

margen N° 78 – setiembre 2015

Sistematización de una experiencia de gestión en la Práctica de Salud Mental

A cuatro años de la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657

Por Daniela Rolando

Daniela Rolando. Licenciada en Trabajo Social. Jefa de Residentes de Servicio Social en Salud en el Hospital Interzonal Doctor José Penna. Bahía Blanca, República Argentina

Introducción

Este artículo tiene como objetivo analizar una estrategia de intervención interdisciplinaria e intersectorial llamada *Equipo de Gestión de Externación* realizada en 2013 y 2014 en el hospital donde me he desempeñado como residente del Sistema de Salud. Dicha estrategia fue puesta en marcha con el fin de generar instancias institucionales que permitan adecuar las intervenciones implementadas en el campo de la Salud Mental a los postulados de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

Los objetivos a los que abordare en el presente artículo son: a) visibilizar analíticamente las tensiones que se generan entre las prácticas tradicionales en Salud Mental (asilares) y las que proponen un abordaje comunitario con continuidad de tratamiento; b) identificar y transmitir aquellas experiencias de intervención en las cuales los equipos de salud han favorecido el abordaje comunitario y la continuidad del tratamiento. Para ello, describiré al equipo de gestión como dispositivo institucional, así como su historia y formación y para el análisis, tomaré los registros de campo que he adquirido a lo largo de mi práctica con la población sujeto de intervención, la cual se distribuye en la totalidad de dispositivos que integran el servicio de Salud Mental. A su vez, realizaré un análisis crítico reflexivo donde las siguientes categorías de análisis serán utilizadas como puntos de partida: procesos de salud-enfermedad-atención, interdisciplinariedad, intersectorialidad, trabajo en red, rol de las familias, atención primaria de la salud, gestión en salud, institucionalización y externación.

Por medio de este análisis crítico, el objetivo final de este artículo será iniciar un debate que propicie la reflexión sobre las prácticas de salud que a diario llevamos a cabo, partiendo de los siguientes interrogantes: ¿qué lugar tiene la dimensión comunitaria en las intervenciones de los equipos de salud?, ¿pueden ser de-construidos los modos de abordaje tradicionales donde poco o nada se propicia y sostiene el abordaje territorial?, ¿cómo se relaciona la rehabilitación de la persona con las condiciones materiales de su contexto de vida?, ¿cuáles son las implicancias y los costos que tiene el trabajo territorial y el abordaje comunitario para los equipos de salud?. Estos interrogantes propiciarán una reflexión al interior del tratamiento de la salud mental en los equipos de gestión de la salud.

Finalmente, se puede enmarcar el análisis de este trabajo, en una concepción de salud integral y en la perspectiva del proceso salud-enfermedad atención, donde la salud y la enfermedad son parte de un mismo complejo dinámico que se desarrolla en un momento histórico dado y en una sociedad determinada. En este marco, la salud y la enfermedad como emergentes de este complejo dinámico, son el producto de las condiciones materiales y simbólicas de existencia y de reproducción social de la vida cotidiana. Además, esta perspectiva supone que el sujeto de la intervención, quien es comúnmente conocido como “paciente” en el ámbito de la salud, es un sujeto activo y productor en este proceso que lo atraviesa.

Surgimiento del Equipo de Gestión de Externación como estrategia de abordaje

El Equipo de Gestión de Externación **-1-** fue creado en el mes de Septiembre del año 2013 en el hospital Penna de la Ciudad de Bahía Blanca, adoptando como guía y fundamento de su planificación el “*Consenso de la provincia de Buenos Aires*” **-2-**, el cual a su vez tiene como marco legal la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

La iniciativa surge por el interés proveniente de profesionales del hospital, pertenecientes a los servicios de Trabajo Social y Salud Mental, en modificar las modalidades de intervención llevadas adelante hasta el momento, con la finalidad de adaptarlas a los principios de la nueva ley, siendo que, históricamente y hasta nuestros días, persiste una lógica asilar-manicomial que atraviesa las prácticas de salud en dicho campo.

