación en todos los espacios de la vida social (trabajo, estudio, política, recreación, etc.). Su inclusión en procesos de intervención requiere una comprensión integral de los procesos s-e-a, teniendo en cuenta las diversas posiciones (según género, raza, etnia, estructura social), el acceso a recursos para resolver necesidades en forma individual o familiar – estrategias de reproducción - y aquellas circunstancias que se relacionan con condiciones de vida más amplias, como las del territorio en que viven, las condiciones ambientales, del hábitat, de empleo, de acceso a los sistemas de salud, educación, seguridad social, etc. (Carballeda, 2017).”

## **Enfoque centrado en fortaleza y empoderamiento**

El enfoque centrado en fortalezas y en el empoderamiento, se alinea claramente con este planteamiento sobre la finalidad del Trabajo Social que considera que los Trabajadores sociales son agentes de cambio en la sociedad y en las vidas de las personas, familias y comunidades con las que trabajan. Implica para los profesionales “volver a inventar su práctica y sus percepciones de determinados problemas” (Smale y Tutson, 2003).

El empoderamiento en Trabajo Social, como señalan algunos autores (Rivest y Moreau, 2014), incluso antes de su profesionalización, hizo suya la búsqueda de la justicia social. Para alcanzar esta meta ha vivido en una tensión constante entre diferentes concepciones de su acción, fluctuando entre aquellas más conservadoras o las más orientadas hacia la toma de conciencia de las injusticias sociales y la desigualdad.

El empoderamiento surge como marco o encuadre de una forma de entender el Trabajo Social que, surgiendo como un eco a los movimientos sociales y de derechos civiles de la década de 1960 y 1970, trató de atajar ciertas actitudes paternalistas e infantilizadoras que habían sido atribuidas al Trabajo Social, con una visión clara de los

necesarios cambios sociales (Rivest y Moreau, 2014).

Solomon (1976), es conocida por haber introducido el concepto de *empoderamiento* en el campo del Trabajo Social, que se concreta en sus inicios en el Trabajo Social en las comunidades afroamericanas. Esta autora define el empoderamiento como: “proceso mediante el cual, personas que han pertenecido a lo largo de su vida a categorías sociales estigmatizadas, son ayudadas a desarrollar y aumentar sus habilidades, para ejercer su influencia personal y desempeñar roles sociales más valorados”. El objetivo es que las personas puedan percibir el poder que ellas mismas tienen para resolver sus problemas e influir en cambios sociales y políticos.

Trevithick (2002) plantea que el empoderamiento en Trabajo Social consiste en “dar a las personas una alternativa coherente y opciones valiosas para que consigan un mayor control sobre sus vidas y circunstancias”.

Algunos autores señalan cómo el concepto de empoderamiento integra distintas dimensiones entendidas como posibles manifestaciones o expresiones del poder adquirido por los individuos.

Para Lorente (2003), en sus análisis sobre el proceso de empoderamiento vinculado al género y al Trabajo Social, el empoderamiento consiste “en que sean los propios afectados los que tienen el derecho de valorar y dimensionar la magnitud de los cambios que deseen incorporar en sus vidas”. Esta autora recoge la propuesta de Kaaber (1997) que establece tres niveles de intervención para promover el empoderamiento: *El empoderamiento desde dentro*, el empoderamiento con, y el empoderamiento para. El primero supone trabajar identificando las necesidades y prioridades de las personas para mejorar sus vidas materialmente, así como ayudándolas a analizar sus vidas desde otras perspectivas. *El empoderamiento con* incide en dar prioridad a las alianzas y la solidaridad e implica ayudar a las personas a tomar conciencia de la dimensión colectiva de sus vivencias y a proporcionarles habilidades de análisis, solidaridad y redes relacionales. Finalmente, *desarrollar el poder para*, implica trabajar para vincular a las

personas y los grupos con otros colectivos que también padecen procesos de exclusión, apoyando y promocionando sus iniciativas de organización ( Juárez y Lázaro).

## **Entrevista:herramienta para una práctica democratizadora de las relaciones sociales**

La entrevista, en profundidad, es considerada de suma importancia y una de las herramientas favoritas de los sociólogos. Les permite «excavar» en la vida individual y social de los sujetos. Taylor y Bogdan la definen como «reiterados encuentros cara a cara entre el investigador y los informantes, encuentros éstos dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tiene los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras. Si bien el objetivo de la entrevista aquí es de investigación, el sujeto, considerado como informante, se desempeña en forma pasiva, cumpliendo una única función: la de brindar información.

Es sabido que el Trabajador Social no trabaja con informantes, sino con sujetos que son copartícipes de su proceso de cambio, sujetos de derechos que nos brindan algo más que «información», nos permiten ingresar a sus «mundos subjetivos», a los que sólo tienen acceso ellos mismos.

Sin embargo, este acceso «privilegiado» tuvo para la profesión un origen que se encuentra relacionado con su surgimiento como tal, las técnicas como las historias de vida, la observación participante y las propias entrevistas en profundidad tuvieron un propósito de control social indirecto:.

*La entrevista motivacional es un estilo de comunicación directivo, centrado en la persona, que se basa en la identificación y la movilización de los valores y metas de la persona para estimular el cambio. Intenta que la motivación a cambiar surja de la persona y no sea impuesta por el profesional, y está diseñada para ayudar a resolver la ambivalencia, es decir la situación*

*en la que una persona tiene sentimientos contradictorios sobre algo. Esta ambivalencia es normal frente a la decisión de emprender un cambio de comportamiento que puede resultar beneficioso, pero demanda sostener un considerable esfuerzo (Juárez y Lázaro).*

Teniendo en cuenta lo que plantea Bourdieu, podemos señalar que el espacio de juego en una entrevista está integrada por dos jugadores (o más dependiendo si la entrevista es individual o grupal), entrevistado y entrevistador, con diferentes estructuras de fichas o capital (capital económico, cultural, simbólico), con reglas de juego definidas, muchas veces impuestas o influenciadas por las instituciones, con hábitos definidos como disposiciones que hacen a los aspectos subjetivos, experiencias aprehendidas en sus espacios cotidianos, que traducidos en actos determinan su posición o trayectoria en el interior de ese campo y que se ponen en juego en el juego.

Tal como lo expresara el autor, el predominio de un capital direcciona el juego y cómo va a desarrollarse, las posibilidades de cambio o de «triunfo» están dadas por el volumen de capital que posee cada uno. Existe una relación de interdependencia entre el campo y el capital, la cual permite una interrelación dinámica flexible que genera posibilidades de cambiar, o por lo menos en parte, las reglas del juego logrando incrementar o conservar los capitales disponibles. Es aquí donde el Trabajador Social debe direccionar el actuar profesional, incrementando o construyendo las posibilidades de empoderamiento de los sujetos, redimensionando la valoración de determinados capitales que los sujetos poseen en abundancia, pudiendo de esta manera cambiar la direccionalidad de las luchas de poder.

La entrevista, en profundidad, nos permitirá identificar estas relaciones de fuerza, desentrañarlas, relacionarlas y comprender más profundamente la realidad de los sujetos y sus posibilidades potenciales de superación-transformación de su situación problema. Los sujetos se acercan al trabajador social en un proceso de «descapitalización», que no sólo involucra la pérdida sustancial de su capital

económico, sino que también genera una reestructuración del resto de sus capitales (social, simbólico, cultural), produciéndose un debilitamiento en el conjunto complejo de las relaciones de fuerza (Faleiros, 2003, p. 89).