La ley referida establece, en sus principios generales, el derecho a la protección de la Salud Mental, el cual debe ser respetado en todos los servicios y por todos los efectores de salud del país, tanto del sector público como privado. Por otro lado, reconoce y establece la protección contra la discriminación y el ejercicio de los derechos humanos, la modalidad de abordaje comunitaria, el derecho al consentimiento informado y el derecho de los usuarios en los tratamientos y en las internaciones. Desde este marco, “*se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona*” **-3-**.

El EGE tiene como objetivo general, promover estrategias de abordaje de la salud mental en el marco de los derechos humanos y de la salud mental comunitaria, adecuando las intervenciones de los equipos de salud a los principios mencionados anteriormente. Esta estrategia tiende también a ser un espacio de construcción colectiva para la promoción de políticas públicas, favoreciendo la articulación entre la perspectiva micro y macro-social e intentando, de este modo, no caer en la reproducción de una “*política sin sujetos*” que desconoce las singularidades, repensando y recreando la práctica alienada de *lo ya hecho* en el campo de la salud mental.

Como objetivo específico, el EGE intenta dar respuestas a aquellas demandas que, desde las prácticas convencionales e históricas, no suelen ser abordadas desde una perspectiva comunitaria, siendo el principal resultado de las mismas, las internaciones por tiempo indefinido, o prácticas de corte hospitalocéntrico, generando en muchos casos, la reincidencia en las mismas.

La población con la que interviene el equipo está compuesto por hombres y mujeres pertenecientes a la franja etaria de 18 a 65 años que no cuentan con obra social. Por otro lado, la mayoría de la población sujeto de intervención se encuentra con diagnóstico de psicosis. Respecto al plano laboral, una proporción alta se encuentra sin trabajo formal al momento de la intervención y quienes lo hacen, forman parte del ámbito laboral informal y/o realizan sus trabajos por cuenta propia, teniendo dificultades para insertarse en el mercado laboral formal; siendo de este modo objetos de la asistencia pública estatal a través de pensiones, programas sociales o ayudas económicas co-gestionadas por el municipio y el Hospital. Algunos se encuentran internados en la sala de corto plazo, otros en salas de largo plazo, otros en hogares asistidos, casas de convivencia y otra parte menor de la población convive con algún familiar.

En cuanto al aspecto socioeconómico, en general la población con la que interviene el equipo pertenece a familias de bajos recursos con situaciones de precariedad. Como plantea Saraceno, refiriéndose a la población usuaria de servicios de salud mental, “*no todos los grupos sociales están en igualdad de riesgo, siendo las poblaciones de los estratos socio-económicos más débiles las más vulnerables*” (Saraceno, 2007:13). La Precariedad no solo se expresa en la dimensión material de la vida de los sujetos, sino también en la dimensión simbólica en la que está constituida: por el acceso a los recursos, las relaciones vinculares, y el estigma que acarrea la “locura” como categoría social.

A su vez, el EGE cuenta con un protocolo interno. Al momento de su implementación, dicho protocolo -que postula los criterios a tener en cuenta para las situaciones derivadas al equipo- fue transmitido a los servicios involucrados (Trabajo Social y Salud Mental). Las derivaciones recibidas son, por un lado, aquellas situaciones de pacientes que han sido internados con criterio médico por el psiquiatra de guardia y que presentan condiciones que dificultan su futura externación. Por otro lado, son derivados al Equipo aquellos pacientes que, estando internados en cualquiera de las Salas o Dispositivos del Servicio y teniendo criterio para su externación, no pueden hacerlo debido a diversas circunstancias que demoran la misma.

Con el fin de realizar abordajes adecuados a cada situación, se propone un procedimiento que articula el trabajo en equipo interdisciplinario entre Trabajadores Sociales, Psicólogos, Psiquiatras y Enfermeros. La estrategia busca promover una transformación en relación a la práctica frecuente de interconsulta bajo el famoso rotulo de “paciente social” que generalmente acarrea intervenciones fragmentarias. El procedimiento propuesto indica que al ingresar una situación a ser tratada por el equipo, se debe notificar por escrito al Servicio de Trabajo Social y al Servicio de Salud Mental simultáneamente. Ambos servicios, según corresponda, deben convocar a los referentes de Trabajo Social, Psicología y Psiquiatría que forman parte del EGE. A su vez, dichos referentes participan a los responsables municipales y regionales intervinientes en el equipo mencionado. Los actores involucrados sostienen reuniones con periodicidad semanal, diagnostican y comparten el análisis y planificación de estrategias adecuadas a fin de elaborar un proyecto terapéutico acorde a las necesidades de cada usuario, prestando especial atención a la comunidad y la organización territorial donde aquéllos residen. He aquí el énfasis en el carácter intersectorial, interinstitucional e interdisciplinario de esta estrategia de abordaje, entendiendo la tarea interdisciplinaria como *“la necesidad de nuevas formas de diálogo entre diferentes campos de saber”* (Carballeda, 2008:1). La estrategia apunta a generar una red integrada por diferentes instituciones intervinientes en el campo de la salud mental:

- 1) el Hospital Penna, el Hospital Municipal y las Unidades Sanitarias locales, respecto de las instituciones específicamente pertenecientes al campo de la salud;
- 2) el poder judicial y sus respectivas áreas intervinientes: la curaduría oficial de alienados, la asesoría de incapaces y la defensoría;
- 3) obras sociales: Profe, Pami, loma y;
- 4) otras instituciones de la sociedad civil, como ONGs de la comunidad que se desempeñan en la temática.

En el transcurrir de esta experiencia, he observado que al trastocar los modelos clásicos de abordaje en salud mental, se abre paso a la posibilidad de pensar un nuevo escenario de intervención para el Trabajo Social, asumiendo que, en la institución donde me desempeñé como residente, ha existido y todavía persiste una encrucijada relacionada a los modos de intervenir en este campo por parte del trabajo social. Esta encrucijada se basa en el debate por las modalidades en el ejercicio de prácticas que posean un sentido ético-político, autónomas, e interdisciplinarias, sin quedar replegadas al discurso psiquiátrico hegemónico. Es decir, el poder psiquiátrico, entendido como una lógica de funcionamiento encarnada en la institución y en sus métodos, se ha constituido generando relaciones asimétricas de poder y situaciones de subordinación entre quienes lo componen (ya sean estos, sujetos con padecimiento mental o profesionales).

Por ello, en este sentido, el equipo de gestión de externación se constituye también como una alternativa a esta realidad histórica que caracteriza las relaciones de poder en el campo de la salud mental. A su vez, al proponer el trabajo de servicios *co-gestionados*, se promueve también la democratización al interior del campo de la salud mental, campo donde históricamente prevaleció la psiquiatría como única “disciplina idónea” para indicar el tratamiento de las personas con padecimientos mentales.

A su vez, siguiendo el lineamiento de Sousa Campos, considero que la estrategia surge como respuesta a la *“necesidad de reordenar la clínica y la salud pública para lograr servicios más comprometidos con el bienestar de la población y humanizar los servicios de salud”* (Sousa Campos, 2001:321) siendo el campo de la salud mental un área de trabajo que poco se ha referenciado con el campo de los derechos humanos. Desde esta perspectiva, considero que *“la gestión en servicios de salud tiene como propósito comprometer a todos los participantes, incluso los usuarios como partes activas, tanto en la elaboración de diagnósticos como en los tratamientos”* (Sousa Campos, 2001:323).

De esta manera se promueve el ejercicio de la autonomía del campo de la salud mental a través del uso de un sistema de redes de un servicio hospitalario y de la sociedad civil, siendo éste partícipe de los procesos de salud-enfermedad-atención en los que está implicado. La existencia de una red de servicios de salud mental significa que el usuario es, efectivamente, un usuario de la red, y tiene por lo tanto acceso a la diversidad de servicios, articulados entre sí para responder a sus necesidades, en cualquier estado de su proceso de salud – enfermedad. En este contexto se intenta apostar a que cada sujeto usuario está dotado de la capacidad de establecer contratos, recuperando su condición de ciudadano desde la *“perspectiva del usuario como sujeto y actor de su propio recorrido de integración social”* (Mezzina, 2001: 47)