Es a través de la entrevista y de otras acciones profesionales que el Trabajador Social se involucra en el proceso de debilitamiento fortalecimiento reestructurando el volumen de los capitales en juego, fortaleciendo las estrategias desplegadas y co-construir otras nuevas. La entrevista nos permitirá comprender y conocer los capitales disponibles en las trayectorias sociales, los cambios en el proceso de estructuración-desestructuración de dichos capitales, las estrategias en cuanto al direccionamiento de estas cuotas de poder, cómo son utilizadas y con qué fin, y las relaciones que los sujetos establecen con su comunidad y con las instituciones. La actuación profesional debe estar dirigida a la capitalización del sujeto, con el fin de que pueda recuperar la pérdida de poder (de capitales) y de patrimonios afectivos, familiares, culturales, económicos para enfrentar los cambios de relaciones/trayectorias de la vida en el tiempo histórico y social en una sociedad determinada (Faleiros, 2003, p. 22).

La dimensión en la que se encuentra el entrevistador, como poseedor del conocimiento o de las posibilidades de resolución de las problemáticas demandadas por el sujeto, sea como objeto de análisis o de actuación profesional, genera una manipulación de las conductas, y/o situaciones del entrevistado, dándose lo que Agnes Heller denomina imputación de las necesidades. «La imputación de las necesidades significa que uno adscribe a las personas necesidades de las que ellos no son conscientes como tales necesidades suyas. Esto puede tener lugar de dos formas, primero poniendo en duda el hecho de que las necesidades que la persona dada busca satisfacer sean necesidades reales, necesidades auténticas; segundo, verbalizando la presunción de que la gente tiene otras necesidades, además, de las que no son conscientes (pero que sí fueran conscientes de ellas, su sistema de necesidades diferiría de las presentes).

El «nosotros» (como poseedores del saber-poder) y «ellos» (como los desposeídos de todo saber) producen una dicotomía que no refiere sólo a una diferenciación de clase, y también cultural (en esta última escudamos las diferencias) sino, además, a una extensa barrera ontológica que reproduce la alienación y la opresión discursiva.

En las intencionalidades más «liberadoras» la posibilidad de reproducir las lógicas dominantes a través del discurso se encuentra presente en la opacidad de las relaciones humanas, «lo que yo quiero que usted haga...», «lo que yo quiero que usted entienda...», es a través de nuestra palabra que codificamos la propiciación de un proyecto cerrado al Otro, aun cuando hemos logrado la habilidad de convertir a la entrevista en un evento dialógico y aplicado todas las recomendaciones de los principios comunicativos (Juárez y Lázaro).”

## Conclusiones

A la luz de los aportes teóricos y, fundamentalmente de la consideración del otro, como sujeto de derechos y con autonomía para tomar decisiones respecto del cuidado de su salud es que considero que es posible lograr la adherencia al tratamiento de la Diabetes motivando, empoderando al sujeto y acompañando como profesionales en ese proceso de aprendizaje entre nosotros y el otro.

Teniendo en cuenta la experiencia de trabajo de las personas con Diabetes considero necesario abordar la problemática desde distintos puntos de vista:

Por un lado, descubrir que la enfermedad genera sentimientos de enojo, angustia, impotencia, tristeza, mirada crítica al profesional quien lo desafía desde el lugar del poder, del control del cumplimiento o incumplimiento del tratamiento, produciendo en el sujeto resistencia al cuidado.

Por otro, las condiciones sociales en las que se encuentra la persona, tales como la pobreza, la falta de recursos, el temor de tener que explicar que abandonó el tratamiento y no pudo sostenerlo, la burocracia para acceder a los turnos en el

sistema de salud, la falta de accesibilidad al Centro de Salud más cercano, son todos ellos factores de riesgo que debilitan la adherencia al tratamiento de la enfermedad.

Por consiguiente:

- » El saber que pueden acudir al equipo de salud, considerando que son referentes que acompañan en aquellos momentos de recaída, duda, miedos e inseguridades respecto al tratamiento.
- » El pensar y pensarse juntos con los profesionales de salud, sabiendo que pueden encontrar alternativas de solución a aquellas situaciones en las que su enfermedad los expone a diario.
- » La perseverancia y constancia a pesar de las dificultades para acceder a los diferentes requerimientos, producto de su estado de salud.
- » La buena comunicación que generan con el Trabajador Social, siendo éste un referente de confianza dentro del equipo de salud con quien establecen una relación empática que les permite poder develar lo que les está sucediendo en su cotidianidad respecto al tratamiento.

Se reconocen como factores protectores que les permite crecer y empoderarse para lograr adherencia al tratamiento.

Por otro lado, el equipo de salud y en especial el trabajador social como parte integrante de este equipo se propone:

- » No pretender que la persona adapte su vida al tratamiento.
- » Correrse del lugar de control, del poder, de la corrección de conductas.
- » Conocer y profundizar más en la realidad social en la que está expuesta el sujeto.
- » Entablar una comunicación asertiva.
- » Promover prácticas que favorezcan el empoderamiento.

- » Acompañar en el proceso individual a cada uno para ayudar a asumirse como responsable de su auto manejo, fijando sus propias metas y tomando sus propias decisiones.
- » Ajustar el tratamiento de manera personalizada a los propios intereses, gustos, valores, preferencias, recursos, etc. Del sujeto.
- » Acompañar a la familia y referentes afectivos en todo el proceso de la enfermedad.

Y para finalizar, en lo que respecta a la entrevista y al rol del Trabajador Social, considero que se debe seguir trabajando y reforzando en:

- » Construir un vínculo de confianza.
- » Saber escuchar lo que el otro quiere decir.
- » Trabajar sobre las representaciones que los sujetos tienen respecto a la enfermedad.
- » Acompañar al otro a repensar, analizar, reflexionar.
- » Direccionar la entrevista, motivando y empoderando, desde un enfoque de derecho a la salud.
- » Fomentar la democratización en las relaciones humanas.
- » Trabajar en red con otras instituciones de la localidad para la búsqueda de solución sobre las condiciones materiales de vida y necesidades de los sujetos de nuestra intervención.

- » Desarrollar estrategias innovadoras con todo el equipo de salud que permitan mejorar y facilitar el acceso a los recursos de salud.

Este trabajo no está acabado, sino que es parte de un proceso reflexivo que se va construyendo a la luz de nuevas teorías, pero sobretodo de los saberes aprendidos en nuestra intervención con el “otro”, como menciona Nora Aquín:

“Aclaremos (aunque resulte obvio) que no consideramos a la teoría como un marco preestablecido, unívoco y fijo, sino un proceso de construcción permanente que anticipa, adjudica un sentido a nuestras búsquedas y a nuestras intervenciones. Es por tanto una construcción inconclusa, en tanto histórica social, y en tanto los contenidos teóricos y las evidencias empíricas se transforman mutuamente”.

Para finalizar, tomo el concepto de Patricia Acevedo (2000):

“La identidad se estructura y se mantiene con otros (...) La identidad no es solo una definición acordada por el colectivo profesional (...) La mirada de los otros, de los “no trabajadores sociales” marca profundamente nuestra propia mirada sobre nosotros mismos, y desde esta idea, también nos constituye”.