Materialización de la experiencia

El EGE realiza reuniones semanales los días martes desde las 9 hs hasta las 11hs. Se elabora una nota semanal por parte del equipo de trabajo social donde se puntúan los temas a tratar en la reunión. Además, se realiza un informe mensual de avance dando cuenta de los casos tratados en él, a fin de registrar y sistematizar la experiencia. Cabe aclarar que el rol del trabajo social es “fuerte” en la organización y la continuidad del equipo, ya que es la disciplina que lidera la iniciativa, siendo el espacio muy resistido por otros profesionales del ámbito hospitalario.

Durante el transcurso de las reuniones, en el periodo Septiembre del 2013-Marzo del 2014, se trabajaron 16 situaciones, las cuales se distribuyeron en la totalidad de dispositivos con los que intervinieron los equipos mencionados: la sala de internación de largo plazo, hogares PREA -4-, guardia de emergencias y hogares de convivencia.

Sala de internación de corto plazo. Las familias.

Se realizaron siete intervenciones pertenecientes a dicha sala de los cuales cinco usuarios todavía persisten allí. Los siete usuarios están judicializados, tres de ellos están declarados insanos en sentido jurídico y para el resto aún no fue dictada ninguna sentencia. Cuatro de los cinco son reincidentes, es decir que ya habían tenido una internación anterior. Los usuarios internados en la sala de corto plazo en pocas ocasiones son externados rápidamente cuando no egresan con su familia y generalmente tienen largos periodos de institucionalización. Estos ingresan a la sala con un cuadro de descompensación agudo y una vez que son compensados se solicita la intervención del equipo de gestión de externación para pensar posibles estrategias de egreso y poner en marcha estrategias territoriales con foco en la comunidad para su inclusión social.

Cuando ingresa una situación al EGE, se realizan entrevistas para obtener un relevamiento de datos en las instituciones intervinientes. Por ejemplo, se mantienen comunicaciones y/o entrevistas con profesionales de la curaduría Oficial de alienados, Defensoría, Asesoría de incapaces, Profesionales de las unidades sanitarias, equipos nucleares, etcétera. A su vez, se realizan entrevistas con familiares o referentes cercanos de los pacientes y se realizan visitas domiciliarias. De ese modo se reconstruye la historia social del padecimiento y el equipo evalúa las posibles alternativas de intervención.

Es muy frecuente encontrar situaciones de pacientes con los cuales es difícil su externación, ya sea por cuestiones económicas, o bien porque los familiares se resisten a retirarlos de la sala debido a las sensaciones de angustia/impotencia o al desconocimiento que les genera un familiar con un padecimiento psiquiátrico. Por otro lado, muchos de los familiares se encuentran atravesados por la falta de recursos simbólicos y/o materiales y han sufrido un desgaste tal que se muestran agobiados por las situaciones del familiar que padece.

Como plantea Lucía del Carmen Amico, las familias que tienen un integrante con problemáticas de salud mental, sufren una gran desestructuración, que requiere muchas veces de la intervención profesional. Asimismo *“la convivencia con un miembro con padecimiento mental es difícil y estresante que genera una importante cuota de violencia en las relaciones; es un factor desintegrador acompañado por rasgos de desorden interior”*. (Amico, 2005: 54). Además, más de un usuario tiene vínculos negativos con sus familiares y otros directamente no lo tienen. En relación a esto, Pasquale Evaristo menciona que *“la carga emotiva o material presente en los hombros de los familiares, tiene que ver con una expectativa fallida sobre los hijos y su porvenir, una expectativa estropeada por la interrupción de un recorrido de la vida, debido a una enfermedad que se produjo antes de que los familiares se den cuenta de lo limitado de las curas posibles y los consiguientes problemas cotidianos*. (Pasquale, 2000: 112)

Con respecto al lugar que ocupa un sujeto con un padecimiento mental en relación a su contexto familiar, considero, al decir de Pichón Riviere, que el es *“el portavoz de una trama vincular familiar más compleja. Un emergente de un problema que subyace y que encuentra su lugar en la crisis* (Riviere, 1985: 211). Y como postula María del Carmen Añico las crisis son el telón de fondo de la existencia de conflictos afectivos, con fuertes ambivalencias, roles rígidos y estereotipados, conflictos delegaciones y aspectos de violencia familiar que se presentan con un desenlace agudo o crónico.

El impacto que se produce en el entorno familiar de una persona con padecimiento mental, muchas

veces es agravado por la dimensión material y económica cotidiana de este, ya que en ocasiones, algunas familias no cuentan con la disponibilidad económica y el sujeto, con padecimiento mental, generalmente se encuentra inactivo laboralmente, con lo cual se generan responsabilidades que acarrear malestar en las familias. Esto se manifiesta también en el modo, observado con frecuencia, en que los miembros del grupo familiar “condenan” al paciente reproduciendo sus “incapacidades” o su “condición patológica” en un intento de diferenciarse de él. Esto se puede entrever a través de sus representaciones acerca de la enfermedad mental y en sus discursos, ya que es frecuente escuchar frases como: “*si le doy la plata se la gasta toda, se compra pavadas*”, o “*no sabe hacer nada, en la casa no ayuda, es torpe*” -5-.

Además, esta “condena” mencionada muchas veces también proviene de los mismos profesionales tratantes que, frente a la reincidencia (entendida esta muchas veces erróneamente como frustración de los quipos de salud), depositan todas las responsabilidades en la familia, culpabilizándolas de la situación de los pacientes, sin promover estrategias de abordaje multifamiliar.

Cabe aclarar en este punto que, cuando un paciente es externado, desde el equipo de la sala de internación se pone principal énfasis en el tratamiento clínico/psicofarmacológico. Es decir, se logra que el paciente se retire con un turno pactado y habiendo acordado asistir a una próxima consulta con su psicólogo y médico psiquiatra. Además se lo referencia al usuario con el EGE para el seguimiento y acompañamiento que demande la situación singular determinada por los aspectos de su vida cotidiana, ya que es en ella dónde se produce el retorno de las necesidades: trabajar, tener una familia, estudiar y ejercer sus derechos como ciudadano, entre otras posibles.

A su vez hay otro factor que genera la reinserción en las internaciones. Uno de los usuarios manifiesta “*yo me vine porque esta es como mi casa, estuve un año acá, tengo mi cama, mis amigos, acá ya me conocen todos*” -6-. Este discurso da cuenta de los efectos que genera en la subjetividad la Institución Total “*un lugar de residencia y 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, 1970: 13). Es la institucionalización, entendida como factor de determinación social del sujeto en su vida cotidiana, la que acarrea una incapacidad para emprender cualquier tipo de proyecto de vida por fuera de la rutina de la sala del hospital, enmarcando en esta postura, no solo a los pacientes sino también, a los profesionales.

Luego de este análisis, se puede entrever que las situaciones de la sala de internación se encuentran atravesadas por un entramado complejo, siendo varios los factores que se ponen en juego allí. Con respecto a esto último, las estrategias implementadas apuntan a convocar a los familiares, desde una perspectiva inclusiva no culpabilizante, a fin de incorporarlos en el tratamiento como parte activa en la recuperación del familiar. Como plantea Mezzina, se promueve “*la presencia cualificada de los familiares como interlocutores inmediatamente implicados en los programas terapéutico*” (Dell’Acqua y Mezzina, 1991:49)

Guardia de emergencias. “El paciente social”

La creación del EGE también estuvo impulsada debido a la necesidad existente de dar respuestas interdisciplinarias intersectoriales e integrales, acordes a cada situación singular que ingresa en la guardia de emergencias. En general, las demandas, en la mayoría de los casos llegan por interconsulta al servicio social y estas situaciones son institucionalmente catalogadas como “sociales”. Este término muy conocido en el campo de la salud, acarrea cierta reducción biologicista del sujeto a su padecer psiquiátrico, al comprenderlo disgregado de su contexto social de vida. Como plantea Saraceno “*el nivel socio-económico precario genera enfermedad y como resultado de la enfermedad se agrava la precariedad*” (Saraceno, 2007: 13) siendo estos dos aspectos de un todo-la persona-. Sin enmarcar la situación de crisis en la dialéctica de la determinación social de la salud, se rotula de “sociales” a aquellos pacientes que se encuentran en situación de calle, o no tienen vivienda donde regresar al momento del alta, o no cuentan con una red social o familiar de contención. Por tales motivos, permanecen internados días o incluso meses. Es así que las interconsultas por guardia, generalmente, son efectuadas a último momento cuando comienza la necesidad del “giro cama hospitalario”.