## Bibliografía

- Aquín, Nora (1995) Acerca del objeto del trabajo social. Revista Acto Social N°10
- Aquín, Nora y otros. (2016) IV Encuentro Internacional de Trabajo Social de la Universidad de Buenos Aires. <http://trabajosocial.sociales.uba.ar>
- Carballeda, Alfredo J.M. (2016) ¿Qué nos hace ser trabajadores sociales? ¿Por qué el Trabajo Social? Algunas aproximaciones acerca del origen de esta profesión.
- Carballeda, Alfredo J. M. (2017) Escenario Sociales, intervención social y acontecimiento.
- Domínguez, Cecilia (2012) Revista Margen N° 67. Construcción e la adherencia. Estrategias de intervención desde el trabajo social con personas en tratamiento para tuberculosis.
- Juárez, Almudena y Lázaro, Santa. Universidad Pontificia Comillas de Madrid. El enfoque de fortalezas en Trabajo Social. repositorio. [comillas.edu/rest/bitstreams/69647/retrieve#](http://comillas.edu/rest/bitstreams/69647/retrieve#)
- María Alejandra Alcuaz. Ministerio de Salud y Desarrollo Social Presidencia de la Nación. Secretaría de Salud. Material extraído del curso Virtual “Educación para el auto manejo de enfermedades crónicas. Herramientas para el equipo de salud”. – Año 2019
- Nucci N et.al (2018) ConCienciaSocial. Revista digital de Trabajo Social. Vol. 1 N°2 ISSN 2591-5339 <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/ConCienciaSocial/>
- Roscher María Cecilia (Septiembre 2015) Revista Margen N° 78. Acerca de las representaciones sociales de la intervención del trabajo social. Así como nos miran, ¿Nosotros nos miramos?
- Suarez, Irene (2014) Una mirada desde el Trabajo Social acerca de la Diabetes y la adherencia a los tratamientos Experiencias de intervención desde el Trabajo Social: sistematizaciones, desafíos y Debates-
  - <https://www.cba.gov.ar/programa-provincial-cordoba-diabetes-procordia/>
  - GT 1 “Desafíos y reflexiones del Trabajo Social en torno a las determinaciones sociales de la Salud colectiva”. Coordinación: esp. Laura E. Otero Zúcaro- Lic. Jimena Lafit.

## CONSUMOS Y FANTASMAS DEL OCASO AUSTRAL

*Sobre situaciones de consumos problemáticos de sustancias con internaciones prolongadas o reiteradas, en El Calafate*

**Andrea Soledad Rossi<sup>6</sup>**



### **Resumen:**

En el presente artículo se sintetiza una experiencia en relación al acceso a la salud y el abordaje del Trabajo Social, en situaciones atravesadas por consumos problemáticos de sustancias, que contaron con internaciones prolongadas o reiteradas en El Calafate, Santa Cruz. Se trata de una invitación a reconocer la relevancia de la construcción de dispositivos comunitarios, en este caso específicamente para el abordaje de situaciones de consumos problemáticos de sustancias.

**Palabras Claves:** Consumo problemático de sustancias – Salud Mental – Trabajo Social- Interdisciplina- Intersectorialidad.

Desde mi inserción en el Hospital SAMIC<sup>7</sup> en Calafate, en diciembre de 2020, comienzo a observar y registrar constantes solicitudes de intervención al Servicio Social en situaciones atravesadas fuertemente por el consumo problemático de sustancias, identificando la necesidad de caracterizar la vida cotidiana de estas personas, sus dinámicas y sus redes, a fin de repensar y rediseñar abordajes posibles. Esto incluyó considerar los horarios y circunstancias en los que suele presentarse el consumo: esos momentos en los que “aparecen los fantasmas”, según dichos del Médico psiquiatra Francisco Fernández coincidiendo con los relatos de personas usuarias que, con otras palabras, expresan el desamparo, la soledad, los temores y los recuerdos traumáticos o melancólicos con los que suelen encontrarse durante la tarde noche.

En esta cotidianeidad de los abordajes, surgen preguntas como: ¿Es posible reconstruir vínculos familiares cuando la persona fue expulsada del

<sup>6</sup> Licenciada en Trabajo Social. Contacto: [andrerossi91@gmail.com](mailto:andrerossi91@gmail.com)

<sup>7</sup> Servicio de Atención Médica Integral para la Comunidad.

hogar luego de reiterados episodios de violencia pos consumo? ¿Qué implicancias conllevan los dispositivos comunitarios basados en figuras de apoyo en estas situaciones? ¿Cómo abordar la cuestión social con recursos que reproducen su existencia? Retomar al final

Frente a estos interrogantes, realizo un análisis desde un enfoque relacional y multidimensional, buscando aportar a una reflexión interdisciplinaria e intersectorial, necesaria para garantizar el derecho a la salud integral, entendiendo al consumo problemático de sustancias como una problemática de salud pública que afecta esferas de la vida público – privada, considerando el proceso salud-padecimiento- atención- cuidado, en la línea de la actual Ley Nacional de Salud Mental y Adicciones (2010).

Para finalizar, expongo la necesidad de identificar y acompañar proceso de deconstrucción de preconceptos sociales, así como de reconocer y abordar la profundización de desigualdades en la comunidad local, junto a propuestas e interrogantes que interpelan nuestro accionar cotidiano, enfocados en cómo abrir más puertas, y correr fronteras que posibiliten un mayor protagonismo de la población, en cuanto a la gestión y el uso de recursos clave para la salud comunitaria.

## **Consumo problemático e internaciones por motivos de Salud Mental**

En base a datos solicitados al departamento de Epidemiología, considerando tanto las internaciones prolongadas (más de 90 días en el año), como las reiteradas (más de 3 internaciones en el año) y las consultas por guardia con frecuencia igual o mayor a uno por mes, identifiqué 21 situaciones de personas usuarias del Servicio de Salud Mental con un alto grado de vulnerabilidad. De las mismas, 10 estuvieron o están atravesadas por consumo problemático de sustancias y, 7 contaron o cuentan con dispositivos alternativos a la internación durante

el último año. Estos dispositivos incluyen figuras de apoyo domiciliarias, así como la residencia en la única casa de medio camino local, inaugurada en 2019. Cabe aclarar que en la actualidad no existe Hospital de Día a nivel local, si bien se construyen dispositivos artesanales, en articulación con espacios recreativos, deportivos y educativos de la localidad.

Esta información se puede considerar la punta del iceberg de una problemática prevalente a nivel local, observándose reiteradas solicitudes al Servicio Social por parte de las personas, sus familiares, amistades y referentes locales, de abordaje en estas situaciones. Esto se reafirma durante 2023, cuando se identifica a la misma como problemática principal en una Mesa de trabajo intersectorial Salud- Educación, con referentes de escuelas secundarias de la localidad, así como en otro Espacio de articulación permanente con otras instituciones locales.

En esta ocasión, inicio el análisis profundizando sobre las situaciones con mayores reingresos o prolongaciones de internación, que dan cuenta de incapacidades profesionales, institucionales y societales (Amendolaro, 2013), para brindar otras respuestas comunitarias a esta problemática social. Los datos que se exponen a continuación refieren a estas 10 personas, con las que trabajamos entre 2020 y 2022. Para analizar estas situaciones, es fundamental conceptualizar estos consumos, entendiendo lo multidimensional (Touzé, 2006) de los mismos e identificando cuando se constituyen en una problemática de salud.

En las situaciones abordadas en este artículo, los consumos problemáticos se presentan en relación con sustancias psicoactivas, siendo importante retomar el concepto de Droga definida como toda sustancia que modifica una o varias de sus funciones en un organismo vivo, pudiendo producir cambios en el sistema nervioso, alterando las sensaciones de placer y dolor, el estado de ánimo, la conciencia, la percepción, la capacidad de pensar y otras funciones psicológicas (Health Officers Council of British Columbia, 2011). Siendo necesario ampliar este concepto, entendiendo que las mismas: "...revelan



los estilos de relaciones que el individuo mantiene consigo mismo y con el otro en un determinado contexto socio histórico” (De Ieso, L., 2008, p.7), dando cuenta del malestar social. En este sentido, Epele (2007) describe la estigmatización sufrida por las personas que atraviesan situaciones de consumo problemático de sustancias, concibiendo al sujeto como enfermo, transgresor y peligroso, excluyendo a la comunidad de responsabilidades y justificando una reducción de las intervenciones a lógicas punitivas.