Asimismo, cuando se interviene en las situaciones de la guardia de emergencias, es indispensable repensar la demanda de intervención, ya que muchas veces estas son producto de preconceptos, prejuicios o fantasías, y el pedido de intervención no siempre refleja la demanda real existente del usuario

o de su grupo familiar. En este marco, se ponen en juegos las herramientas metodológicas necesarias para recuperar el discurso desde la perspectiva del usuario y de su grupo familiar, para luego acordar criterios con los profesionales tratantes sobre las posibles alternativas de resolución.

Del hogar asistido a la casa de convivencia. Una apuesta a la autonomía.

Se interviene con los usuarios del programa PREA -7- que, si bien pertenecen a un dispositivo de externación con foco en la comunidad, sostiene en la práctica el alojamiento de usuarios desde hace más de diez años. Esto permite entrever que los procesos de cronificación de los pacientes no solo son producto de la sala de internación, si no que muchas veces provienen de una lógica hospitalaria más amplia que trasciende ese dispositivo.

Como estrategia para revertir esta situación, se confeccionó desde el EGE una comisión de trabajo protocolar de regulación y supervisión del PERA, en conjunto con profesionales del municipio (ente financiador de dicha política pública). Este protocolo implicó la revisión de las herramientas de trabajo, como la entrevista de admisión al dispositivo, el perfil del usuario que ingresa y el plan de continuidad terapéutica, el cual es planificado en conjunto con el usuario y los profesionales del programa: psicólogos, trabajadores sociales y Acompañantes terapéuticos.

Se intervino con cuatro usuarios que fueron externados del PREA a las casas de convivencia de la ONG “saludablemente” -8-. Las externaciones a las casas de convivencia suponen un avance en cuanto al grado en el ejercicio de la autonomía del paciente, aquí la supervisión es menor y los desafíos son mayores en relación a las actividades del hogar, los proyectos personales y el desenvolvimiento de la vida cotidiana. Entiendo por autonomía una práctica que involucra tanto a los propios usuarios como a los profesionales, en tanto que *“La autonomía es ejercida, entonces, a través del diálogo argumentativo, logrando ser auténtico individuo solo en interacción con el otro”* (Pérez Mendoza, Cogollo, 2011:10).

Fomentar los egresos del PREA a las casas tiene una doble intención, por un lado generar nuevas instancias para el ejercicio de la autonomía, como mencionaba anteriormente, y por otro, generar un movimiento en las vacantes de los dispositivos existentes, a fin de promover una mayor circulación de los usuarios por los dispositivos del servicio, evitando la cronificación. Por ejemplo, al producirse la externación de cuatro pacientes a las casas de convivencia, se generan cuatro vacantes en los hogares del PREA, pudiendo ingresar al mismo, cuatro pacientes internados en la sala de agudos que hasta el momento no tenían alternativa de externación.

Para lograr este movimiento interinstitucional, es necesario gestionar financiamiento a través de la secretaria de salud de la municipalidad, ya que cada vacante en las casas de convivencia de la ONG exige un monto por persona, y la mayoría de ellos no cuenta con este dinero. Se realiza la gestión de ayudas económicas para aquellos que, no contando con la pensión asistencial, no pueden cubrir el gasto y para aquellos que, percibiendo la pensión, no llegan a cubrir el monto total solicitado.