Considerando estos aspectos y otros propios de cada persona y de su entorno, sin adentrarme en discusiones teóricas de diferenciación de uso, abuso y dependencia, en este trabajo consideraré como consumos problemáticos a aquellos que generan un impacto negativo en varios aspectos de la vida cotidiana de la persona de manera sostenida en el tiempo, incluyendo: pérdida de vínculos familiares y de amistad, despido laboral, abandono de estudios, entre otros. En este sentido: “lo determinante no es el producto, sino la relación con el producto y el modo de vida en que se inscribe” (Castel y Coppel, 1994, p. 230).

Dicha vida, siguiendo a Bonet i Martí (2006), se desarrolla en territorios cotidianos operan los procesos de segmentación y estigmatización, por lo que es relevante que las intervenciones consideren la estructura de oportunidades formadas por las distintas redes operantes en donde habitan y transitan las personas, entendidas como parte de sus capitales. En este aspecto, tomando aportes del estructural constructivismo, en la caracterización de la población objeto de este estudio, considerando los capitales sociales, culturales, económicos y simbólicos de las personas, entendiendo al campo social es un espacio objetivo, estructurado por posiciones de agentes que disputan capitales, desarrollando una gran variedad de estrategias que orientan acciones en base a fines, en función de diversos intereses, tendientes a conservar o mantener su patrimonio, mejorando su posición en este entramado de relaciones (Bourdieu, 2001). En este campo se ubican las instituciones sanitarias y les profesionales que las habitamos, configurando respuestas sanitarias a lo que se considera en cada momento histórico como

problemáticas de salud. En este sentido, respecto a las respuestas sanitarias frente a las situaciones de consumo problemático de sustancias, existen dos grandes modelos que han guiado históricamente las intervenciones en situaciones de consumo problemático de sustancias, tomando de referencia la clasificación propuesta por Abril, Decca y Mercado (2019):

- » *El modelo abstencionista* que propone el objetivo de la abstinencia total de sustancias, considerandolas como causantes de los problemas de la persona, representado en el eslogan: “sociedad libre de drogas”, donde les profesionales poseen un saber y poder legitimado socialmente, siendo quienes pautan los objetivos con la persona y con algún referente, exigiendo el cumplimiento de los mismos, siendo el consumo motivo de sanción.
- » *El modelo de gestión de riesgos y daños* que incluye estrategias de prevención y asistencia, buscando disminuir los efectos negativos del uso de drogas a nivel individual, familiar y socio comunitario (Romaní, 2008). Este modelo reconoce que cada sujeto se encuentra inserto en un contexto determinado y que el vínculo que establece con la sustancia es particular, por lo que no existen respuestas uniformes. Se trabaja sobre acuerdos y estrategias co-construidas y periódicamente revisadas con los diferentes actores de la situación problemática.

Lo expuesto muestra la complejidad de la problemática y la necesidad de un abordaje interdisciplinario e intersectorial, desde una mirada amplia del concepto de salud. En este punto, el aporte de la *Teoría de la complejidad* (Morin, 1994) es fundamental para pensar la no linealidad de las situaciones de las personas atravesadas por consumos problemáticos de sustancias, donde tanto sus motivaciones para consumir, sus facilidades de acceso a determinado tipo de sustancias, los contextos de compra-venta que los implican, la cantidad y frecuencia del consumo, las dinámicas familiares, las redes de apoyo existentes, las representaciones sociales circulantes y el acceso o no a espacios laborales,

educativos, recreativos y de salud, son algunos de los elementos a considerar.

Así, el acceso al sistema sanitario es solo un aspecto de los abordajes de estas situaciones que deben ser, necesariamente, interdisciplinarios, interinstitucionales y con una mirada comunitaria. En este sentido, retomo el concepto de Salud Mental del Art. N°3 de la *Ley Nacional de Salud Mental* N° 26.657, entendida como un proceso atravesado por múltiples componentes, vinculados a la garantía de derechos humanos.

A partir de estos conceptos, el análisis que desarrollo luego fue realizado en base al registro de campo diario, como técnica teórico metodológica, junto a la revisión de informes, actas, estadísticas y otros documentos propios de la práctica cotidiana. A continuación caracterizo a la población de estudio considerando algunos de estos aspectos.

Las edades oscilan entre los 19 y los 68 años de edad, teniendo entre 30 y 40 años 5 de estas personas, iniciando la totalidad el consumo de sustancias durante la adolescencia, lo que me lleva a pensar en la necesidad de trabajar con esta franja etaria de manera preventiva. Toda la población de estudio cuenta con lecto escritura, habiendo culminado la escuela primaria o iniciado el secundario en general, a excepción de una persona que accedió a estudios terciarios.

De estas personas, 7 de las 10 son varones y todos contaron, en algún momento con intervenciones de organismos policiales y judiciales en los inicios del acceso a los espacios de tratamiento, lo que no sucedió en las situaciones de las mujeres. Frente a esto me pregunto si, más allá de la crítica a la judicialización de problemáticas de la vida cotidiana, no existe incluso en estos procesos algo del orden de la presencia de una red vincular (generalmente madres y hermanas)

desde la preocupación y la intención de cuidar, que habilita la posibilidad de tratamiento, atravesada por la cuestión de género<sup>8</sup>.

En relación a la situación económica: 4 personas cuentan con pensiones o jubilaciones como transferencias formales del estado, 1 cuenta con una obra social provincial a partir de un empleo formal, 1 cuenta con una obra social prepaga por parte de su padre, y las demás personas cuentan con trabajos informales. Se observa claramente la importancia de la presencia del Estado, a través de diversas políticas públicas, en el acceso a condiciones económicas mínimas que posibilitan la garantía de derechos, más allá de que en muchas situaciones éstas tengan falencias y ameritan estudios independientes para su acabado análisis.

Cabe aclarar que una de estas personas contaban con empleo formal previo a la pandemia, perdiendo el puesto laboral durante este contexto e iniciando con episodios de intentos de suicidio, como un claro ejemplo del impacto del contexto de pandemia en la vida cotidiana y en la salud mental de la población. De esta manera, se puede observar como determinantes estructurales profundizan desigualdades y procesos de marginalización (Castell, 1991).

Respeto de la situación habitacional, solo 2 personas residen en viviendas de propiedad de su grupo familiar, 3 se encuentran en instituciones reguladas por el ámbito de salud local o por el Servicio Penitenciario, mientras que las demás personas alquilan, recibiendo de manera frecuente ayudas económicas y módulos alimentarios de las áreas de desarrollo social municipal y provincial. Todas las viviendas cuentan con acceso a energía eléctrica y agua potable, la mayoría tiene acceso a gas natural y cloacas, a excepción de una vivienda que se ubica en un barrio de reciente creación, ubicado a 7km del Hospital, que se calefacciona a leña y cuenta con pozo ciego. De esta manera, el padecimiento mental y la necesidad de atención/

<sup>8</sup> De estos datos surge la interpelación en relación al acceso de las mujeres al sistema de salud (Decca, 2018), observando situaciones que no son mencionadas en este trabajo, donde mujeres decidieron no acceder a espacios terapéuticos por tener que estar con sus hijos o por presiones de familiares en caso de que acudiesen a una comunidad terapéutica. Tomando estos ejemplos, entiendo que las internaciones tomadas de referencia en esta ocasión, no son un reflejo de la complejidad de la problemática a nivel local, sino solo una representación de la misma en un sector de la población.

cuidado: “dialoga con la vulneración de derechos, la incertidumbre, el padecimiento subjetivo” (Carballeda, 2016, p.3).

Se observan dificultades en el acceso a la vivienda, existiendo la necesidad de gestión constante de diversas ayudas económicas por parte de organismos estatales, a fin de sostener pagos de alquiler, en ocasiones, en condiciones edilicias precarias en función de las características de la ciudad. De las 7 personas que residen en domicilios, 2 vivían con sus madres y hermanas hace un año, residiendo solos desde hace algunos meses. Solo 2 grupos familiares cuentan con entre 8 y 10 integrantes, residiendo en viviendas de 4 habitaciones. Una persona reside con su progenitora y otra con sus dos hijas adolescentes.

Además, la falta de medios de movilidad y las dificultades en el acceso al transporte público, aparecen en al menos 6 de las 10 situaciones mencionadas, dificultándose el traslado tanto al hospital como a varios espacios a los que podrían acceder, por ejemplo, recreativos, en una ciudad con las características geográficas de montaña, grandes distancias, escaso transporte público y las implicancias del clima frío en la zona, en especial en invierno. Esto impacta en la accesibilidad entendida como el acercamiento entre las personas y las instituciones, constituyéndose en una fuerte barrera de acceso a la salud (Comes et. al., 2006).

Al menos en 3 situaciones, existen referencias a estas personas como “agresivas” por parte de sus familiares cercanos. En ocasiones las personas relatan conflictos en sus vínculos intrafamiliares, manifestando otros puntos de vista en relación con dichos episodio, por lo que es importante preguntarse, frente a estas expresiones, por el atravesamiento de las representaciones sociales ligadas al consumo problemático de sustancias, sin desconocer la posibilidad de conductas auto o heteroagresivas, y la necesidad de cuidado tanto de la persona como de su familia y entorno. Esto refleja la estigmatización de la que hablan Epele (2007) e I Martí (2006), y el impacto en la vida cotidiana de las personas.

En cuanto a las drogas que consumen, predomina el alcohol en primer lugar, seguido por la

marihuana y en un último lugar por psicofármacos, prevaleciendo el consumo de sustancias legales en nuestro país. Esto no implica que no existan otros consumos en la localidad (cocaína, poxiran), pero no son los que prevalecen dentro de la población mencionada. Cabe recordar, de todas maneras, que este no es un aspecto central en este análisis.

También aparece el rol del desarraigo y la elaboración de las diversas pérdidas relativas a la vida cotidiana, sobre todo en relación a los lazos afectivamente significativos, así como la construcción de un sentido de pertenencia en torno a un lugar (en sus dimensiones materiales y simbólicas) en la producción misma del consumo. En este sentido, solo 5 personas no son nacidas en la provincia, pero incluso dentro de la provincia, se reitera el atravesamiento de una o varias mudanzas hasta establecerse en la localidad. En este sentido, retomo a Fabiana del Carmen Vargas (2009), quien realiza una investigación en la localidad de Ushuaia (Tierra del Fuego) y concluye que el desarraigo es un factor significativo en el aumento del consumo, refiriendo que: “Existen multiplicidad de circunstancias que se asocian a esta situación como: soledad, distancia, sentimientos de extrañeza, escasa vida social dadas las características del clima, sentimientos de encierro y depresión” (Vargas, 2009, p. 13).

En esta misma línea, todas las situaciones se caracterizan por la fragilidad de las redes vinculares, lo cual se profundiza constantemente como parte de la dinámica de consumo de sustancias psicoactivas. Esto no implica que no existan relaciones en la vida cotidiana de estas personas; no obstante, señalo que las personas usuarias no suelen percibir que estos vínculos estén afectivamente disponibles y con posibilidad de alojar el acontecer subjetivo.

Además, se registra el horario de la tarde/ noche y noche como el momento en donde se presentan la mayor parte de las consultas por guardia por intoxicación, en palabras del Méd. Psiquiatra Francisco Fernández: “es cuando aparecen los fantasmas”, y en palabras de las personas: “Llega la noche y me deprimó”, “Vuelvo a casa y necesito tomar”, “Salgo del trabajo y me junto

con amigos a consumir”, “Me ayuda a no pensar, a evadir la realidad”. Por este motivo, el espacio grupal interdisciplinario que se desarrolla funciona en el horario de la tardécita y tiene un valor fundamental. En este sentido, también existen otros espacios comunitarios de referencias, como los espacios religiosos, en 3 de las situaciones, o los clubes deportivos, en otras 3, que posibilitan una mayor inclusión social.

### **¿Qué se espera del Trabajo Social en estos abordajes?**

En un contexto atravesado por disputas entre los modelos de abordajes expuestos, me posiciono desde un enfoque relacional y multidimensional, tomando aportes teóricos del estructural constructivismo y del paradigma de la complejidad para realizar el análisis de las situaciones de estudio, centrándose en el modelo de abordaje en salud de reducción de riesgos y daños. Este enfoque, según la Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas (2019), busca poner en relación distintos constituyentes de la problemática que han sido el centro de distintos enfoques a lo largo de la historia (lo ético jurídico, lo médico sanitario, lo psicosocial, lo geográfico y lo socio cultural): “Se analizan los condicionantes que pueden incidir en el consumo, pero enfatizando que se deben tomar como probabilidades y no como determinaciones” (Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas, 2019, p. 33).

Considerando este posicionamiento, voy a describir cómo llegan las solicitudes de abordaje al Servicio Social en 9 de las 10 situaciones de este estudio, para luego analizar aportes y desafíos para el Trabajo Social. Cabe aclarar que en las 10 situaciones, las personas contaron o cuentan con espacios individuales de terapia con psiquiatría y psicología, 8 acudieron o acuden al grupo terapéutico que se desarrolla semanalmente en el Hospital. Además, en 3 situaciones existen consultas periódicas a otras especialidades por padecimientos vinculados al consumo sistemático y frecuente de diferentes sustancias psicoactivas.

Las demandas a la profesión se enfocan en 3 ejes: *autonomía, recursos y abordajes vinculares*, presentándose de maneras diferentes por parte de profesionales y de las personas usuarias.

Mayormente (al menos una por semana) como interconsultas de Salud Mental, requeridas en un espacio de reunión de equipo semanal o de manera telefónica durante la semana, según la valoración de prioridades de profesionales de psiquiatría, psicología y psicología social de dicho Servicio. En estas situaciones, generalmente, se realiza una primera entrevista conjunta, institucional o domiciliaria, donde se le explica a la persona los motivos por los cuales nos convocan, escuchando la opinión de la misma en función de esto y acordando objetivos y estrategias de trabajo conjunto.

- » Por parte del equipo de Salud Mental, estas demandas suelen centrarse en la solicitud de figuras de apoyo para la administración de la medicación y la gestión del dinero en la vida cotidiana, la necesidad de abordaje familiar frente a reiterados conflictos y a escasa adherencia a espacios terapéuticos propuestos y la gestión de recursos ligados a necesidades materiales como vivienda, alimentos y medicación.
- » Mientras que por parte de las personas surgieron demandas como: Independencia económica, incluyendo la elección de dónde y con quien residir, así como el deseo de trabajar, el acceso a alimentación y/o ayudas económicas, en segundo lugar, la mediación para el acceso a turnos y movilidad para trasladarse a los mismos, en ocasiones, identificándose múltiples barreras institucionales que limitan la accesibilidad (Comes, et. al., 2006) y aumentan las consultas por guardia, Privacidad para encontrarse con vínculos afectivos.

Ante estas situaciones, en base a línea teórica, se despliegan una diversidad de abordajes, entre los cuales mencionaré algunos sin pretender ser exhaustiva sino ejemplificadora sobre los mismos:

- » Escucha activa e interdisciplinaria.