Por otro lado, uno de los usuarios cuenta con vivienda propia, pero no la puede habitar por condiciones edilicias desfavorables, producto del momento de su descompensación. En este caso, se solicita la intervención de la comisión de vivienda del municipio para refaccionarla y mejorar las condiciones de habitabilidad de la misma. La puesta en marcha del trabajo de campo en los hogares implica iniciar un trabajo interdisciplinario, que requiere visualizar dónde está puesto el deseo del paciente externado y acompañarlo en la restitución o el armado de un proyecto de vida.

Desde el EGE se realiza un acompañamiento y seguimiento de los usuarios que allí residen, a través de la puesta en marcha de diferentes estrategias: entrevistas semiestructuradas, asesoramiento para la gestión de tramites previsionales, visitas domiciliarias en cada una de las casas de convivencia, coordinación de grupos de trabajo donde participan usuarios y profesionales, tratándose diferentes temas, a saber: proyectos personales, los problemas de convivencia, relaciones interpersonales entre los miembros de las casas, teniendo en cuenta que *“en el curso del tiempo, la enfermedad suele generar un descenso en el nivel social”* (Saraceno, 2007: 13).

Además, se intenta facilitar el acceso a los tratamientos, apuntando a garantizar el acceso a la salud, evitando los escollos que trae aparejado la lógica de un enfoque hospitalocéntrico. Para esto se facilita la articulación con otras instituciones del barrio: las salas médicas, equipos nucleares del primer nivel de

atención en territorio y el hospital de día, ya que desde aquí muchos retiran la medicación para evitar la burocracia hospitalaria. Se hace seguimiento y se evalúa lo que necesita cada paciente, dándole lugar a su singularidad y a sus procesos en cuanto al recupero de la autonomía.

En cuanto a los instrumentos metodológicos utilizados por el trabajo social, se realizan registros de cada una de las visitas en un cuaderno de campo, entendiendo que los mismos *"implican una multiplicidad de atravesamientos, que muestran a la intervención como un proceso de análisis (...) las narrativas sociales atribuyen significados a través del relato, donde se entrecruzan pasado, presente y futuro y construyen el mundo de la experiencia del padecimiento"* (Carballeda, 2008:100) De este modo se recupera la experiencia realizada, otorgando la posibilidad de la reflexión, la evaluación permanente y la realización de los ajustes necesarios.

Por otro lado teniendo en cuenta que los recursos para generar dispositivos comunitarios convivenciales son escasos en la ciudad, el EGE también trabaja en la elaboración y planificación de un curso de capacitación para posibles cuidadores y/o referentes de hogares asistidos, en conjunto con los profesionales de la secretaria de salud de la municipalidad.

Conclusiones

Lo dicho hasta aquí me permite concluir que como profesionales de la salud nos atraviesa un momento histórico de transición legislativa, en donde un nuevo paradigma de abordaje de la salud mental intenta instalarse sobre las bases de uno anterior que lucha por permanecer. Como plantea Antonio Gramsci *"la crisis se manifiesta entre la resistencia de lo viejo por extinguirse y la lucha de lo nuevo por emerger, por brotar, por salir a la superficie(...)la crisis consiste en que muere lo viejo sin que pueda nacer lo nuevo"* (Gramsci, 2014: 313)

Desde esta perspectiva, entiendo que el contexto de trabajo actual es de crisis y de transformación. Entiendo que esta estrategia de gestión se enmarca en un escenario atravesado por múltiples relaciones de poder e intereses políticos, encarnándose los mismos en la circulación de diferentes roles y oficiando algunos profesionales de *líderes* y otros de *saboteadores*, representando, como plantea Pichón Riviere, *la resistencia al cambio* en diferentes momentos del proceso. Por ello se hace indispensable el replanteo ético a nivel teórico y práctico de los profesionales, para encontrar canales institucionales que permitan el trabajo común cotidiano en esta coyuntura hospitalaria particular.

El EGE, como estrategia entendida en el marco de una posible política, implica al decir de Benedetto Saraceno, un movimiento en diversos sentidos *"el cambio que requiere la reforma se produce no sólo de arriba hacia abajo, sino también de abajo hacia arriba y la situación es óptima cuando los movimientos son simultáneos y se fortalecen mutuamente"* (Saraceno, 2007: 6)

Frente a este escenario institucional, pienso que es importante que el Trabajo Social como disciplina, tome postura tanto a nivel ético-teórico como práctico-asistencial, poniendo al servicio de la institución, tanto como de la población usuaria y del colectivo profesional, las herramientas e insumos metodológicos propios de nuestra disciplina para comenzar a dar legitimidad a la instalación de nuevas estrategias de abordaje.