- » Identificación de redes existentes y potenciales: familiares, de vecindad, amistad, en espacios laborales, escolares, en ámbitos recreativos u otros de concurrencia habitual.
- » Reconocimiento de intereses y potencialidades de la persona, así como de ámbitos para su posible desarrollo y/o fortalecimiento, en función de su proyecto de vida.
- » Elaboración conjunta de herramientas vinculadas a la búsqueda laboral que, a la vez, posibilitan el reconocimiento de experiencias y habilidades invisibilizadas.
- » Articulación con el Grupo Grupo de Atención Integral a las Adicciones, actualmente coordinado por un psicólogo social, una psicóloga y un psiquiatra, si bien han participado del espacio trabajadores sociales y promotoras de salud en distintos momentos.
- » Entrevistas y espacios de asesoramiento a familiares, junto con la persona, y/o en diversos espacios.
- » Acompañamiento de procesos de deconstrucción de preconceptos, en especial con las redes vinculares, principalmente referidos a salud mental y consumo problemático de sustancias.
- » Asesoramiento, cogestión y/o articulación con diversas instituciones, según la necesidad.
- » Gestión de recursos dentro de la institución, tales como: educación, movilidad, viandas y figuras de apoyo.

Sobre este último punto, cabe aclarar que, en ocasiones se valora la necesidad de acompañamiento terapéutico, pero la localidad no cuenta hoy con formación terciaria o universitaria específica, existiendo menos de 10 personas con cursos de formación en el área, quienes ya se encuentran con trabajo en otros ámbitos, por lo que se articula con un programa provincial que contempla el pago de personas que realizan tareas de cuidado en domicilios. Se elaboran planes de trabajo de manera conjunta entre miembros del equipo, la persona y sus

referentes afectivos, plasmando objetivos y tareas.

Este punteo solo busca graficar prácticas habituales vinculadas a la problemática en la localidad, pero existe una gran diversidad de situaciones e intervenciones, propias de la complejidad de la problemática.

En segundo lugar, las demandas de intervención también llegan a través de preocupaciones manifestadas por familiares, amistades o referentes locales (al menos 12 situaciones en un año). En estas situaciones, se brinda un espacio de escucha activa y asesoramiento en relación a la problemática, a la legislación actual en la materia y alternativas de abordaje. De tratarse de:

- » Personas que ya contaron con abordajes institucionales de salud mental: se acuerda entrevista domiciliaria para reevaluar la situación y las alternativas de abordaje. La persona puede acercarse, sola o acompañada a requerir acompañamiento en su situación por parte del sistema sanitario.
- » Personas que no reconocen estar atravesando un consumo problemático de sustancias y que no han tenido abordajes por parte de los equipos de Servicio Social, Salud Mental, ni promotoras de salud. Aquí se brindan espacios de escucha y asesoramiento a vínculos afectivos. En estas situaciones, generalmente, media intervención de personal policial y/o solicitud de Defensoría o Juzgado local.

En ocasiones, llegan oficios solicitando valoraciones socioeconómicas por parte del Juzgado local, relativas a situaciones que contaron con abordajes de otros Servicios, sin haber intervenido nunca personal del Servicio Social. En estas ocasiones surge el interrogante sobre la pertinencia o no de dicha solicitud, lo cual es motivo de debate al interior del equipo, considerando que son situaciones en las que la demanda no llega ni de las personas, ni de sus familias ni de profesionales de la institución.

- » Sólo en escasas ocasiones la persona llega a demandar por cuenta propia, tratándose

generalmente de personas con las que se realizó previamente abordajes por esta u otra problemática, que acuden solicitando articulación para conseguir turnos de psiquiatría o psicología, frente a dificultades para hacerlo a través de las vías institucionales clásicas. Ante esto se brinda espacio de escucha activa y se realiza una nueva valoración de la situación actual de la persona, para luego ofrecer alternativas de espacios grupales que no requieren de instancias previas para acudir y/o asesorar para la gestión de turnos, articulando a su vez con el equipo correspondiente.

En la intervención del Trabajo Social, la observación atenta y la escucha activa son fundamentales, sea en una entrevista domiciliaria o institucional, en un abordaje individual, familiar o grupal, en donde se despliegan diferentes dinámicas en diversos contextos temporo-espaciales. El uso de la palabra en dichas intervenciones, construye realidad, genera movimientos y poder considerar esto, lo dicho, los silencios y sus implicancias, es parte de una vigilancia epistemológica permanentemente necesaria en nuestro ejercicio profesional. Atender a nuestros preconceptos, donde se juegan nuestros marcos teóricos, éticos y políticos, influyendo tanto en cómo hacemos uso de la mirada y la posición corporal en una intervención, hasta en la orientación que plasmamos en un escrito, más segregadora o tendiente a la inclusión comunitaria.

A su vez, considero que jugamos un rol clave en la elaboración y puesta en marcha de proyectos de promoción y prevención en el ámbito de la salud, atravesados por esta lógica, siendo necesarios equipos de trabajo que se formen, debatan, interroguen, cuestionen y se animen a generar estrategias creativas constantemente, por fuera de lo instituido.

En este sentido, desde los conocimientos y hábitos propios de la profesión, podemos aportar a la interdisciplina como construcción dialógica y relacional permanente (Stolkiner, 2019), en el día a día, en busca alternativas de intervención integrales, críticas, fundadas, éticas, reflexivas, que valoren la dimensión histórica y del contexto

actual, político, económico, mirando a la familia, a la comunidad, a su cultura y demás redes de la persona como fundamentales. Valorar sus propios recursos, estrategias habituales, características de su vida cotidiana, singular y parte integrante de una totalidad dinámica. Asesorar, co-gestionar recursos que disminuyan riesgos, aumenten cuidados y favorezcan el acceso a los apoyos necesarios, con la mayor autonomía posible como horizonte.

A continuación, expongo un abordaje profesional interdisciplinario, en una historia atravesada por múltiples elementos que vengo mencionando, a fin de tratar de graficar lo expuesto sin perder de vista la complejidad y singularidad de cada situación.

### **Un ejemplo de intervención: La historia de Miguel**

“Está afectado neurológicamente desde el accidente, se cayó de un camión en el que trabajaba estando alcoholizado, no se puede ni hablar con él, no tiene sentido un espacio terapéutico, la idea es que puedas trabajar con la familia”. A partir de esta demanda (y de estos preconceptos), conozco a Miguel en febrero de 2021, en una habitación del primer piso del Hospital de El Calafate, custodiado por la policía para evitar que se fuera en contra de su voluntad.

Miguel es un joven de 35 años. Tiene dos hijos que viven con su madre y su actual pareja, mientras que él vivía con su madre, jubilada, y una de sus hermanas menores, estudiante de secundaria. Su padre no estuvo presente en su crianza y tiene hermanos residiendo en la localidad, con sus parejas e hijos.

Me cuenta sobre su historia de consumo, que solía vender diferentes sustancias ilegales y que trabajaba hasta el día del accidente en enero de 2010: estaba alcoholizado, subido a un camión que recorría las pendientes de la ciudad, cuando se cayó y se golpeó la cabeza en el asfalto. Estuvo varios meses internado con múltiples intervenciones en donde su movilidad y habla quedaron afectadas. Previamente había estado internado 2 veces debido al consumo problemático de sustancias, y la

internación en la que lo conozco era la 6ta posterior a la internación por el accidente.

Hablaba poco, costaba entenderlo, a veces dudaba si era por los “daños neurológicos”, por el alcohol, por la medicación o por algún otro motivo. En ese y varios encuentros posteriores, refería que no volvería a consumir alcohol y constantemente volvía a encontrarme con llamadas y mensajes sobre que se iba sin previo aviso, sea de su casa o del Hospital. Intervenciones policiales mediante, siempre volvíamos a encontrarnos y volvía a surgir el imperativo: “hace años que trabajamos con él, ya no va a cambiar mucho, es un caso perdido”. Se suscitaron 5 internaciones más entre marzo y octubre de ese año.

En las intervenciones con sus familiares, observaba escasa disposición a acompañar un proceso de trabajo, reiterándose expresiones de enojo y frustración, junto con conductas expulsivas. Se ofrecieron espacios terapéuticos familiares, grupales, terapia individual para familiares, sin que aceptaran acudir, ni se generaran movimientos significativos. Debido a esto, en conjunto con su psiquiatra tratante, solicitamos la cobertura de un acompañante terapéutico a su obra social, demanda que nunca tuvo respuesta favorable.

Aun así, reconociendo la necesidad de un trabajo en equipo con mayor presencia en la cotidianeidad de Miguel, comenzamos a trabajar con cuidadoras domiciliarias de un Programa provincial<sup>9</sup>, algo autorizado excepcionalmente, considerando que sí contaba con cobertura social. Cuidadoras jóvenes, precarizadas y sin la formación adecuada, que fueron renunciando en varias ocasiones y por diversos motivos, hasta que una de ellas logra entablar un vínculo diferente, trabajando con Miguel durante más de un año. En este sentido, considero que fue central: “... abordar sin invadir, construir una estrategia posible, respetando los tiempos y necesidades de cada persona favoreciendo prácticas subjetivantes, siempre mediadas por un trato digno” (Camarotti, 2017, p. 19).

Con Laura (cuidadora), se hicieron posibles más salidas de Miguel de su domicilio que, durante mucho tiempo, se constituyó en una pequeña cárcel en la que iba desde su habitación hasta el sillón del comedor, con vigilancia en caso de asomarse a la vereda. Primero fueron las caminatas al parque cercano (a 2 cuadras) y al centro, no faltando ocasiones en las que Miguel saliera corriendo para conseguir alguna petaca en un kiosco que se ubica a una cuadra de su casa, frente a una escuela local o de algún vecino que se la otorgara “para no pelear, por miedo”.

Durante varios meses me acercaba a su habitación en la guardia o en la internación, o a su casa, y los diálogos fluían principalmente con su cuidadora, con sus familiares, quienes a veces nos recibían con gritos y reproches, rechazando gran parte de las sugerencias, fuesen terapéuticas o administrativas, salvo que viniesen del médico: “Vos disculpame, pero a mi acá solo me importa lo que diga Federico”. Miguel era casi un ente, siempre recostado en el sillón, tropezándose con sus propios pasos y sin poder articular palabras.

Con el tiempo, reforzando lo que comentaba ya una cuidadora anterior, Laura comienza a compartir lo que conversaba con Miguel: su necesidad de ver a sus hijos, las discusiones con su madre y con la madre de sus hijos, los conflictos económicos, los rencores por situaciones de su pasado.

Habilito una invitación: un día y horario para que él se acercara al Hospital, para asesorarlo con diferentes trámites como la cuota alimentaria de sus hijos y la gestión de su Certificado Único de Discapacidad crítica, a fin de mejorar la cobertura de su obra social, a lo que su familia se negaba por diversos temores.

Miguel comienza a habitar este espacio en un consultorio del Hospital: uno pequeño, sin ventanas, un depósito adaptado en el pasillo técnico de la institución. En ese espacio comienzo, cada vez más, a escuchar su voz, su versión

<sup>9</sup> Se trata de una política que reconoce la importancia de los roles de cuidado, pero financia un pago por hora menor al 50% de lo establecido por el Ministerio de Trabajo para personas que realizan tareas de cuidado en la actualidad, entrando en conjunción múltiples vulnerabilidades y violencias, de quienes precisan cuidados y de quienes los ofrecen.

de la historia. Voz que demandaba libertad, independencia: salir, ver a sus hijos, que se queden en su casa, volver a trabajar. Pero ¿cómo acompañarlo en su deseo de vivir solo si no pasaba mes en que no llegara alcoholizado y con denuncias de agresión a la guardia?

Desde un Modelo de abordaje en salud de Reducción de riesgos y daños (Romaní, 2008), con dudas, pero con acuerdos mínimos con su psiquiatra, le propongo a Miguel ayudarlo a gestionar lo necesario para volver a trabajar y, tal vez, con el tiempo, irse a vivir solo, siempre que pasarán 3 meses sin que tomar alcohol (centrándonos en la sustancia sobre la que existía un consumo problemático en su cotidianeidad) y sin tener conductas agresivas para con sus familiares. Acordamos en que para vivir solo y volver a trabajar, era importante que los referentes de las instituciones públicas involucradas pudieran observar un cambio.

Mientras, insisto con la necesidad de un espacio de terapia psicológica para él, algo que seguía sin considerarse necesario ni prioritario frente a la falta de turnos: “¿Qué querés que hagamos en una terapia con él?”.

Miguel comienza a asistir sin ninguna falta tanto a las citas del psiquiatra como a los encuentros que pautaba conmigo y retoma una actividad deportiva que realizaba antes y donde es referente un antiguo compañero del secundario.

Casi llegando a “la meta”, a la cual reconozco que le temía por el compromiso que implicaba, así como la complejidad de su historia y de su entorno, Miguel vuelve a tomar alcohol luego de discusiones con su madre y de otros motivos de angustia que logra reconocer. Reconocemos junto con Laura sus avances, lo entendemos como parte del proceso, pero aun así volvemos a la cuenta a cero en cuanto a acompañarlo en su independencia. Aun así, comenzamos a acompañarlo en su posibilidad de regreso al trabajo. Notas y comunicaciones mediante, Miguel retoma su espacio laboral con horario reducido y reitera su necesidad de vivir solo.

Un día, Miguel se va de su casa, pero esta vez no toma alcohol, sino que acude a compañeres que le

ayudan a buscar un lugar en donde alojarse, si bien luego va a mudarse nuevamente a otra vivienda de ese mismo barrio, cerca del centro, donde las actividades que realiza no quedan a una distancia mayor a 1 o 2 km de donde reside.

Durante el primer tiempo un compañero de trabajo maneja parte de su dinero y el kiosquero del barrio lo orienta en que es mejor comprar: “le explico que es mejor que lleve pan a chocolates, que si compra uno tiene que compartirle a todos con los que vive y no le conviene, que no necesita tomar tantas gaseosas”. Kiosquero con el que hablamos en conjunto con Miguel y su cuidadora, en algunas de las visitas realizadas a su casa/ barrio, donde acordamos límites, hacemos cuentas y volvemos a hablar cada semana.

Pasó más de un año desde el reinicio de “la cuenta a 0” y ya hace varios meses que no requiere de figuras de apoyo en su vida cotidiana. Durante este tiempo comienzan a trabajar con él dos psicólogas (una residente), lográndose un abordaje en el cual Miguel mejora significativamente su tolerancia a la frustración y su control de impulsos, si bien frente a situaciones de desborde emocional esto sigue siendo difícil, impactando en sus relaciones interpersonales. También hubo variadas idas y vueltas en el abordaje en relación a la necesidad de sostener un esquema farmacológico, y sigue siendo un desafío la redefinición interdisciplinaria de este abordaje.