Para terminar retomo un aporte de José Miguel caldas de Almeida, quien plantea que *"es posible mejorar la atención en salud mental en los países de la región cuando existe voluntad política, asignación de recursos de acuerdo a la importancia relativa de la salud mental y capacidad técnica para implementar las reformas necesarias"*, asumiendo que el compromiso es de todos los sujetos que en este campo nos desempeñamos.

Notas

-1- De aquí en más, **EGE**.

-2- En el año 2012, la integración de los campos de las adicciones y la salud mental -pensada en una perspectiva de abordaje de la salud de forma integral- inició un proceso de cambio a partir del cual la subsecretaría de salud mental y adicciones asume el compromiso de sumar la atención de la Salud Mental

a su Red de Atención provincial. En este contexto, y con el propósito de fortalecer y generar políticas públicas inclusivas en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental 26.657 y la Convención Internacional de los derechos de las personas con discapacidad, en diciembre de 2012 se desarrolló en la ciudad de La Plata, el Primer Encuentro Provincial de Salud Mental y Adicciones. Durante el encuentro, los equipos regionales discutieron una serie de ejes en talleres participativos en pos de generar políticas públicas activas vinculadas a la temática.

-3- Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657.

-4- Programa de Rehabilitación y Externación Asistida dependiente de la Provincia de Buenos Aires.

-5- Fragmento de una entrevista a un familiar de un paciente.

-6- Fragmento de una entrevista a un paciente de la sala de internación de corto plazo, durante su segunda internación.

-7- En el año 1999 el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires crea el Programa de Rehabilitación y Externación Asistida. El programa tiene como objetivo: la externación y reinserción social de pacientes de mediana y larga internación a través de la promoción, organización e instauración de dispositivos alternativos de atención a desarrollarse en la comunidad, adecuados a los recursos de salud existentes en la misma.

-8- Organización sin fines de lucro dedicada al trabajo con pacientes con trastorno mental severo.

Bibliografía

AMICO, M. (2005). "La institucionalización de la locura. La intervención del trabajo social en alternativas de atención". Editorial Espacio. Buenos Aires.

CARBALLEDA, A. "La interdisciplina como diálogo. Una visión desde el campo de la salud". <http://www.buenosaires.gob.ar/carballeda.pdf>. Subsecretaría de atención a las adicciones. Ministerio de desarrollo social de la provincia de Buenos Aires.

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

GOFFMAN, E (1970). "Internados. Ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales". Amorrortu. Buenos Aires.

GRAMSCI, A. (2014). "Antología, vol II". Siglo XXI. Buenos Aires.

LEY N° 26.657. Argentina. Ley Nacional de Salud Mental.

MEZZINA, R. (2001). "el recorrido subjetivo del usuario". Revista NORTE de salud mental. SSN-e 1578-4940, Vol. 4, N°. 13, 2001.

PÉREZ MENDOZA Y COGOLLO. (2008). "Re-significaciones éticas en clave de autonomía para intervenciones del trabajo social contemporáneo". Revista de Trabajo Social, Bogotá.

PASQUALE, E. (2000). "Psiquiatría y Salud mental". Asterios editore. Trieste, Italia

RIVIERE, P. (1985). "El proceso grupal. Del psicoanálisis a la psicología social (I)". Nueva visión. Buenos Aires.

SARACENO, B. (2007) "La Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 Años después de la Declaración de Caracas". Washington, D.C: OPS.

SOUSA CAMPOS, G W. (2013) "Gestión en salud. En defensa de la vida". Lugar Buenos Aires

SPINELLI, H. "Las dimensiones del campo de la salud en Argentina" Salud colectiva. Versión On-line En: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_serial&pid=1851-8265&lng=es&nrm=iso ISSN 1851-8265. 2010.