Hoy Miguel vive solo, trabaja, hace deportes y comparte mucho más tiempo con sus hijos. Desde hace un tiempo nos cuenta que una de sus hermanas está tomando mucho alcohol y le pide plata para consumir. Frente a esto me pregunto: ¿Cómo acompañar a su familia con



estas situaciones que emergen y se reiteran? ¿Podrá Miguel reconstruir otros vínculos con sus familiares en algún momento? Interrogantes que se me presentan pero que no logran ocultar lo significativo de su historia y de su presente. El presente de un Miguel que se hace escuchar, que decide sobre su vida y que nos sigue enseñando.

## Reflexiones

Los espacios que se ofrecen actualmente para estas situaciones, suelen no otorgar la suficiente relevancia al fuerte componente social de un sistema social injusto, mercantilista y meritocrático que fractura en vez de reforzar lazos sociales.

No se puede centrar la necesidad de atención sanitaria solo en la persona, sin profundizar la estigmatización de la persona como causante de problemas propios y del entorno, y como si la solución a los mismos solo dependiera de la decisión individual.

Al compartir estos datos y análisis, fue posible la circulación de debates y reflexiones entre diferentes disciplinas y actores de otras instituciones, elaborando en conjunto con el Psicólogo Social Alejandro Basualdo, una propuesta de implementación de un Espacio juvenil de promoción de la salud, a desarrollarse semanalmente en un club de la localidad, con el objetivo de generar un espacio de promoción y prevención de la salud mental dirigido a jóvenes de la localidad.

La puesta en marcha de esta propuesta implica la articulación de 4 disciplinas del ámbito de la salud y de 3 instituciones locales, remarcando el carácter interdisciplinario, interinstitucional, territorial y participativo de la propuesta. En este sentido: “Desde la perspectiva de salud colectiva, las prácticas que confrontan el individualismo y la competencia propios de la sociedad de mercado, para sustituirlos por la solidaridad y la cooperación, son prácticas que promueven la salud”. (Bang, S/d, pp..2-4). Continuamos trabajando en aumentar y descentralizar espacios grupales, talleres recreativos y actividades deportivas, así como

en facilitar el acceso a ámbitos educativos de diferentes niveles, en articulación con diferentes instituciones de la localidad.

Otras propuestas a comenzar a dialogar, en función de lo expuesto en el presente artículo, son los espacios de Primera escucha interdisciplinaria, la Consejería interdisciplinaria y abierta a la comunidad sobre consumos problemáticos, y la Promoción de prácticas solidarias vinculadas a la economía social, existiendo interés por parte de algunos actores sociales en comenzar a trabajar sobre algunas alternativas.

Considero de suma importancia la escucha atenta de la voz de la persona, así como de la corresponsabilidad comunitaria frente a las situaciones de consumo problemático, siendo fundamental acompañar procesos de deconstrucción de prejuicios y de fortalecimiento de capitales personales y comunitarios, buscando reconocer y abordar situaciones de desigualdad de forma interdisciplinaria y en red, comprendiendo a la problemática en su integralidad.

Continúan abiertos muchos interrogantes como: ¿Qué podemos garantizar, cuando es el sistema el que necesita del consumo, cuando a quien criminaliza la sociedad es a los Migueles víctimas de la vulnerabilidad y la perversidad, y no a los productores de esta maquinaria capitalista generadora de consumidores? ¿Cuántos Migueles han atravesado mi trayectoria laboral hasta hoy? ¿Qué sucede cuando la realidad es insoportablemente injusta? Con estas preguntas apuesto a continuar debatiendo y construyendo prácticas que promuevan el protagonismo de las personas, la garantía de Derechos Humanos, el acceso a la atención sanitaria y a la mejor alternativa de abordaje posible en cada una de estas situaciones.

## Bibliografía

- » Amendolaro, R. (2013), “Entre el diagnóstico de cronicidad y el fenómeno de la
- » discapacidad desde una perspectiva de

- Derechos Humanos”, en *Revista Salud Mental y Comunidad*, Año 3, Nº 3, Diciembre de 2013. Departamento de Salud comunitaria. Ediciones de la UNLa. La Plata (Buenos Aires, Argentina).
- » Bang, Claudia (S/d), *Estrategias comunitarias en (promoción de) Salud Mental. Una práctica posible para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas*. S/d.
  - » Bourdieu, Pierre (2001). *Poder, derecho y clases sociales*. Bilbao (España): Desclée de Brouwer.
  - » Camarotti, Ana Clara (2017), “Prevención y respuestas a los consumos de drogas: caminos recorridos y nuevas líneas de abordaje” en *Revista de profesionales en formación de salud mental, Clepios 72: Consumo*. Marzo/julio.
  - » Carballeda, Alfredo Juan Manuel (2016), “La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas” en *Revista Margen Nº 79*. Bs.As., Arg.
  - » Castell, Robert (1991), “La dinámica de los procesos de marginalización: de la vulnerabilidad a la exclusión” en *El Espacio Institucional*. Editorial Lugar. Buenos Aires (Buenos Aires, Argentina).
  - » Comes, Yamila, Solitario, Romina, Garbus, Pamela, Mauro, Mirta, Czerniecki, Silvina, Vazquez, Andrea, & Sotelo, Romelia (2006). “El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios.”. Obtenido de *Revista Scielo*: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-16862007000100019](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16862007000100019)
  - » Decca, Eugenia (2018), *Apuntes de un conversatorio sobre el “Programa El Sol”, en el espacio de formación de la Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental*. Junio, 2018. Córdoba (Córdoba, Argentina).
  - » Epele, María (2007). “La lógica de la sospecha. Sobre criminalización del uso de drogas, complots y barreras de acceso al sistema de salud”. *Cuadernos de Antropología Social*. Instituto de Ciencias Antropológicas, UBA, Buenos Aires.
  - » Health Officers Council of British Columbia (HOC) (2011). *Public Health Perspectives for Regulating Psychoactive Substances*. Victoria, BC: HOC.
  - » I Martí, Jordi Bonet (2006). La vulnerabilidad relacional: Análisis del fenómeno y pautas de intervención en Redes. *Revista hispana para el análisis de redes sociales, Buenos Aires (Argentina)*, 11(4), 0.
  - » Ley Nacional de Salud Mental (2010), *Boletín Oficial de la Nación Argentina*, 26657, diciembre 2, 2010.
  - » Morin, E. (1994). *Introducción al Pensamiento Complejo*. Ed. Gedisa. Barcelona (España).
  - » Romaní, Oriol (2008). “Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño”. *Revista Salud Colectiva*. Vol.4 Nº3 pp.301-318. Universidad Nacional de Lanús, Buenos Aires.
  - » Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas (2019), *Abordaje integral de los consumos problemáticos*. Buenos Aires: Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas.
  - » Stolkner, Alicia: “Nuevos enfoques en Salud Mental”. *14º Congreso de arquitectura e ingeniería hospitalaria*. Buenos Aires (septiembre de 2003).
  - » Touzé, Graciela (2010). *Prevención del consumo problemático de drogas. Un enfoque educativo*. Buenos Aires: Ministerio de Educación. Troquel.
  - » Vargas, Fabiana del Carmen (2009), “Desarraigo social y dependencia alcohólica en sujetos que consultan en el Centro de prevención y asistencia de las adicciones en la ciudad de Ushuaia”, trabajo final del Curso virtual interdisciplinario a distancia, *salud mental, psicología y psicopatología del niño, el adolescente y su familia*. Disponible en: <https://psicoadolescencia.com.ar/docs/3/finalo13.pdf>, fuente consultada el 1 de agosto de 2023.

# CONFLUENCIAS

del Trabajo Social

CÓRDOBA

DICIEMBRE 2023

WWW.CPSSCBA.ORG



Colegio  
de Profesionales  
en Servicio Social  
de la Provincia de Córdoba

LA SALUD  
MENTAL  
ES JUSTICIA  
SOCIAL